





La salute nella Costituzione Italiana: un diritto di ciascuno, un interesse di tutti (G.M. Flick)

Convengo ENPAM: 26 febbraio 2011

Assemblea Ordinaria Annuale: 26 febbraio 2011

Le sfide possibili (editoriale)

Il consenso e la delega (F. Sala)

Corso FAD della FNOMCeO sul Governo Clinico (12 crediti ECM)

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA



NUOVO INTERVENTO IMMOBILIARE LOCALITA' PIUMAZZO (CASTELFRANCO EMILIA)

In località Piumazzo (Castelfranco Emilia) Via Marta 20

Ristrutturazione completa di borgo per la realizzazione di unità indipendenti con ampi giardini privati, posti auto privati e parchetto condominiale. Ottime finiture con ricca dotazione di impiantistica finalizzata al comfort, alla sicurezza ed al risparmio energetico, impianto fotovoltaico e sistemi di videosorveglianza. .



Sono previste diverse tipologie :

- Tip 1 Appartamento di 148 mq p. terra, 1p. 2p. mansardato - con giardino privato di mq 556
- Tip 2 Appartamento di 148 mq p. terra, 1p. 2p. mansardato - con giardino privato di mq 388
- Tip 3 Appartamento di 148 mq p. interrato, terra, primo - con giardino privato di mq 727
- Tip 4 Appartamento di 148 mq p. interrato, terra, primo - con giardino privato di mq 616
- Tip 6 Appartamento di 173 mq p. terra, 1p. 2p. mansardato - con giardino privato di mq 260
- Tip 7 Appartamento di 185 mq p. terra, 1p. 2p. mansardato - con giardino privato di mq 243
- Tip 8 Appartamento di 126 mq p. terra, 1p. 2p. mansardato - con giardino privato di mq 158
- Tip 9 Appartamento di 110 mq p. interrato, terra, primo - con giardino privato di mq 416
- Tip 10 Appartamento di 110 mq p. interrato, terra, primo - con giardino privato di mq 950



**TRATTATIVE DIRETTE CON IMPRESA Per informazioni e visite
contattare: Ing. Lami Vasco cell.348/3109513 v.lami@lamivasco.com**

CONSIGLIO DIRETTIVO*Presidente*

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Paolo Martone

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino,

Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari,

Dr. Stefano Reggiani, 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 Caliendo

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*MC Offset*

Via Capilupi, 31 - Modena

Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978

Fotocomposizione

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | www.krheodesign.it

ASSEMBLEA ORDINARIA	04
EDITORIALE	05
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	06
DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA	10
DI PARTICOLARE INTERESSE	12
L'OPINIONE	19
NEWS	21
COMITATO ETICO	22
NORMATIVA	25
PEC	27
CORSI CONVEGNI CONGRESSI	28
BIBLIOTECA	31
DIALETTO IN PILLOLE	33
ARTE E DINTORNI	35
TACCUINO	36



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena

p.le Boscetti, 8 - 41100 Modena - CP 300 Modena Centro
tel. 059 247711 - fax 059 247719
e-mail: appocrate@ordineprovinciaimodena.it

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

L'Assemblea annuale degli iscritti agli albi si terrà in prima convocazione
venerdì 25 febbraio 2011 alle ore 23.00, in seconda convocazione

SABATO 26 FEBBRAIO 2011 – ALLE ORE 8.30

presso L'UNA Hotel Via Settembrini, 10 – Baggiovara (Mo)
(zona nuovo Ospedale Civile)

con il seguente ordine del giorno:

1. Relazione annuale del Presidente;
2. Relazione finanziaria (conto consuntivo 2010 e bilancio preventivo 2011);
3. Consegna medaglie per il 50° e 60° anno di laurea;
4. 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.



LE SFIDE POSSIBILI

Alcune proposte per un anno di lavoro dell'Ordine con i professionisti modenesi

L'Ordine di Modena è pienamente consapevole della esistenza, o sarebbe meglio dire della permanenza, di un clima non particolarmente favorevole alla professione che si manifesta sui mass media ormai da anni con notizie di cosiddetta "malasanità" senza che sia avvenuta, nella maggioranza dei casi, la minima ricerca di riscontri oggettivi e con la complicità di informatori non sempre del tutto disinteressati.

E questo avviene mentre la Professione mai come ora si è impegnata in un percorso di formazione ed aggiornamento per rispondere in modo ottimale alle nuove e più stringenti richieste di salute dei cittadini, oggi maggiormente consci sia dei propri diritti sia soprattutto dei progressi della scienza e quindi più facilmente suggestionabili dalla messe di informazioni alle quali accedono in maniera assai confusa.

Urge un cambio di rotta.

Non si può sottacere che i medici hanno scelto questa professione perché mossi da una profonda spinta etica e morale che viene successivamente plasmata dal contatto con la realtà non sempre rispondente alle loro aspettative. Nonostante ciò il medico continua a rappresentare un pilastro fondante dell'assistenza sanitaria e costituisce il reale punto

di riferimento per il cittadino. Qualsiasi scelta politica e/o aziendale che si esprima in senso contrario è destinata al fallimento perché emargina di fatto la figura che si relaziona con il paziente/utente.

Su questi presupposti riteniamo che l'Ordine dei medici possa e debba contribuire a creare un clima differente in ambito sanitario centrato preliminarmente sulla fiducia negli operatori che vi lavorano quotidianamente peraltro con soddisfazioni personali ed economiche non sempre particolarmente gratificanti. La Federazione nazionale degli Ordini si è espressa in tal senso con l'obiettivo di sensibilizzare le Aziende sanitarie alla massima tutela dei propri dipendenti.

Il rischio, in caso contrario, è costituito da quel fenomeno strisciante ma in assoluto incremento che è l'esodo dei professionisti verso tranquillizzanti lidi pensionistici. Sussiste infatti una pesante atmosfera di demotivazione dei medici che si riconoscono sempre meno nelle linee di indirizzo dettate dai vertici aziendali. E se i colleghi che operano in quelle aziende sono demotivati credo che ci si debba preoccupare in modo condiviso delle ricadute sulla continuità e qualità assistenziale erogata ai cittadini.

Per questo, e non solo, l'Ordine



N. D'Autilia

ne dei medici di Modena ritiene di promuovere per il 2011 alcune iniziative che pongano al centro del dibattito alcuni temi profondamente sentiti dai colleghi come il rapporto con i mass media e/o la qualità della professione coniugata con le criticità del sistema locale, in primis la tormentata relazione ospedale – territorio. Questo in una cornice di grandi mutamenti e di evidente incertezza politica.

Il Consiglio dell'Ordine è disponibile ad accogliere ogni suggerimento utile che i colleghi intendono trasmettere ai loro rappresentanti istituzionali affinché si facciano portavoce di questa condizione di disagio professionale che mina profondamente la base del rapporto medico paziente.

*Il presidente
Dr. Nicolino D'Autilia*

Il Dott. Paolo Martone nuovo Consigliere Segretario

A seguito delle dimissioni del Dott. Stefano Reggiani formalizzate nella seduta di Consiglio Direttivo del 9 dicembre u.s., presentate per l'insorgenza di impegni professionali sempre più gravosi e per un previsto coinvolgimento a livello nazionale in una Commissione esteri della FNOMCeO, il Consiglio Direttivo nella seduta del 21 dicembre u.s. ha eletto Segretario dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena il Dott. Paolo Martone.

Al Dott. Reggiani che per molti anni ha svolto il suo incarico con competenza e dedizione va il ringraziamento di tutto il Consiglio.

Al Dott. Martone vanno le congratulazioni per l'importante incarico con l'augurio di un buon lavoro.

LA FEDERAZIONE NAZIONALE PROPONE UN NUOVO CORSO FAD SUL GOVERNO CLINICO: UN'OPPORTUNITÀ DA NON PERDERE



La FNOMCeO mette a disposizione dei colleghi medici e odontoiatri un nuovo evento di formazione a distanza, proposto sulla piattaforma dedicata "FadInMed".

Si tratta di un corso con modalità di formazione a distanza, gratuito, su tematiche attinenti il Governo Clinico. Sul portale della Federazione Nazionale www.fnomceo.it è disponibile il link di accesso e di registrazione.

Il progetto complessivo di formazione a distanza sul Governo Clinico è articolato in tre step. Il primo, partito in dicembre, sulla RCA (Root Cause Analysis) prevede l'assegnazione di 12 crediti ECM. Entro febbraio partirà un corso sull'Audit clinico, mentre l'ultimo step sarà dedicato al Governo Clinico nella sua più ampia accezione.

COME ACCEDERE ALLA PIATTAFORMA WEB

Accedere a FadInMed è semplice. La prima volta è obbligatorio passare dal sito della Federazione, dove si verrà riconosciuti e dal quale si arriverà direttamente alla scheda di registrazione sulla piattaforma tecnologica.

Compilata la scheda, si riceveranno direttamente alla propria e-mail le password per entrare nel programma. Da questo momento in poi si potrà accedere direttamente alla piattaforma www.fadinmed.it senza più passare dal sito della Federazione.

È fondamentale seguire l'iter propedeutico consigliato per affrontare le varie attività proposte nel percorso FAD.

Una volta terminato il corso si avrà la conferma del superamento direttamente dalla piattaforma. Non è previsto un termine entro il quale concludere il percorso. L'unica scadenza è quella relativa al periodo di validità online che è di un anno (entro tale data pertanto deve essere concluso). In caso di esito negativo si potrà di nuovo accedere al corso in qualunque momento senza alcun bisogno di re-iscrizione.

Il giorno lunedì 22 novembre 2010 - ore 21,15 - 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, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.
Consiglieri Odontoiatri: Dott. Vincenzo Malara

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 25.10.2010;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Assestamento di bilancio anno 2010 (Addamo);
5. Esercizio provvisorio di bilancio anno 2011 (Addamo);
6. Proposte di attività ordinistica del 2011 (esecutivo);
7. Definizione quota di iscrizione anno 2011 (Addamo);
8. Frer-Ordini: stato dell'arte (D'Autilia, Lo Monaco);
9. Delibere personale dipendente;
10. Delibere amministrative (Addamo);
11. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
12. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Iscrizione per trasferimento</i>		<i>N. iscrizione</i>
BUSINAROLO	ELISA	6488
MINERVA	MADDALENA	6489
PANICO	FULVIO	6490
<i>Inserimento elenco speciale Medici Autorizzati ai sensi del D.Lgs del 17.03.95 n. 230 e successive modifiche</i>		
GAMBUZZI	SERGIO	3524
<i>Cancellazione</i>		
ATHANASIOU	AFRODITI	6337
BELLEI	SILVIO	1931
BELLUCCO	CARLO	0863
BERTOLI	MARIA	2047
CHILO'	VALERIO	0953
LIVI	ENRICO	1858
MAJELLARO	FRANCESCO SAVERIO	3791
MASTRANGELO	FRANCESCO	2603
MITA	MICHELE	6219
MOLINARI	DARIO	1312
MORELLINI	PRIMO	1454
NIZZOLA	GUIDO MARIA	1659
NYA	INES EULALIE	5658
PENSABENE	LUCA	5844
RINALDI	LUCIA ARCANGELA	5866
SCUTARI	RAFFAELE	0857
VILLANI	MICHELE	5376

ALBO MEDICI CHIRURGHI*VARIAZIONI ANAGRAFICHE (Variazione Cognome)**N. iscrizione*

Precedente cognome

GON ALBERTO

6278

Precedente Codice Fiscale: GNOLRT79R27E098H

Nuovo cognome

GON AMERELLI ALBERTO

6278

Nuovo Codice Fiscale: GNM LRT 79R 27E 098 O

ALBO ODONTOIATRI*Iscrizione per trasferimento**N. iscrizione*

CANOVI ANDREA

0741

FRANCKEVICIUTE AKVILJA

0742

GAZZANI TANIA

0743

Cancellazione

BERTI ALDO

0662

FRIGIERI UGO

0545

MELCHIONDA MICHELE

0420

ZECCA ANTONIO

0556

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | GIOVEDÌ 9 DICEMBRE 2010

Il giorno giovedì 9 dicembre 2010 - 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, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 22.11.2010;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Delibere amministrative (Addamo);
5. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Iscrizione per trasferimento</i>		<i>N. iscrizione</i>
D'ANDREA	GIOVINA	6491
GIOBBI	BARBARA	6492
PICCIRILLI	ALESSANDRA	6493
<i>Cancellazione</i>		
ATMTZIDIS	XENOFON	6266
SICA	ENRICO	5860
SETTI	EMO	1653

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI | GIOVEDÌ 9 DICEMBRE 2010

Il giorno giovedì 9 dicembre 2010 - ore 21,30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Medici.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

1. Comunicazioni del Presidente;
2. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
3. Opinamento eventuali parcelle sanitarie;
4. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | LUNEDÌ 29 NOVEMBRE 2010

Il giorno lunedì 29 novembre 2010 - 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 19.10.2010;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Linee future programma di Commissione per il 2011;
4. Regolamento camere arbitrali (Prof. Provvisionato);
5. Eventuale apertura procedimenti disciplinari;
6. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
7. Varie ed eventuali.

RUOLO DELLA RM NELLA VALUTAZIONE DELLE PAZIENTI CON CARCINOMA MAMMARIO

The utility of breast MRI in the management of breast cancer

Teller P., Jefford V.J. et al

The Breast Journal 2010, 16, 394-403.

Overview of the role of pre-operative breast MRI in the absence of evidence on patient outcomes

Francesco Sardanelli

The Breast 2010, 19, 3-6.

Numerosi studi hanno dimostrato una maggiore sensibilità ed accuratezza diagnostica della RM, rispetto alle indagini diagnostiche convenzionali (mammografia ed ecografia) nell'identificazione e valutazione dimensionale delle lesioni mammarie; tuttavia non è ancora ben definito il ruolo di tale indagine nella diagnosi, stadiazione e sorveglianza del carcinoma. Infatti, a fronte della maggior sensibilità rispetto alle metodiche convenzionali, la RM mostra una minor specificità con possibilità di falsi positivi e di sovrastima dell'estensione di malattia, da cui il rischio di sovratrattamento.

E' quindi necessario identificare le impostazioni cliniche ideali e la popolazione di pazienti in cui la RM può fornire il massimo beneficio con i minimi effetti negativi.

Sia le linee guida americane che quelle europee sono concordi nel riconoscere il ruolo della RM nello screening di pazienti ad alto rischio, soprattutto genetico-familiare e ne raccomandano l'esecuzione annuale, in aggiunta a mammografia ed ecografia.

Per quanto riguarda invece altri campi di applicazione non esistono ancora linee guida universalmente accettate e compito di questi studi e di numerose altre analoghe ricerche è di valutare l'impatto della RM sul management delle pazienti.

Diagnosi e stadiazione delle lesioni neoplastiche: un'accurata valutazione preoperatoria è indispensabile per una corretta pianificazione terapeutica chirurgica. La RM si è dimostrata più affidabile rispetto a mammografia ed ecografia nella rilevazione della reale estensione del tumore e nell'identificazione di foci aggiuntivi, nello stesso quadrante, in quadranti diversi o controlaterali. Tuttavia sono possibili falsi positivi (4 % dei casi circa) nei quali la RM porta ad escissioni più ampie o a mastectomie non necessarie. Per contro la RM evita in un rilevante numero di casi re-interventi per margini di escissione infiltrati o interventi a distanza per recidive locali, in altri quadranti o controlaterali. In particolare risultano avvantaggiate da questa metodica pazienti giovani, con seno denso o affette da forme lobulari infiltranti, nelle quali l'incidenza di multifocalità, multicentricità e bilateralità è maggiore.

La RM preoperatoria viene consigliata anche in pazienti ad alto rischio ed in pazienti possibili candidate ad irradiazione parziale della mammella (PBI)

Indicazioni minori sono per le pazienti candidate a mastectomia con risparmio di cute (skin spared) o con M. di Paget.

Comunque solo ulteriori studi su ampie casistiche e prolungati nel tempo potranno dire se questo approccio diagnostico può avere una favorevole ricaduta non solo sul controllo loco- regionale della malattia ma anche sulla sopravvivenza delle pazienti.

Valutazione della risposta alla chemioterapia neoadiuvante: nelle pazienti con tumori estesi, sotto-

poste a terapia neoadiuvante pre-operatoria, la RM si è rivelata superiore ad altre indagini nel definire l'entità della risposta ed il residuo di malattia, consentendo in un'alta percentuale di pazienti una corretta ripianificazione dell'approccio chirurgico.

Sorveglianza post-operatoria: al momento non esistono indicazioni univoche sull'utilizzo della RM nel follow-up delle pazienti operate. E' noto che la RM è più specifica nel differenziare le alterazioni legate alla cicatrice chirurgica dalle recidive locali ma non viene raccomandato l'uso sistematico di tale metodica in tutte le pazienti operate; viene consigliata in casi particolari, come ad esempio nelle pazienti molto giovani o con alto rischio di recidiva.

Altre indicazioni: controverso è l'utilizzo della RM nelle forme tumorali in situ, nelle quali la sensibilità varia dal 40 al 100% a seconda delle casistiche, variabilità verosimilmente legata all'eterogeneità delle lesioni esaminate.

E' comunque indicata nelle forme più estese o con parametri istologici di maggiore aggressività .

Altre sporadiche indicazioni sono il sospetto di infiltrazione della parete toracica o nel caso di pazienti con metastasi ascellari nelle quali la mammografia e l'ecografia risultino negative (CUP syndrome).

Le pazienti devono essere informate dei rischi-benefici dell'esame RM ed i risultati devono essere valutati alla luce di tutte le preliminari indagini diagnostiche; inoltre un eventuale cambiamento del piano terapeutico deve essere discusso in ambito multidisciplinare.

Ogni reperto aggiuntivo dubbio-sospetto deve essere rivalutato con ecografia ed eventualmente sottoposto ad agobiopsia; è inoltre fortemente consigliata la dotazione di dispositivi per biopsie o localizzazioni pre-chirurgiche RM-guidate .

Infine si raccomanda che questo complesso iter diagnostico non porti ad un significativo ritardo terapeutico .

La RM risulta quindi essere una metodica preziosa nello screening, nella diagnosi e nella sorveglianza delle forme neoplastiche della mammella, ma al momento non è possibile proporre l'utilizzo sistematico; è compito degli specialisti dedicati al tumore della mammella evitarne l'uso inappropriato, tenendo presente anche le preferenze delle pazienti e sempre comunque in accordo con i principi della medicina basata sull'evidenza.

D.ssa C. Mauri

Informazione pubblicitaria

Affittasi studio medico sito in Modena zona Parco Ferrari - 20 m² circa più bagno e sala d'attesa - situato a piano terra e completamente ristrutturato - in contesto di casa signorile e con area cortiliva.

Parcheggio possibile sulla via stessa.

Per informazioni: 333/2041580

LA SALUTE NELLA COSTITUZIONE ITALIANA: UN DIRITTO DI CIASCUNO, UN INTERESSE DI TUTTI

Riteniamo opportuno pubblicare il testo dell'intervento che il Prof. Giovanni Maria Flick Presidente emerito della Corte Costituzionale ha tenuto a Roma in occasione della presentazione del volume del centenario della istituzione degli Ordini dei medici a cura della FNOMCeO.

Sommario: **1.** La professione medica, oggi: l'alleanza terapeutica; – **2.** (segue) burocrazia, tecnologia e rapporto umano nella professione. – **3.** L'equilibrio fra il diritto di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute. – **4.** Il diritto a essere curato. – **5.** Il diritto a non essere curato.

1. Il volume commemora il centenario della istituzione degli ordini dei medici, ed è dedicato a "cento anni di professione al servizio del Paese". In quei cento anni – dal 1910 al 2010 – sono profondamente cambiati sia il contesto in cui la professione medica si svolge, sia le sue caratteristiche, sia la sua realtà operativa e di principi; ma resta inalterata la sua essenza di solidarietà, di relazione umana, di rapporto tra chi soffre e chi sa e può aiutarlo nell'affrontare la sofferenza.

Il volume espone e riassume con efficacia quei cambiamenti: in particolare quelli sociali, normativi e istituzionali, che hanno profondamente modificato il rapporto fra la dimensione pubblicistica e quella privatistica della sanità e della professione medica; quelli che hanno segnato il passaggio da un sistema per un verso assistenziale e per un altro verso di polizia, ad uno mutualistico e poi ad uno di solidarietà, di eguaglianza, e di servizio sanitario nazionale, esteso a tutti; da ultimo la tentazione di ritornare al privato e al mercato – per conseguire una riduzione dei costi – perché "la salute non ha prezzo, ma la sanità ha un costo" (per di più assai elevato).

In effetti, negli ultimi anni e viepiù in esito alla crisi economica, una questione fortemente dibattuta –

che coinvolge la professione medica – è rappresentata dalla relazione intercorrente tra la malattia, la medicina, la tutela della salute e l'economia, perché le scelte di politica sanitaria devono essere orientate a garantire adeguata tutela ai cittadini, da un lato; e ad assicurare il contenimento della spesa pubblica, dall'altro.

22 ottobre 2010

Un aspetto preoccupante è rappresentato allora dal rischio che il medico possa o debba cercare di orientare il proprio operare alla massimizzazione economica, piuttosto che alla cura del paziente. Si tratta di un rischio – che non sempre le regole deontologiche riescono a controllare *in toto* – legato alla nuova tendenza affermatasi negli ultimi anni, caratterizzata da una crescente attenzione al contenimento della spesa sanitaria: una attenzione che quasi sembra prevalere sulla esigenza di garantire adeguate prestazioni sanitarie.

D'altronde, tra salute e contesto economico vi è una relazione causale a doppia direzione: da un lato, lo sviluppo economico favorisce la scomparsa di alcune malattie; dall'altro, un buono stato di salute è un importante fattore di crescita dell'economia nazionale. Allo stesso tempo però,

la domanda di salute cambia in relazione alle trasformazioni economiche del Paese. Gli studi sulle disuguaglianze di salute hanno evidenziato come la situazione economica sia determinante per la presenza della malattia nel contesto sociale; infatti, non a caso, le persone più esposte al rischio di malattia sono quelle che occupano posizioni medio basse nella scala sociale. Senza trascurare il fatto che, più in generale, il mondo della salute è parte fondamentale del sistema di *welfare* e area di grandi investimenti; perciò rappresenta un'opportunità di sviluppo scientifico, economico, sociale e occupazionale per l'intera economia.

Sul piano più specifico della professione medica, si pensi ai cambiamenti, anch'essi epocali, nel rapporto fra il medico e l'utente: dal paternalismo illuminato della professione liberale classica, con una delega all'onnipotenza del medico – tuttalpiù e solo in parte temperata dal confronto con il familiari del malato, e con il rinvio alla legge e soprattutto alla deontologia – al riconoscimento della libertà, identità e autodeterminazione dell'utente. Sino a giungere all'alleanza terapeutica fra medico e cittadino non più "paziente", come afferma esplicitamente l'ultima versione del codice deontologico; così da ren-

dere evidente, da un lato, che il medico non ha più come interlocutore solo un malato; e, dall'altro lato, che all'utente (già paziente) va riconosciuta la dignità in cui si riassumono i diritti fondamentali. In questo senso, si pensi all'evoluzione dai primi codici deontologici, permeati di quel paternalismo illuminato in chiave di scienza e coscienza, ai più recenti. Questi – condividendo e concretizzando i principi costituzionali – guardano, ad esempio, con una particolare attenzione all'informazione e al consenso del cittadino utente; alla non discriminazione; ai rapporti con i colleghi; all'interesse della collettività e alla salute dei terzi; alla salvaguardia dell'ambiente; a un uso appropriato delle risorse; al contributo per l'adeguatezza dell'organizzazione sanitaria.

Dalla risalente versione del codice deontologico del 1978, che limitava la necessità di acquisire il consenso del paziente ai casi in cui si prospettava un rischio alla sua integrità psicofisica, gravitando nell'orbita della medicina difensiva, si passa a quella del 1989, dove si precisa che il consenso deve rappresentare per il medico motivo determinante al quale ispirare il proprio comportamento. La vera innovazione inizia però con il codice del 1995 e prosegue con quello del 1998, che impongono per la prima volta al medico di fornire al paziente la più idonea informazione in merito alla diagnosi, prognosi, aspettative, alternative diagnostico-terapeutiche e sulle eventuali conseguenze delle scelte attuate. Tutti questi principi, sono espressamente confermati nell'ultima

versione del Codice di Deontologia medica, del 2006, alla luce del quale risulta ormai evidente come il consenso informato – nel contesto del nuovo modo di intendere il rapporto medico-utente, in termini di alleanza terapeutica – rappresenti un diritto fondamentale e un presupposto di liceità di ogni trattamento sanitario.

*

2. Il discorso sui cambiamenti dei cento anni trascorsi è coinvolgente anche sotto molti altri aspetti, connessi. V'è il passaggio dalla cultura della salute intesa in senso solo negativo, come assenza di malattie, a quella della salute intesa in senso positivo, come "benessere" con molteplici e ampie accezioni. V'è, correlativamente, la mutazione e la svolta epidemiologica nelle malattie, per la diminuzione di quelle infettive e la crescita di quelle metabolicodegenerative; nonché, il mutamento nei fattori di rischio, nei condizionamenti ambientali, nei modi di vivere: tutti fattori che – come quelli genetici e biologici – influiscono certamente sul quadro della sanità e delle malattie.

Ancora – per limitarsi ad un cenno, e senza voler aver alcuna pretesa di anticipare maldestramente il contenuto di talune fra le molte riflessioni svolte nei contributi fondamentali in cui si articola il volume – si pensi all'esplosione delle biotecnologie, dell'ingegneria medica e di quella genetica, della medicina molecolare, della nuova farmacologia; alla conseguente crescita esponenziale dei problemi e dei conflitti etici, nonché della speranza di salute e di vita nell'operato del medi-

co. Correlativamente, si pensi all'esplosione dei nuovi diritti – riconosciuti e affermati soprattutto per via giurisprudenziale – in materia di identità, di benessere e di salute della persona: diritti che si traducono in attese nei confronti dell'opera del medico.

L'aggiornamento dei codici pone in risalto il rapporto – di correlazione e non più di contrapposizione – fra la deontologia e la bioetica, e quello fra essa e il diritto. Quanto al primo rapporto, non v'è dubbio che i contributi della bioetica animano la deontologia medica; quanto al secondo rapporto, è ormai acquisito il carattere giuridico della normativa deontologica, come è stato affermato esplicitamente e recentemente dalla Corte Costituzionale (nella sentenza 438 del 2008).

Questi cambiamenti epocali, nella medicina e nella sanità, non incidono però sulla sostanza della professione: il rapporto umano tra medico e utente, l'espressione della solidarietà, il coinvolgimento pieno e totale della scienza, esperienza e coscienza del medico nella sua relazione con l'uomo, al di là del rapporto professionale e delle responsabilità che derivano da tale rapporto sul piano normativo come su quello deontologico, ma prima ancora su quello della coscienza.

L'autonomia del medico, con il suo corredo di formazione e di esperienza, vale ad esprimere la sua libertà e la responsabilità; ma si traduce in un impegno sociale e di solidarietà che connota di venature pubblicistiche e funzionali l'esercizio della professione.

La dimensione pubblicistica non

può mai diventare burocratizzazione e spersonalizzazione.

Occorre porre attenzione al rischio che le esigenze di organizzazione ed il processo di aziendalizzazione della sanità modifichino il rapporto fra medico e l'utente: per un verso, relegando il primo a gestire contatti soltanto tecnici e distaccati; per un altro verso, accentuando la tendenza al "razionamento" dell'assistenza sanitaria, attraverso il rifiuto, per ragioni economiche, di prestazioni che potrebbero essere utili all'utente. E' appena il caso di ricordare – a questo proposito – il fondamentale principio di eguaglianza nel fruire dell'assistenza e delle prestazioni sanitarie, di cui il medico è garante e responsabile, nell'ambito delle proprie competenze: un principio che si traduce nei livelli essenziali di assistenza (LEA) che lo Stato deve individuare e garantire a tutti i cittadini uniformemente su tutto il territorio nazionale, in ottemperanza ai principi di eguaglianza, equità e universalità.

Infine, fra i cambiamenti epocali, va ricordato il fatto che, nei cento anni trascorsi, la medicina è stata segnata da forti progressi tecnici e organizzativi, che hanno contribuito al prolungarsi della vita media e alla sconfitta di malattie. Fino ad arrivare all'ultima metà del secolo scorso, in cui si è assistito ad un lento processo di "medicalizzazione", che ha determinato l'aumento delle aspettative sanitarie, di pari passo con l'avvento della tecnologia in campo sanitario.

Occorre tuttavia tener presente che, comunque, l'ausilio delle nuove tecnologie e la crescita

inevitabile della specializzazione non possono mai eliminare la relazione interpersonale – indispensabile – tra medico e utente: una relazione viepiù essenziale e da difendere, a fronte di cambiamenti e di nuove tecnologie che – come ad esempio la telemedicina, la quale va affermandosi sempre di più – potrebbero giocare un ruolo determinante per una eventuale spersonalizzazione del rapporto stesso, facendo venir meno la prerogativa del contatto diretto tra i due soggetti.

Sono noti i vantaggi che, da un lato, la telemedicina potrebbe fornire in ambito sanitario, rendendo più agevole la comunicazione di dati e la loro consultazione e consentendo di fornire servizi di diagnosi e cura a distanza; così da permettere di svolgere tali attività con un risparmio di tempo non indifferente.

Dall'altro lato, però, non si possono sottovalutare gli aspetti negativi suscettibili di derivare da una dilatazione eccessiva nell'utilizzo della telemedicina. In primo luogo, si rischia di compromettere e ostacolare la creazione del rapporto di alleanza terapeutica attraverso la partecipazione attiva dell'utente, chiamato a fornire tutte le informazioni necessarie per formulare una corretta diagnosi e predisporre la terapia. In secondo luogo, si pone il problema del consenso al trattamento informatizzato dei dati sanitari, che laddove venisse a mancare, impedirebbe al medico di avere un'anamnesi completa del paziente. Un ultimo profilo di criticità della telemedicina è relativo alla formazione del rapporto contrattuale tra il medico ed il pa-

ziente, e si ricollega al problema della firma digitale, del documento informatico e della c.d. contrattazione a distanza.

L'assenza di riferimenti normativi specifici, rende ancora più complessa la questione, nel contesto di una impostazione culturale che resta diffidente verso un impiego generalizzato delle tecnologie.

*

3. Fermo restando che l'equilibrio tra l'autodeterminazione dell'utente e la autonomia e responsabilità del medico è e sarà sempre un coefficiente essenziale della prestazione professionale – in qualunque contesto essa si voglia o possa collocare (pubblico, privato, operativo, organizzativo e così via) – per comprendere il suo significato nuovo e sempre antico, di fronte ai cambiamenti che la professione comporta oggi in Italia, alle soglie del terzo millennio, la riflessione più significativa mi sembra quella proposta dall'articolo 32 della Costituzione: la salute come un diritto per ciascuno e un interesse per tutti.

E' un'affermazione di valore estremamente importante sia in sé, sia nel contesto degli altri valori fondanti la nostra convivenza, dettati dalla Costituzione, che attengono alla salute: i diritti inviolabili e i doveri inderogabili di solidarietà, come dice l'art. 2 Cost.; la libertà personale e l'autodeterminazione, garantite dall'articolo 13 Cost.; la pari dignità sociale proposta dall'art. 3 Cost., come snodo indispensabile tra l'eguaglianza formale, la libertà, il diritto alla propria identità e alla diversità, la parità sostanziale.

L'art. 32 della Costituzione recita testualmente: "*La Repubblica tu-*

tela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

È l'unico caso in cui il testo costituzionale qualifica espressamente un diritto come "fondamentale" e ne delinea al tempo stesso il sistema di tutela, l'equilibrio e il bilanciamento con gli altri valori costituzionali, in termini non soltanto di principio, ma anche – per una parte significativa – immediatamente precettivi e concreti. Spesso infatti il diritto alla salute si trova a doversi confrontare e talvolta a collidere con altri valori costituzionalmente garantiti, quali quelli di libertà, di autodeterminazione del singolo e di solidarietà. Non è agevole individuare il momento a partire dal quale il diritto del singolo debba cedere all'esigenza di garantire adeguata tutela alla salute degli altri membri della collettività, in ragione di quel principio di solidarietà, al quale la Carta Costituzionale è ispirato e al cui rispetto tutti siamo chiamati.

Lo stesso concetto di "salute" ha subito una lenta evoluzione negli ultimi anni, grazie anche all'apporto di una dottrina e giurisprudenza che sembrano essere particolarmente sensibili alla tematica in questione. Da prima si è passati da un'idea di salute intesa come mero benessere fisico a quella di "assenza di malattia"; soltanto di recente si è giunti ad una definizione di salute molto più

ampia, che prende atto del nuovo contesto sociale e culturale e guarda con maggiore sensibilità all'individuo, nelle sue molteplici manifestazioni. Si richiama infatti, l'idea di salute quale "stato completo di benessere fisico, mentale e sociale" della persona non più o non solo nella sua componente di integrità fisico-materiale, ma valorizzandone gli aspetti psicosociali.

Il concetto di salute si evolve quindi parallelamente con l'evolversi dell'idea di dignità e di integrità della persona e ciò comporta molteplici ricadute, anche pratiche, avvertite *in primis* da medici e operatori sanitari in genere. La nuova definizione di salute, fra l'altro, rischia in certo qual modo di innescare un processo di aumento delle pretese risarcitorie – vantate da pazienti sempre più esigenti nei confronti della classe medica – fatte valere indipendentemente dalla prova di aver subito un danno, per il sol fatto che il medico non sia stato in grado di garantire un miglioramento delle condizioni di salute iniziali.

È certamente positiva l'evoluzione che ha portato ad affermare ed a riconoscere ai fini del risarcimento, accanto al danno patrimoniale, quello c.d. morale e, recentemente, quello biologico ed esistenziale. L'estensione della prospettiva risarcitoria, comporta però l'ulteriore rischio di incorrere in casi di medicina difensiva, che si manifestano sempre con maggiore frequenza negli ultimi anni. Tale propensione può estrinsecarsi attraverso il dirottamento dei casi più rischiosi, da parte dei medici; e attraverso il ricorso a pratiche terapeutiche superflue,

attuare al solo scopo di ridurre il rischio di incorrere in casi di *malpractice*. Quest'ultima tendenza può risolversi in una riduzione della qualità dell'assistenza sanitaria e in un aumento dei costi posti a carico dei servizi sanitari. Soprattutto, essa finisce per perdere di vista l'aspetto centrale della professione medica: una professione che non deve e non può essere orientata nell'ottica di evitare di incorrere in responsabilità (anche e soprattutto penale), ma deve tendere *in primis* a garantire adeguata tutela alla salute del paziente.

Nell'affrontare il tema della salute alla luce dell'art. 32 della Costituzione, sembra importante un'ulteriore riflessione: il cambiamento radicale del modo di intendere il "dolore", al quale si affianca una vera e propria rivoluzione culturale sul modo di intendere la terapia. Superata la visione del dolore inteso come un sintomo della malattia, da misurare, si propende ormai per l'idea di dolore come una malattia in sé, da curare.

Da ciò deriva una serie di conseguenze molto importanti: l'abbandono della tesi della rassegnazione al dolore, quando non dell'espiazione; la graduale affermazione di un nuovo atteggiamento, che trova i suoi risvolti pratici nella previsione esplicita del diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore; la semplificazione della prescrizione di farmaci antidolorifici oppiacei; infine, la particolare attenzione alle cure palliative del dolore prescritte ai bambini. Tutti aspetti che caratterizzano la moderna medicina; che hanno finalmente trovato

accoglimento in una legge recentemente approvata all'unanimità dal Parlamento italiano; e che, fra l'altro, si riflettono, sdrammatizzandoli, sui problemi attuali ed assai discussi del c.d. "fine vita".

*

4. Il diritto alla salute viene in considerazione nell'art. 32 della Costituzione in due diverse accezioni: in senso oppositivo e in senso pretensivo.

Quanto alla prima accezione, essa consiste nella pretesa negativa del singolo a che i terzi, pubblici e privati indistintamente, si astengano da comportamenti che potrebbero ledere l'integrità della persona: in un primo momento nell'accezione soltanto fisica, poi anche in quella psichica e globale.

È un diritto che, in quanto fondamentale, può essere fatto valere nei confronti di tutti i consociati, attraverso gli strumenti giuridici di tipo civile e penale presenti nell'ordinamento; senza che occorra a tal fine l'intervento *ad hoc* del legislatore, avuto riguardo alla natura immediatamente precettiva dell'art. 32 della Costituzione, sotto questo profilo.

Nella seconda accezione, in senso pretensivo, il diritto alla salute, per il suo carattere di onnicomprensività, abbraccia situazioni soggettive tra loro molto diverse. Una concezione più recente e più ampia di salute (la c.d. concezione sociale), infatti, ricomprende anche il diritto alla salubrità ambientale. Si tratta di un profilo ulteriore del diritto alla salute, attinente più strettamente alla sua dimensione sociale; da qui la stretta correlazione tra l'art. 32 e l'art. 9 della Costituzione, poiché

l'ambiente infatti – oggi più che mai – è considerato un valore primario ed un presupposto essenziale per la conservazione di uno stato di salute ottimale.

Alla dimensione sociale del diritto alla salute si lega la sempre più estesa affermazione del principio di precauzione, che può essere invocato quando è necessario un intervento urgente di fronte al possibile pericolo di danno alla salute umana. Esso, sancito inizialmente a livello comunitario, è oggi recepito anche nel nostro ordinamento interno; nonostante manchi una precisa definizione del principio nel Trattato CE, le sue applicazioni pratiche sono numerose.

La sensibilità mostrata negli ultimi tempi per la tutela della salute di ciascuno nell'interesse di tutti, trova conferma anche nelle misure di prevenzione del rischio, attuate nell'ambiente del lavoro: ad esempio, con l'introduzione di nuove ipotesi di reato atte a sanzionare la mancata predisposizione delle cautele necessarie.

L'espressione più tipica del diritto alla salute, nella sua accezione pretensiva, si riferisce alla pretesa vantata dal singolo per ottenere adeguate prestazioni sanitarie e cure, anche gratuite se si è indigenti. Sotto questo profilo, il diritto alla salute viene in rilievo con riferimento alla prevenzione, agli accertamenti diagnostici, al trattamento terapeutico e alla cura in caso di bisogno. Impegni questi ultimi, che necessitano dell'intervento del servizio sanitario nazionale, di soggetti pubblici e privati, in attuazione del principio di solidarietà e attraverso il rispetto del principio di sussidiarietà: sia

verticale (quella istituzionale, tra soggetti pubblici) che orizzontale (quella sociale, tra soggetti pubblici e privati).

Il rapporto fra il diritto di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute, proposto dall'art. 32 della Costituzione si sviluppa cioè attraverso una sinergia fra lo Stato, le Regioni e il privato. Lo Stato è responsabile della determinazione dei livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei principi della dignità umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, dell'economicità nell'impiego delle risorse. Alle Regioni è affidata – nella loro ampia autonomia organizzativa – la responsabilità della effettiva applicazione di quei livelli, avvicinando l'azione amministrativa al controllo dei cittadini e individuando il rapporto ottimale fra pubblico e privato nella concretezza del territorio.

Le prestazioni erogabili nell'ambito del servizio sanitario sono riconducibili a tre grandi aree: l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (comprensiva di tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli); l'assistenza c.d. distrettuale (comprensiva delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari diffusi sul territorio, dalla medicina di base alla assistenza farmaceutica, specialistica, diagnostica, ambulatoriale e così via); l'assistenza ospedaliera (comprensiva delle prestazioni di pronto soccorso, di ricovero ordinario, di lungodegenza e di riabilitazione). Il centenario della "professione al servizio del Paese" coincide con il cento cinquantenario dell'Unità

d'Italia, le sue conquiste, i suoi traguardi superati, i suoi problemi irrisolti. Tra i traguardi superati vi è certamente il livello ottimale raggiunto dall'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, per certi versi e in molte zone. Tra i problemi irrisolti vi è certamente il divario significativo in termini di qualità e di efficienza del settore sanitario, che tuttora permane – nonostante il miglioramento degli ultimi anni – fra aree del Nord e del Sud del Paese: un divario che testimonia – anche da questo punto di vista – quanto pesi e sia irrisolta la questione meridionale, nel processo di unificazione nazionale.

Il rapporto tra la salute come diritto di ciascuno e interesse di tutti diventa allora uno dei nuclei centrali della sfida del federalismo fiscale, che in questo momento il Paese sta affrontando: un federalismo solidale, non certo soltanto competitivo e dell'abbandono. E' una sfida che rappresenta un modo tra i più significativi ed indispensabili per celebrare il centocinquantenario anniversario dell'unità d'Italia non solo con manifestazioni retoriche, ma con un impegno concreto a costruire l'unità del Paese nella autonomia, secondo l'indicazione e l'impegno degli articoli 5, 114, 117, 118 e 119 della Costituzione; una sfida che trova nell'impegno alla tutela della salute uno degli obiettivi più significativi e importanti.

*

5. In un momento storico in cui si affermano con vigore i valori della solidarietà, della libertà e dell'autodeterminazione – rimasti a lungo sullo sfondo di uno scenario che invece guardava al medico, in passato, quale soggetto dotato di

discrezionalità quasi assoluta nei confronti del paziente – parlare di diritto alla salute non vuol dire solo riferirsi al diritto ad ottenere cure adeguate, ma altresì al diritto di rifiutare cure indesiderate: anche quando da tale rifiuto possa derivare la morte del titolare del diritto alla salute.

Il rapporto tra diritto di ciascuno e interesse di tutti alla salute si sviluppa cioè non soltanto nei termini positivi richiamati in precedenza; ma anche nei termini negativi rappresentati dal fatto che l'interesse di tutti non può spingersi oltre certi limiti, nell'interferire con il diritto del singolo alla salute.

In questo caso si pone il problema di individuare la linea di confine tra il diritto alla libera scelta terapeutica, riconosciuto all'utente, e il divieto – sancito nel nostro ordinamento (art.5 c.c.) – di porre in essere atti di disposizione del proprio corpo che cagionino una diminuzione permanente alla propria integrità fisica. Si può senza dubbio sostenere che l'entrata in vigore della Costituzione ha determinato un'inversione di tendenza; non si parla più di potere, ma di libertà di disporre del proprio corpo, stante il valore unitario e inscindibile della persona. Ed è appena il caso di ricordare che sono le leggi ordinarie a dover essere interpretate secondo la Costituzione, e non viceversa.

La libertà di autodeterminazione è legata in particolare (ma non soltanto) alla tematica dei farmaci salvavita, delle decisioni di fine-vita, del c.d. testamento biologico: una tematica divenuta particolarmente attuale oggi, in un momento in cui il malato, da

soggetto in condizioni di mera soggezione nei confronti del medico, diventa co-protagonista delle scelte in merito alle terapie da attuare.

Il trattamento sanitario non può che essere volontario, legittimato in altri termini solo dall'accettazione consapevole e informata di chi ad esso dovrà sottoporsi, eccezion fatta per i c.d. trattamenti sanitari obbligatori. Quando non ricorrono gli estremi di questi ultimi, il trattamento sanitario e la terapia possono essere rifiutati dal paziente capace, consapevole e informato, anche se ne consegue la sua morte. Si discute se fra i trattamenti sanitari rientrino anche gli interventi di nutrizione e idratazione assistita, come ritiene in maggioranza l'opinione scientifica; un diverso orientamento è stato tuttavia espresso dal Comitato di bioetica e dalla legge *in fieri* (approvata dal Senato) sulle dichiarazioni anticipate di trattamento per il fine-vita (il c.d. testamento biologico).

I trattamenti sanitari obbligatori sono richiamati testualmente dall'art. 32 della Carta Costituzionale, subordinandoli alla previsione esplicita della legge ed alla giustificazione con imprescindibili esigenze di interesse generale, quali la necessità di prestare tutela alla salute pubblica, che lo Stato ha il dovere di garantire a costo di ledere diritti e prerogative del singolo: un sacrificio che richiama il medico e l'utente a doveri di solidarietà reciproca. Essi, in ogni caso, non possono ledere il rispetto della persona, ossia la sua dignità.

Le ipotesi di trattamento sanitario obbligatorio non rappre-

sentano una smentita di quanto dianzi detto sulla rivendicazione dell'autonomia e autodeterminazione terapeutica del singolo. Infatti è proprio e soltanto la duplice qualificazione del diritto alla salute, come diritto fondamentale di ciascuno e interesse di tutti, a giustificare la legge impositiva di un determinato trattamento sanitario: quando cioè quel trattamento sia diretto non già a migliorare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma a preservare lo stato di salute degli altri o quello dello stesso soggetto, se esso si trova in uno stato di incapacità ad esprimere consapevolmente un rifiuto o un consenso informato. In quest'ultimo caso si apre il tema del c.d. testamento biologico: la possibilità o meno, per il soggetto, di formulare in anticipo una volontà (consenso o rifiuto), destinata a valere in un successivo momento, quando sopravvenga l'incapacità di decidere.

L'interesse della collettività non può e non deve essere ragione per la quale imporre al singolo un "dovere di curarsi", che la Costituzione non prevede, nel quadro dei doveri inderogabili di solidarietà. Anzi, e di più – ma il tema può in questa sede essere soltanto richiamato con un cenno – non v'è per il singolo un "dovere di vivere"; fermo restando che non v'è neppure, per contro, un suo "diritto di morire", per esercitare il quale egli possa chiedere l'intervento e la cooperazione di altri (lo Stato, il medico, il parente e così via); e fermo restando, comunque, il diritto alle cure palliative di fronte al dolore, anche se da esse possa derivare, come effetto secondario e non voluto, un esito letale.

La nuova figura di utente, titolare del diritto di autodeterminarsi in merito alle scelte terapeutiche che lo coinvolgono direttamente, si riflette sul rapporto con il proprio medico e

sull'esercizio della professione. E' terminata l'era del c.d. paternalismo medico: di quel modello idealizzato del rapporto medico-paziente, che vedeva il primo come tutore del secondo, con una autonomia decisionale e una discrezionalità quasi assoluta in merito a trattamenti che coinvolgessero la salute. Oggi i doveri del medico vengono subordinati ai diritti del malato, che diventa partecipe a tutti gli effetti delle decisioni in merito alle pratiche terapeutiche da attuare. Si tratta di un rapporto "reinventato" tra queste due personalità e di una nuova situazione sistemica con la quale i medici sono chiamati a confrontarsi.

L'accentuata attenzione all'utente, alla sua autonomia e libertà di autodeterminarsi, ha determinato un graduale processo di rivalutazione del principio del consenso informato, che trova piena conferma nell'aggiornamento dei codici deontologici; e che è stato recentemente riaffermato dalla Corte Costituzionale come principio fondamentale, espressione del diritto inviolabile all'autodeterminazione e di quello fondamentale alla salute.

Fra i cambiamenti epocali della medicina, nei cento anni trascorsi, v'è dunque anche il processo di responsabilizzazione cui il medico è chiamato. E si deve tener presente, anche al fine di scongiurare eventuali profili di responsabilità penale, che il medi-

co dovrà mettere a disposizione del paziente ogni informazione necessaria sui rischi e sui benefici connessi alla terapia.

L'importanza (e il peso) di tale responsabilizzazione è d'altronde evidente, alla stregua di un'altra indicazione reiterata dalla Corte Costituzionale: non può essere di norma il legislatore a stabilire quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. La regola di fondo, in materia, è costituita dalla autonomia e responsabilità del medico, che sempre con il consenso dell'utente opera le scelte professionali, basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione, ed informando l'utente stesso compiutamente. Fra l'altro – indipendentemente dall'esito positivo che le cure abbiano eventualmente avuto – si potrebbe configurare un'ipotesi di responsabilità penale nel caso in cui il medico abbia agito senza la preventiva acquisizione del consenso informato dell'utente. In conclusione, la "pari dignità sociale" di entrambi i protagonisti dell'alleanza terapeutica (il medico e il malato) ed il rapporto tra il "diritto fondamentale di ciascuno e l'interesse di tutti alla salute", sono i punti essenziali di riferimento della professione medica di oggi: e valgono ad esprimere pienamente il significato costituzionale della salute, nel suo valore di eguaglianza, identità personale, libertà e solidarietà, irrinunciabili per la condizione umana.

*Giovanni Maria Flick
Presidente emerito della
Corte Costituzionale*

UNA RIFLESSIONE SUL RUOLO POLITICO DEL MEDICO

“Perché la nostra società possa cambiare deve utilizzare un nuovo modello di uomo, un modello molto più dinamico, sul quale fondare una nuova medicina consapevole del fatto che l'uomo oltre a essere un corpo, è un prodotto di lotte, è un corpo sociale oltre che un corpo organico. Ed è su questo corpo sociale che la nuova medicina deve lavorare [...]”¹

Sul finire degli anni Settanta, quando il modello biomedico mostrava i definitivi segni di cedimento e inadeguatezza, tanto da consentire poi l'introduzione del paradigma bio-psico-sociale (BPS)², l'identità tradizionale del medico era ancora salda ed apparentemente inattaccabile. Oggi il mondo è profondamente mutato: tra le notizie di cronaca colpiscono le continue liti in sala parto, gli orrori di alcune cliniche chirurgiche o psichiatriche, l'astensionismo di ampie aree del mondo della medicina di fronte a tematiche impellenti come i trattamenti di fine vita e l'interruzione volontaria di gravidanza. Tutto questo non fa che gettare benzina sul fuoco dell'attuale cultura responsabilizzante ad ogni costo, oscurando l'attività quotidiana accorta e diligente della maggior parte dei medici. “[...] è innegabile che il medico oggi faccia parte di un organismo complesso qual è la sanità pubblica e che il suo apporto, per quanto insostituibile tecnicamente, sia stato negli ultimi decenni ridimensionato anche dal punto di vista del suo peso sociale e culturale.”³ Mentre il mondo reale sfuma verso un'inquietante realtà virtuale (in un processo che è al tempo stesso causa ed effetto di un aumento preoccupante di individualismo e solitudine), sembra utile interrogarsi sul ruolo del medico nell'attuale società, e sulla *coscienza civile* del medico. “Incalzato dalla tecnologia, controllato dalle esigenze economiche e di bilancio, trattato con sospetto dai pazienti, il medico appare oggi in balia di una crisi profonda e diffusa, la missione perde terreno, gli ideali appassiscono. [...] E' drammatico assistere alla perdita dei valori umani della medicina. E se è davvero così, che cosa resta della missione? Dove sono andati a finire i principi della cura dell'uomo, dell'empatia, del dialogo, dell'umanità? In che cosa ci si riduce a credere quando si fa il medico? Oppure non si crede più in nulla? Che cosa rimane alla fine di un medico?”⁴

Ogni medico, in quanto uomo, è per natura un “animale politico”⁵; e, in quanto cittadino, è chiamato a contribuire al *progresso* della società come vero e proprio dovere costituzionale⁶, in aggiunta al dovere fondamentale di tutela della salute. “E' giusto che i medici debbano avere un ruolo di orientamento a livello politico, sociale e culturale? Io sono convinto che anche questo faccia parte della loro missione, perché sono coloro che possiedono conoscenze e competenze specifiche in un settore sempre più complesso. E, soprattutto oggi che la medicina pone delicati interrogativi con implicazioni bioetiche, credo sia un diritto ma anche un dovere partecipare attivamente al dibattito pubblico esercitando tutta l'influenza possibile per guidare i processi di cambiamento e di modernizzazione della società.”⁷ E' nei confronti del Paziente inteso come corpo sociale che si definisce il ruolo politico del medico, che si concretizza mediante interventi di *advocacy* (v. oltre) rivolti ai Governi e ai *decision-*

1. Una missione in crisi di identità

2. Il ruolo politico del medico e il corpo sociale del Paziente

1 Questa riflessione sintetizza un poster presentato in occasione della V Conferenza Tematica della Società Italiana di Psichiatria “Lo Psichiatra nel nuovo Millennio: bisogni formativi, competenze cliniche e rischi professionali”, Riccione 13-16 ottobre 2010.

F. Basaglia, Conferenze Brasiliane, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, p. 73

2 G.L. Engel, *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine* in Science, 1977, 4286, 129-136

3 I. Marino, *Nelle tue mani*, Einaudi, Torino 2009, p. 19

4 I. Marino, *Credere e curare*, Einaudi, Torino 2005, pp. 86-88

5 πολιτικὸν ζῷον, anche tradotto come animale sociale. “[...] questo è, infatti, proprio dell'uomo rispetto agli altri animali, di avere, egli solo, la percezione del bene e del male, del giusto e dell'ingiusto e degli altri valori: il possesso comune di questi costituisce la famiglia e lo stato. E per natura lo stato è anteriore alla famiglia e a ciascuno di noi perché il tutto dev'essere necessariamente anteriore alla parte [...]”. Aristotele, *Politica*, 1.1.1253a15-20.

6 Costituzione Italiana, art. 4, comma secondo: “Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.”

7 Ignazio Marino, *Nelle tue mani*, Einaudi, Torino 2009, p. 36

makers, negli interessi della salute del singolo e della collettività. Ciò è particolarmente vero per “i medici specialisti di salute pubblica. Molte misure e azioni che devono compiere per prevenire le malattie e promuovere la salute devono essere attuate dal Governo e i suoi specifici ministri – della salute, del welfare, del lavoro. Questo rende necessario per lo specialista di salute pubblica acquisire familiarità con il funzionamento del Governo, sviluppare appropriate connessioni e sottoporre proposte adeguate al Governo stesso.”⁸

Principale strumento dell'azione politica del medico dovrebbe essere l'*advocacy*, termine inglese che traduce il tentativo di influenzare le politiche pubbliche attraverso varie forme di comunicazione dirette ai *decision-makers*: ciò avviene, in ambito medico, nell'interesse della salute del singolo cittadino e della collettività. Affinché l'intervento sia efficace è fondamentale la coesione, il senso di appartenenza, la condivisione di ideali e obiettivi. Gli interventi di *advocacy* si possono strutturare schematicamente in sei tappe:⁹

3. Gli strumenti

1. **Analisi** di problema, politiche, organizzazioni e canali per influenzare i *decision-makers*.
2. **Strategia**: identificazione degli obiettivi e pianificazione dei percorsi per raggiungerli.
3. **Mobilizzazione**: per avere il massimo impatto è importante lavorare in gruppo.
4. **Azione**: messa in atto dell'intervento di *advocacy*.
5. **Valutazione** degli effetti, come qualsiasi altra campagna di comunicazione.
6. **Continuità**: programmare la continuità; l'intervento di *advocacy* è un processo *in fieri*.

L'ingresso storico nel nuovo Millennio ci impone di ripensare al ruolo del medico all'interno della società, per superare l'attuale crisi di valori e ridare prestigio e nobiltà all'arte. Ai tradizionali compiti di diagnosi e cura è necessario oggi affiancare ed affermare il ruolo politico del medico, volto a promuovere il bisogno di salute della collettività in termini anche socio-economici e mediatici; una medicina “umanistica” vede la salute non tanto e solo come quantità monetizzabile, ma come base necessaria della libertà individuale e del principio di autodeterminazione del singolo. Il mondo della sofferenza mentale ci ha insegnato che “la Psichiatria ha cambiato la Storia solo quando è riuscita ad interessare la società”¹⁰; è questa una lezione fondamentale per tutta la Medicina, e non solo per la Psichiatria in particolare. Sulla scia di questo insegnamento, è giunto il momento di ricominciare a guardare al domani con un'ottica positiva e costruttiva: “[...] dobbiamo ritrovare la capacità di credere nel futuro, nella giustizia, nell'impegno, nella forza di volontà per guardare un po' più in là del nostro minuscolo interesse e comprendere che se ci impegniamo per modificare ciò che appare corrotto e che consideriamo ingiusto, se cambiamo le regole per tutti, alla fine migliorerà la vita di ognuno.”¹¹

4. Il medico nel nuovo Millennio

Giorgio Mattei, Silvia Ferrari

⁸ N. Sartorius, comunicazione personale.

⁹ “A” frame for Advocacy, <http://info.k4health.org/pr/advocacy/>

¹⁰ S. Priebe, *Valori, pratica scienza: il futuro della psichiatria sociale*, intervento in occasione della V Conferenza Tematica della Società Italiana di Psichiatria, Riccione, 14 ottobre 2010

¹¹ Ignazio Marino, *Nelle tue mani*, Einaudi, Torino 2009, p. 201

NOVITÀ SUI FARMACI DAL PARLAMENTO EUROPEO

Informazioni sui farmaci soggetti a prescrizione: i deputati insistono per rafforzare i diritti dei pazienti

In futuro i pazienti dovranno avere informazioni migliori sui farmaci soggetti a prescrizione medica. I deputati hanno chiesto in particolare che vengano fornite informazioni dettagliate, obiettive e affidabili sulle caratteristiche dei farmaci e sulle condizioni di salute legate alla loro assunzione. Lo scopo è anche quello di tutelare i pazienti evitando qualsiasi informazione pubblicitaria o non richiesta.

L'obiettivo fondamentale della decisione presa dai deputati che hanno esaminato la proposta dalla Commissione è quello di assicurare informazioni sui farmaci di buona qualità, obiettive, affidabili e non promozionali. Con il suo voto, la commissione ambiente ha voluto sottolineare che il diritto di informazione dei pazienti non deve rappresentare una semplice opzione per le società farmaceutiche.

Lo scopo è quello di specificare quali dati devono essere messi a disposizione del pubblico, quali informazioni sono opzionali e quali sono i canali attraverso i quali queste ultime devono essere fornite.

Obbligo di informazione da parte degli Stati Membri

I deputati hanno introdotto un nuovo articolo nella legislazione che obbliga gli Stati Membri ad assicurare che siano disponibili "informazioni obiettive e imparziali" sui medicinali in vendita che dovranno obbligatoriamente avere:

- un riassunto delle caratteristiche del prodotto, un foglio illustrativo, un'etichettatura insieme e una valutazione del medicinale accessibile al pubblico;
- le malattie e le condizioni di salute legate all'assunzione del farmaco;
- informazioni su come prevenire tali malattie o condizioni di salute.

Queste informazioni dovranno essere disponibili, a chi ne fa specifica richiesta, sia in formato elettronico (su siti specifici creati dagli Stati Membri), sia in versione stampata e accessibile ai non vedenti.

Informazioni fornite dalle aziende farmaceutiche

In aggiunta a questo tipo di informazioni, le aziende potranno fornirne altre definite non-promozionali, come ad esempio quelle che fanno riferimento all'impatto ambientale del prodotto o alle istruzioni d'uso del prodotto, anche se in questi casi sarà necessaria un'autorizzazione preventiva da parte delle autorità competenti.

Fonte: Parlamento Europeo

Informazione pubblicitaria



www.gruppobper.it

Gruppo BPER. La nostra forza è la tua forza.

Banca Popolare dell'Emilia Romagna
Banca della Campania
Banca di Sassari
Banca Popolare del Mezzogiorno
Banca Popolare di Aprilia



Banca Popolare di Lanciano e Sulmona
Banca Popolare di Ravenna
Banco di Sardegna
Carispaq - Cassa di Risparmio Provincia dell'Aquila

Questo è il marchio del Gruppo BPER. Un gruppo bancario composto da 9 banche con 1300 sportelli e 11000 uomini.

 **GRUPPO BPER**

MAX INFORMATION 71

IL CONSENSO E LA DELEGA

Riceviamo dal Comitato Etico di Modena una nota redatta dal Dott. Francesco Sala, componente dello stesso, che sollecita a riflettere sugli aspetti etici dell'inclusione dei pazienti nei protocolli sperimentali, ampliando le sue riflessioni al problema più generale della competenza del paziente e del rapporto fiduciale con il medico.

A.D., 54 anni, insegnante, è affetta da una malattia cronica delle vie respiratorie. In occasione di una visita di controllo il pneumologo le propone di partecipare a una ricerca clinica riguardante l'uso di una combinazione terapeutica per uso inalatorio. Dopo aver parlato con lo specialista e aver letto e riletto il foglio informativo che le è stato consegnato, la signora viene da me e mi dice: "Dottore, ho letto tutto, credo anche d'aver capito, ma mi dica lei che mi conosce: lo faccio o non lo faccio?"

Credo che una domanda di questo tipo, estrapolata da un colloquio reale, non possa non suscitare qualche spunto di riflessione non solo tra coloro che facendo parte dei Comitati Etici hanno quotidianamente a che fare con i problemi connessi all'acquisizione del consenso, ma in ogni medico che abbia a cuore un corretto e fecondo rapporto medico paziente.

Il caso proposto non è certamente un caso limite, ma è una di quelle situazioni che sembrano fatte apposta per mandare in crisi gli addetti ai lavori, nella misura in cui ci fanno capire il limite sostanziale degli schemi

e delle procedure che sono state adottate a garanzia e a tutela delle persone cui viene richiesto di aderire a un protocollo sperimentale.

L'attività dei Comitati Etici si trova a prendere quotidianamente atto delle criticità che sorgono riguardo l'acquisizione del consenso: articolati troppo tecnici e complessi, spesso poco rispettosi del mondo reale delle persone, concepiti secondo una logica difensiva piuttosto che sospinti da una vera sollecitudine a spiegare e rendere comprensibile un problema, finiscono per suscitare il più delle volte nelle persone che vi si accostano più ansia che fiducia, più sospetto che serena condivisione.

Si ha a volte l'impressione che essi finiscano per assomigliare nell'immaginario collettivo ai testi delle polizze assicurative, o alle informative che vengono consegnate dalle banche in occasione di un investimento economico: qualcosa di molto simile a una dolorosa necessità, che la legge di fatto impone, ma nei confronti della quale la persona comune appare disarmata e finisce necessariamente per fidarsi. Sperando che vada bene.



F. Sala

Come non pensare poi che molti degli studi clinici che vengono attualmente proposti, sono rivolti a pazienti oncologici in fase molto avanzata, spesso senza più alternative, la cui unica speranza è quella di una ulteriore chance terapeutica che costituisca l'unica ragione del loro consenso, assieme alla speranza di non finire nel braccio con placebo, che (purtroppo, ma questa è una polemica che ho già fatto) è ancora assai spesso previsto, e che il paziente scopre quasi subito, esperto com'è di farmaci e di effetti collaterali. Come giudicare in questi casi le trenta pagine di informazioni minuziose e dettagliate, che tutto riportano e tutto spiegano con precisione quasi maniacale? Così è necessario fare, ma non ci si può non chiedere a chi realmente serva.

Non è certamente questa la realtà che tutti noi speravamo di costruire a proposito della informazione in ambito sanitario applicata alla ricerca; la rasserenante illusione che nasce dall'idea di un consenso informato dal potere poco meno che salvifico, in grado di giustificare e sanare ogni cosa, ci ha accompagnato per lungo tempo, così come la speranza che bastasse correggere qualche termine, rendendolo più comprensibile e a misura d'uomo, ci ha fatto pensare che il nostro intervento potesse davvero servire a qualcosa e non limitarsi a una semplice cosmesi. Viene invece da pensare che questa concezione per certi versi fideistica dell'informazione come fonte decisiva da cui possa nascere un atto di vera autonomia decisionale cozzi a conti fatti col limite stesso insito in un concetto totalizzante di autonomia autodeterminazione inteso come valore assoluto non contestualizzabile, a cui tutto deve essere subordinato. E si scontra in secondo luogo con l'illusione che basti comprendere alla lettera un testo a volte più che complesso e articolato per possedere davvero la materia e avere chiari il contesto e i limiti in cui viene a collocarsi la decisione di aderire o meno a un protocollo sperimentale.

Il concetto di autonomia\autodeterminazione da cui discende

il consenso ad ogni atto medico è certamente un punto di arrivo importante nella moderna medicina, uno dei capisaldi irrinunciabili sui quali costruire oggi un rapporto medico-paziente costruttivo ed efficace, che sappia muoversi nell'ottica di una vera alleanza terapeutica tra i due estremi opposti del paternalismo e dell'autonomia contrattualistica. Ma proprio perché si tratta di un valore molto alto esso non può essere assolutizzato, non può farsi una sorta di totem a cui tutto subordinare, ma richiede una continua contestualizzazione che tenga conto di tutte le variabili e le implicazioni in gioco.

Per dirla chiaramente, verrebbe da pensare che il soggetto ideale per la manifestazione di un consenso pienamente autonomo e responsabile sia la persona di elevata cultura, economicamente robusto e in buone condizioni di salute: ma quanti di questi soggetti "ben pasciuti", poco o nulla influenzati dall'ignoranza, dal bisogno, dall'ansia e dalla paura generata dalla malattia, ritroviamo di fatto tra i nostri pazienti? E anche nei casi più semplici, come è quello dell'esempio riportato, in cui non sono in gioco decisioni "quoad vitam", la persona è di cultura medio alta e si è pure impegnata fino in fondo a leggere e a capire, finiscono

per trovare posto domande che ci spalancano praterie di dubbi e riflessioni. "Dottore, mi dica lei: lo faccio o non lo faccio?" cioè: "Va davvero bene per me?"

Ecco allora che il problema si sposta: dalla qualità dell'informazione, da cui discende il consenso, primo ed irrinunciabile gradino che dà il via a tutto il processo decisionale, si passa alla qualità della delega di cui il cittadino molte volte decide di avvalersi; dall'etica del consenso informato, con tutte le sue problematiche di completezza, congruità culturale e rispetto, si passa all'etica del processo di delega, che coinvolge le persone ad un livello assai diverso e ben altrimenti profondo. Come è facilmente intuibile, si tratta infatti di ben altra cosa, o meglio si tratta di due cose assolutamente complementari e facenti parte di un processo in cui l'una non esclude l'altra, ma nella quale anzi l'una è il presupposto dell'altra.

L'etica della delega presuppone infatti da parte del medico il farsi carico non soltanto della qualità dell'informazione, ma soprattutto della sua contestualizzazione ai fini di una decisione che coinvolge quel paziente, in quella determinata situazione, per quel determinato protocollo sperimentale. Presuppone che il medico conosca e valuti non soltanto la persona, il suo stato di

salute, le sue aspettative, il suo mondo psicologico, ma conosca e valuti il protocollo di studio, il suo valore scientifico, la reale portata sulla vita delle persone, i suoi obiettivi (quelli dichiarati e quelli no, quelli palesi e quelli più o meno facilmente intuibili). E di tutto sappia fare una sintesi, che deve tenere come unico punto di riferimento il bene di quella persona in quel particolare momento della sua vita e non può soggiacere ad alcun altro interesse o considerazione.

L'etica del processo di delega presuppone di conseguenza un retroterra di fiducia, di consuetudine, oserei dire di quella familiarità, intesa come disponibilità a mettersi in gioco senza reticenze o paure, che costituisce

una sorta di punto di arrivo di un rapporto medico-paziente costruito nel tempo a cui entrambi gli attori sono giunti attraverso un percorso comune.

Si dirà che questa visione rischia di far rientrare dalla finestra ciò che è stato fatto uscire dalla porta, di riproporre cioè nei fatti quella concezione paternalistica del rapporto medico paziente che i tempi hanno ormai superato e consegnato alla storia: l'obiezione non è certo priva di qualche fondamento, ma penso sarebbe più corretto dire che essa cerca di proporre nella prassi quotidiana una sorta di "paternalismo moderno", oserei dire scientifico, in quanto capace di fondarsi su una relazione che aspira alla simmetricità e sulla

condivisione fin dove è possibile di temi e contenuti. Una sorta di compromesso dunque che media tra le varie esigenze e pare salvaguardate tutti i valori in gioco: e, alla fine, responsabilizza una volta di più il ruolo del medico e finisce per arricchire in maniera singolare la relazione di cura.

Per dovere di completezza, aggiungo il finale della storia: conoscevo quel protocollo, formalmente ineccepibile, per averlo analizzato in sede di Comitato Etico e riguardo il quale avevo espresso alcune convinte perplessità. Ho sconsigliato alla signora di aderirvi, e così la signora ha fatto.

F. Sala

Informazione pubblicitaria



***Modena, in strada Formigina n°3,
angolo Strada S. Faustino,
(zona adiacente al Parco Enzo Ferrari)***

***Affittasi negozio ristrutturato
adibito a studi medici di mq 115,
con possibilità di ricavare
almeno tre ambulatori,
due ampi locali di servizio
e servizio igienico.***

***Per informazioni
rivolgersi al n°339/1731769***

LEGGE 4 NOVEMBRE 2010 N.183 SULL'ETÀ PENSIONABILE DEI DIRIGENTI MEDICI DEL SSN E SUI CERTIFICATI DI MALATTIA

Il 24 novembre 2010 è entrata in vigore la legge 4 novembre 2010 n.183 che reca norme in materia di età pensionabile dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale prevedendo il **collocamento a riposo su iniziativa dell'interessato al compimento di 40 anni di servizio effettivo, con il limite del settantesimo anno di età** (art.22). Altra disposizione di particolare rilevanza è quella prevista all'art. 25 che stabilisce che **a decorrere dal 1 gennaio 2010 in tutti i casi di assenza per malattia dei dipendenti dei datori di lavoro privati**, per il rilascio e la trasmissione della attestazione di malattia si applicano le disposizioni di cui all'art. 55-septies del decreto legislativo 30 marzo 2011, n.165 che prevede **l'obbligo di trasmissione telematica della certificazione medica** concernente le assenze dei lavoratori per malattia.

ISTITUITO IL "MASTER ABILITANTE PER LE FUNZIONI DI MEDICO COMPETENTE"

L'art. 38 comma 2 del D.Lgs 81/08 prevede che, per l'esercizio dell'attività di medico competente, i medici in possesso della specializzazione in igiene e medicina preventiva o medicina legale siano tenuti a frequentare appositi corsi universitari da definire con Decreto interministeriale, qualora non possano dimostrare di avere svolto l'attività di medico competente per almeno 1 anno nell'arco dei tre anni anteriori l'entrata in vigore del D.Lgs 81/08 (previsione quest'ultima, per la quale esiste una sanatoria).

Il decreto interministeriale del 15.11.2010 istituisce il "master abilitante per le funzioni di medico competente". Trattasi di un percorso formativo di tipo professionalizzante con attività didattica formale, frontale a piccoli gruppi, strutturato in un **corso di studio della durata di almeno un anno** e costituito da un numero di crediti Formativi Universitari (CUF) pari a 60, **al termine del quale verrà rilasciato un diploma di master di II livello abilitante per lo svolgimento delle funzioni di medico competente** ai sensi dell'art. 38 c.2 del D.Lgs 81/08. Si informano gli interessati che il nostro Ordine procederà ad effettuare delle verifiche nei confronti di tutte le posizioni inserite nell'elenco dei medici competenti per l'accertamento dell'esistenza dei requisiti per il mantenimento dell'iscrizione a detto elenco. A seguito di tale verifica tutti coloro per i quali non risultano soddisfatti i requisiti richiesti dalla normativa verranno formalmente invitati a regolarizzare la propria posizione, pena la cancellazione dall'elenco speciale (la Circolare FNOMCeO n.83 è consultabile sul sito internet www.ordinemedicimodena.it alla sezione ultime notizie).

VALUTAZIONE DEL RISCHIO STRESS-LAVORO CORRELATO DI CUI ALL'ART. 28 COMMA 1-BIS DEL D.LGS 81/08

Si rammenta ai **titolari degli ambulatori medici e odontoiatrici**, che il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali con circolare del 18/11/2010 ha fornito le indicazioni necessarie alla **valutazione del rischio da stress lavoro correlato** che deve avvenire tenendo conto delle indicazioni fornite dalla Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro (prevista all'art. 6 del D.Lgs 81/08). Una di queste indicazioni è quella che stabilisce che la data del 31 dicembre 2010 debba essere intesa come data di avvio delle attività di valutazione. La programmazione temporale delle attività di valutazione e l'indicazione del termine finale di espletamento delle stesse debbono essere riportate nel documento di valutazione dei rischi. **Per le realtà fino a 10 dipendenti esistono modalità semplificate di valutazione**, con il coinvolgimento diretto dei lavoratori nella ricerca di soluzioni e nella verifica della loro efficacia. Per la valutazione di tale rischio il datore di lavoro deve avvalersi del responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, se nominato, con il coinvolgimento diretto del medico competente e del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (la Circolare è consultabile sul sito internet www.ordinemedicimodena.it alla sezione ultime notizie).

IL PROCESSO CIVILE TELEMATICO (CPT)

Anche presso il Tribunale di Modena, con Decreto Ministeriale 2.7.2010 è stato attivato il processo civile telematico

Il processo civile telematico è un nuovo modo di operare tramite strumenti informatici al fine di velocizzare l'iter dei processi. Gli attori del PCT sono i soggetti abilitati esterni (avvocati, notai... e CTU) e i soggetti interni (magistrati, personale degli uffici giudiziari...).

Il PCT è, quindi, una struttura informatica che permette ai soggetti esterni ed interni di dialogare online creando un notevole risparmio temporale ed economico. Ogni comunicazione avviene in modo sicuro, certificato, autenticato tra soggetti abilitati attraverso una porta di ingresso (PDA) al Dominio Giustizia. L'Ordine si è attivato al fine di proporre una proposta operativa ai CTU interessati, rivolgendosi alla Giuffrè Editore di Modena, da sempre molto attiva e attenta alle problematiche di natura informatica e giudiziaria.

Operativamente parlando, per i CTU si tratta di attivare una porta di accesso al Dominio Giustizia e di dotarsi di firma digitale.

La proposta della ditta Giuffrè è consultabile sul sito www.ordinemedicimodena.it sezione ultime notizie.

Per info:

Agenzia Giuffrè Modena

Corso Canalgrande, 78/82 - Modena

Tel. 059/210050 059/244823 - Fax 059/211205

e-mail: gianlucabuffagni@virgilio.it

POSTA CERTIFICATA: UN OBBLIGO DI LEGGE

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

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



Procedura per l'acquisto di casella PEC

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

Per la fatturazione inserire i dati richiesti:

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

Informazioni

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

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

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



Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena

CONVEGNO ENPAM

sabato 26 febbraio 2011

*UNA Hotel - Via Settembrini 10 - Baggiovara Modena
(zona nuovo Ospedale Civile)*

Sabato 26 febbraio dalle ore 10,30 alle ore 13,30 presso l'UNA Hotel di Baggiovara si svolgeranno le relazioni di esperti ENPAM; il vicepresidente vicario Dr. Oliveti affronterà le tematiche della previdenza per i medici correlandole con le prospettive future, il Dr. Testuzza si occuperà della componente ospedaliera e il Dr. Malagnino, vice presidente, di quella odontoiatrica; sarà presente anche il Dr. Daleffe per Fondo Sanità.

Grazie alla disponibilità dell'ENPAM, nella sala adiacente alla sede del convegno i medici modenesi potranno richiedere informazioni ai funzionari dell'Ente che saranno a loro disposizione con postazioni informatizzate, relativamente alle posizioni previdenziali, ai contributi versati e ad ogni tipo di ragguglio inerente le loro pensioni.

La partecipazione all'evento è gratuita ma è necessario segnalare l'adesione alla Segreteria organizzativa tramite mail, fax, posta ordinaria.

Chi fosse inoltre interessato a conferire con i funzionari dell'ENPAM dovrà darne comunicazione compilando l'allegato modulo entro e non oltre il 20 febbraio. Per motivi organizzativi verrà data la precedenza a quanti avranno presentato richiesta scritta.

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena
P.le Boschetti, 8 - 41121 Modena

Tel. 059/247711 Fax 059/247719 e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it



Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena

CONVEGNO ENPAM
sabato 26 febbraio 2011

Cognome

Nome

Luogo e data di nascita

E-mail

Recapito telefonico

Professione

Iscritto all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena

- ☐ Parteciperò all'evento del 26 febbraio
- ☐ Richiedo colloquio con i referenti dell'ENPAM.

Manifestazione del consenso, ai sensi dell'art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003

Acconsento alla comunicazione dei dati ed al relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità istituzionali dell'Ordine.

Modena,

firma.....

Il Circolo Medico "Mario Merighi" in collaborazione con l'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Modena organizza, per giovedì 10 marzo 2011, alle ore 20.30, presso la Sala Conferenze dell'Hotel "La Cantina" Via Statale 179 - Medolla, la presentazione del Volume **"Manuale della Professione Medica Deontologia Etica Normativa"**.

EDITOR IN CHIEF: Aldo Pagni, Past President FNOMCeO

Sergio Fucci, Giurista e Bioeticista, già consigliere presso la Corte d'Appello di Milano

Relatori: Dr. Aldo Pagni, Dr. Sergio Fucci, Dr. Nicolino D'Autilia.

Moderatore: Dr. Nunzio Borelli

CORSI DI MEDICAL ENGLISH DI I E II LIVELLO PER MEDICI E ODONTOIATRI



martedì e giovedì dalle ore 19,30 alle ore 21,00

marzo 2011: 8 - 10 - 15 - 17 - 22 - 24 - 29 - 31

aprile 2011: 5 - 7 - 12 - 14 - 19 - 21 - 26 - 28

maggio 2011: 3 - 5 - 10 - 12

Registrando con soddisfazione che i **corsi di inglese** organizzati dal nostro Ordine nel corso degli ultimi rappresentano un forte contributo nei programmi di aggiornamento e formazione dei colleghi, il Consiglio Direttivo ha deliberato di **organizzare anche per l'anno 2011 nuovi corsi di Medical English**, rivolti agli iscritti interessati ad apprendere ed utilizzare il linguaggio appropriato della lingua inglese durante lo svolgimento del lavoro ed in occasione di viaggi all'estero. I docenti sono di madre lingua inglese della scuola Read International, laureati e abilitati per l'insegnamento con esperienza pluriennale nel settore medico e professionale. Un colloquio iniziale con il docente e coordinatore, Prof. Jane Elizabeth Read sarà utile per stabilire il livello di preparazione del partecipante al fine del corretto inserimento nel gruppo di apprendimento. I corsi sono preparati espressamente tenendo presenti le esigenze di lavoro dei medici e degli odontoiatri e si basano su moderne e dinamiche metodologie didattiche e comunicative per l'acquisizione di vocaboli ed espressioni utili sia quotidianamente sia per il lavoro, nozioni grammaticali, letture di argomenti medici e scientifici, esercitazioni di pronuncia, esercitazioni di ascolto.

Si informano i colleghi che al momento non sono previsti corsi di livello superiore a quello intermedio; pertanto tutti coloro che avessero già frequentato tale corso si vedranno esclusi dalla ulteriore partecipazione.

I corsi **sono gratuiti** e si terranno a Modena presso la sede dell'Ordine P.le Boschetti, 8. **Si precisa che ai fini dell'acquisizione dei crediti ECM è indispensabile partecipare a tutte le serate.** Saranno accolte le richieste redatte sull'apposito modulo (disponibile anche sul sito Internet www.ordinemedicimodena.it) da consegnare alla segreteria o da inviare via fax (059/247719) fino ad esaurimento dei posti.

SCHEDA ISCRIZIONE - medical english

cognome e nome codice fiscale.....

nato a.....il.....

indirizzo:.....cap.....città.....pr.....

indirizzo mail..... telefonico..... cellulare.....

professione

iscritto Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena.

Data

I dati personali forniti dall'interessato saranno trattati ai sensi del D.L.vo 196/03 e raccolti dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena per la gestione dei crediti formativi e inseriti presso una banca dati automatizzata per le finalità inerenti la gestione dei crediti.

.....
Firma

Sarà cura di quest'Ordine confermare l'ammissione al corso agli aventi diritto

DI CASA IN CASA DI MARIA STELLA PADULA

Am'arcòrd, tanti anni fa, quando muovevo i primi passi come "Tutor", per la Medicina Generale.

Eravamo "pionieri", ma fra tutti emergeva per professionalità e passione Maria Stella Padula.

E' riuscita a coinvolgere tutti; Ordine dei medici, Università e Sindacati.

La prima Commissione per gli Esami di Stato in Medicina e Chirurgia, oltre ai presidenti degli Ordini di Reggio E. e Modena, mi vedeva vicino ad un altro "grande", che ha sempre creduto nel progetto dell'insegnamento della Medicina Generale e che attualmente si trova all'apice dell'Università: il Magnifico Rettore Prof. Aldo Tomasi. Ricordo, i numerosi corsi di formazione, dove Maria Stella sempre disponibile, ci coinvolgeva al massimo per migliorare il nostro rapporto con studenti e laureati in medicina.

In questi anni di continuo perfezionamento, si è creato un rapporto con gli studenti che è diventato indispensabile per la loro formazione. Quando arrivano in studio per il loro tirocinio in medicina generale, già dopo qualche ora si avverte il forte desiderio di rapportarsi finalmente con i pazienti, con la visita, con la diagnosi, la terapia e con tutte le problematiche dei pazienti a domicilio.

Leggendo le storie di questo volume effettivamente rivedo le visite fatte a domicilio con gli studenti, dapprima timidi ed impacciati poi via via sempre più sicuri e soddisfatti.

Questa narrazione di ciò che avviene nelle case, fra medico, paziente e famiglia è molto stimolante e dimostra come l'arte medica sia un armonico insieme fra scienza e relazione umana.

Anche l'opera pittorica della copertina del libro, dipinta sempre dalla Padula, "un fonendoscopio che abbraccia una rossa casetta", vuol dimostrare che il medico è sempre per e con la famiglia.

Sono sicuro che questo volume sarà di molto aiuto agli studenti, ai futuri medici, ai medici stessi, ai famigliari dei pazienti cronici, per apprendere attraverso la narrazione ciò che succede nelle case durante la malattia e gli stati emozionali della medicina.

Le storie sono reali, anche se lievemente romanzate, e Maria Stella ha avuto il buon gusto di non sfrondarle, di non filtrarle, proprio per non intaccare le emozioni e la spontaneità di chi racconta.

Quindi, storie vere, quotidiane, "non eccezionali" come si trovano nelle riviste scientifiche, ma storie comuni, di tutti i giorni, dove emerge l'autentico rapporto medico-paziente-famiglia.

Rapporto fondato sulla fiducia, sul rispetto reciproco, dove lo scopo principale è il sollievo dei sintomi e della sofferenza fisica, psichica e dell'anima.

Vorrei aggiungere mille e più di mille altre cose, ma le leggerete nel libro, e le emozioni che proverete, oltre che a migliorarvi vi daranno come per incanto soluzioni alle quali forse non ci avete mai pensato.

Cosa dire di più? Nulla. Solo: "Cara Maria Stella continua così perché sei sulla buona strada". Brava.

Scusate se mi concedo un aneddoto.

Oggi è freddo, è domenica sera e siamo sotto zero.

Finito di scrivere, pigiama, vestaglia, ciabatte, e sotto un paio di pesanti e calde calze colorate fatte ad uncinetto da una paziente che vedo in assistenza programmata e ben conosciuta da molti studenti che con me sono venuti al suo domicilio.

Nulla di strano, se non che la paziente compie 101 anni a luglio. Me le ha regalate, perché dice che tratto bene i vecchi come lei.

Guardo le calze e mi commuovo e penso che la nostra è la più bella professione del mondo.

L. Arginelli



Non è mai stato semplice scrivere di qualcuno che non si è conosciuto personalmente. E così quando Maria Antonietta Bergamini, mia compagna di studi universitari, mi ha chiesto di scrivere una delle pagine introduttive del libro dedicate a suo padre sono rimasto un po' perplesso incerto se accettare o meno. Ma l'invito era stato formulato in modo così gentile e nel contempo così coinvolgente che alla fine ho accettato.

E come accade in questi casi ho letto la bozza cortesemente inviata, scoprendo così un mondo in bianco e nero, legato al ricordo di un uomo che è stato di esempio per tanti suoi conterranei.

E bene ha fatto la collega a voler portare a compimento questa opera, intrapresa da altri, che rappresenta anzitutto un atto d'amore per il padre, per la sua figura di medico impegnato quotidianamente nella lotta contro la malattia, ma attento ai rapporti umani che sono poi il fondamento della nostra Professione. Le attestazioni di stima riportate sotto forma di testimonianza delle persone, pazienti e amici, che lo hanno conosciuto costituiscono una delle chiavi di lettura del volume.

L'altra è indiscutibilmente la valorizzazione della sua figura per il ruolo svolto nel contesto civile e sociale della sua realtà territoriale. Massa Finalese appunto, la sua terra, i suoi uomini e le sue donne, le loro malattie, i loro piccoli e grandi problemi che divenivano anche i suoi.

Un Uomo come loro, piccolo di statura ma grande nell'anima.

Ed è stato gratificante per me, medico come lui, avere avuto l'onore e il piacere di scrivere della sua opera professionale e del suo impegno personale proprio nella ricorrenza del Centenario della costituzione dell'Ordine dei medici.

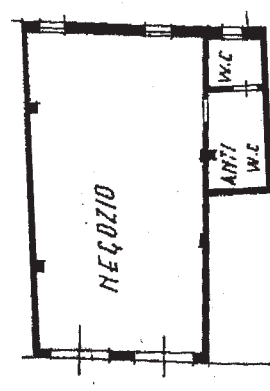


N. D'Autilia

Informazione pubblicitaria

AFFITTASI

NEGOZIO LUMINOSO CON DUE VETRINE,
ZONA CIRO MENOTTI,
RISTRUTTURATO,
ADATTO PER UN PROFESSIONISTA.
CANONE INTERESSANTE
TEL 059306223 ORARIO UFFICIO



quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"...
 "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"...
 "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"...
 "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"...
 "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"...

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

Questa volta il nostro appuntamento dialettale prevede un po' di termini e detti medici in "Mudnés", che riguardano il Medico di Medicina Generale.



L. Arginelli

"Gumitèr" (vomitare)

"Gamba indurmintèda" (gamba formicolante, addormentata, parestesie)

"Ingubìres" (ingobbirsi, assumere un atteggiamento come un gobbo, scoliosi)

"Inascari" (preso dal desiderio, dalla voglia).

Si usa soprattutto per indicare chi ha perso il controllo a causa della pulsione sessuale.

Dal tardo latino "ascarida (m), verme che se tocca l'uomo provoca bruciore.

"Impestèe" (appetato, in senso più lato colui che è affetto da una malattia venerea).

"Ciapèr 'n'impestèda" (contagiarsi gravemente di una malattia venerea).

"Intartaières" (tartagliare, balbuziente)

"Intrumbunèda" (si dice di una ragazza che ha gambe massicce e la vita troppo grossa)

"Itterézzia" (itterizia, ittero)

"Ittérezzia capòdga" (ittero grave)

"Lasèina" (ascella). Deriva dal tardo latino axilla, con l'agglutinazione con lassel(l)a, diventa poi lasèina.

"Avér la lasèina pésa" (emanare cattivo odore dalle ascelle).

"Inzucli" (addormentato, intorpidito, tonto)

"Inzuchèda" "Zuchèda" (inzuccata)

"Ciapèr 'na gran inzuchèda" (prendere un forte colpo in testa, trauma cranico).

Figurato: amore che fa perdere la testa.

"Gratères" (grattarsi)

"Chi g'ha la ràgna al s'la gràta" (chi ha la rogna se la gratta).

"Gratùsa" (grattugia)

"Avér la facia come 'na gratùsa" (aver la faccia piena di brufoli, acne)

"Avér la léngua gròsa" (avere la lingua grossa), modo figurato per indicare chi è ubriaco.

"Mé muiéra l'è gròsa" (mia moglie è incinta)

"L'é andée a sintìr cantèr i gréll" (è andato a sentire cantare i grilli).

Espressione poetica per dire che uno è morto.

"Impregnèr" (ingravidare)

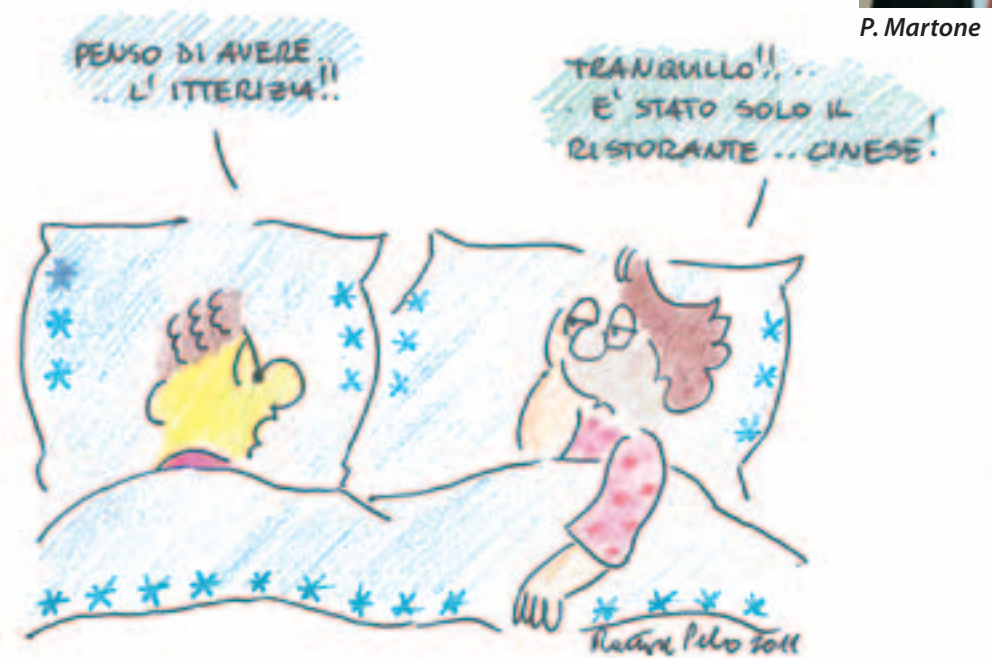
"L'è come impregnèr 'na vècia cun un stàcch" (è come mettere incinta una vecchia con uno stacco)

Anche se un po' "volgarotto", questo detto scherzoso sta a sottolineare l'impossibilità di un evento.

VIGNETTE A CURA DI PAOLO MARTONE



P. Martone



A CURA DI LODOVICO ARGINELLI | RUTILIO MIGLIOLI

Nacque a Nonantola (Modena), il 31 maggio 1913, e morì a Modena.

Si dedicò attivamente alla pittura, partecipando a Concorsi, Premi, Rassegne d'Arte e Mostre Personali nei maggiori centri italiani.

Sue opere si trovano in collezioni pubbliche e private in Italia ed all'estero.

Il pensiero dell'artista si avvale dei suoi mezzi per proclamare l'errore attuale ed alienante della perversione umana proiettata in un clima sempre più animalesco i cui fini limitatissimi si riducono all'utilitarismo esasperato.

I suoi sono olii trattati in un modo personalissimo, espressione artistica essenziale delle esperienze vissute dal pittore negli orrori della guerra.

Ho avuto la fortuna di conoscere questo pittore sia dal punto di vi-

sta professionale che artistico e ricordo la sua gentilezza, il suo buon gusto, la sua umiltà e la grande capacità impressionistica.

Molte sono le sue opere eseguite durante la sua permanenza in Africa durante la guerra.

Poi la trasformazione completa, dove da secche radici riusciva attraverso una metamorfosi, tutta sua, a far emergere volti, animali, figure mistiche e tutto ciò che l'osservatore riesce a scorgere.

Eppure malgrado la tematica ricorrente, la pittura di Miglioli non risulta mai ossessiva, merito dell'estrema sensibilità immaginativa e della misura cromatica che, nulla togliendo alla drammaticità del contenuto, lascia sempre una possibilità di recupero alla speranza.

Una pittura impegnata e di ricerca costante, una ricerca che trascen-

de i valori materiali dell'essere per rifugiarsi in sfere più alte.

Di lui hanno scritto: A. Cozzi, Leo Rubboli, Lena Corni, Ferruccio Richeldi, Casimiro Bettelli, Piero Gigli, Herman, Graziano Manni e tanti altri autori.

Gli sono stati attribuiti diversi premi, fra i quali: Coppa d'Argento e pergamena al gran premio d'inverno, Ferrara, nel 1972, Trofeo pittura contemporanea a Legnano, coppa d'argento al premio internazionale R. 74 Modigliana (Forlì), 1° premio incontro fra artisti, Rocca San Casciano (Forlì), Premio successo nell'Arte, Riccione (1977), Premio "Originalità e Validità", Ferrara (1977).

In tutte le sue mostre ha sempre avuto un buon successo di pubblico e l'interesse della critica.

In copertina: olio su tela cm 63x53, (collezione privata).

A CURA DI ROBERTO OLIVI MOCENIGO | LE STORIELLE

Un vecchio amore è come un granello di sabbia, in un occhio, che ci tormenta sempre.

Voltaire

Nove medici su dieci concordano sul fatto che un medico su dieci è un idiota.

Mauroemme

Quando rubi da un autore è plagio, quando rubi da tanti è ricerca.

Wilson Minzer



R. Olivi Mocenigo

Vi sono persone che senza i loro difetti mai avrebbero fatto conoscere le loro qualità.

Luc de Clapiers de Vauvenargues

Un uomo può essere felice con qualunque donna a patto che non se sia innamorato.

Oscar Wilde

IL PREMIO CITTÀ DI MODENA AL COLLEGA DAYA GHASSAN

“Partito dalla propria terra come studente straniero (il suo primo desiderio era quello di studiare in Italia, sogno che è riuscito a realizzare), ha avuto la forza di diventare un bravo medico, un volontario impegnato (a partire dall'Associazione Angela Serra), un sindacalista dei medici di famiglia, un operatore attivo nell'ambito della cooperazione internazionale (tra l'altro con il progetto Modena incontra Jenin). Ghassan Daya è diventato un modenese 'esemplare'”.



Con questa motivazione, **il Premio Città di Modena 2010** è stato assegnato a **Ghassan Daya**, nato a Tartous (Siria) nel 1949 e deceduto a Modena nel 2008, dalla speciale Commissione composta dal sindaco, dall'arcivescovo, dal prefetto, dal presidente del Tribunale e dal rettore dell'Università di Modena. Il Premio è stato consegnato alla moglie Paola e alla figlia Lisa nella Sala del Consiglio comunale con una breve cerimonia tenutasi venerdì 26 novembre a Modena.

Nella scheda che accompagna le motivazioni del conferimento del premio si legge: “Ghassan Daya ha dedicato la propria vita alla professione medica e ai rapporti con la sua terra di origine: la Siria. Per quanto riguarda la sua professione si è fatto promotore, con i colleghi e l'Ausl, del Servizio di continuità assistenziale e dell'assistenza domiciliare ai malati terminali, e anche quando ricopriva il ruolo di rappresentante sindacale dei medici di medicina generale, si è sempre posto davanti alle questioni di salute pubblica con l'ottica del professionista che ha l'obiettivo di dare un buon servizio alla collettività e che vede nel paziente un cittadino che ha diritto alla cura. Si è fatto promotore della nascita dell'associazionismo fra medici di famiglia e dell'introduzione dell'informatica negli ambulatori. A lui – prosegue la scheda – si deve anche la creazione, nel territorio modenese, di nuovi modelli assistenziali nel campo delle cure domiciliari, palliative, del diabete e dell'integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale. Ghassan Daya ha saputo, nello svolgimento della propria attività, coniugare nel modo migliore la professionalità e la sensibilità umana con l'opportunità di vivere il proprio lavoro rimanendo al passo coi tempi, spesso anticipandone l'evoluzione”. Ghassan Daya è stato tra i fondatori e ha presieduto dal 1987 al 1994 l'Associazione Angela Serra per la ricerca sul cancro, è stato membro della Commissione provinciale del registro tumori, della Commissione oncologica provinciale, della Commissione Assistenza a domicilio della Lega italiana per la lotta contro i tumori della Provincia di Modena.

In qualità di rappresentante dell'Amministrazione provinciale il medico siriano è stato eletto nel Comitato sezionale della Lega italiana per la lotta contro i tumori.

È stato inoltre uno dei principali attuatori del servizio di assistenza domiciliare oncologica provinciale, cui ha dedicato gran parte della sua attività professionale.

Ghassan Daya ha affiancato alla professione un'intensa attività volta a mantenere i legami con il popolo palestinese, e ha collaborato con la cooperazione internazionale per sostenere la comunità di Jenin in Cisgiordania. “Il suo sogno – spiega la scheda di candidatura al premio – è sempre stato quello di riuscire a realizzare qualcosa di importante in terra palestinese. Questo desiderio si è avverato attraverso la moglie e la figlia e grazie alla organizzazione non governativa Nexus Emilia Romagna, responsabile del progetto per la ristrutturazione di un asilo in Jenin. Dopo la morte di Daya, l'8 di ottobre 2008 a 59 anni, è stata, infatti, avviata una raccolta di fondi in sua memoria che ha consentito di ristrutturare un asilo a Jenin, inaugurato nel dicembre 2009 alla presenza della moglie Paola, e di acquistare materiale scolastico per 102 bambini”.

"Anche Bella" **domenica 6 marzo 2011**

In occasione della festa della donna, l'Associazione Italiana Donne Medico(AIDM), sezione di Modena, e l'Associazione "ilcestodilieghe" Onlus a sostegno delle donne operate di tumore al seno, organizzano una giornata di incontro con le donne che stanno affrontando o hanno da poco superato la chemioterapia.

L'iniziativa è organizzata con la collaborazione del chirurgo estetico Dott.ssa Paola Molinari. Un medico estetico ed alcuni specialisti di make up forniranno consigli e trucchi per superare il difficile periodo della chemioterapia riprendendosi cura di sé.

Per informazioni: telefono 349/1575298

*Dott.ssa Michelina Guerra
Presidente Associazione Italiana Donne Medico
Sezione di Modena
guerramichela@yahoo.it*



Domenica 7 novembre u.s. grande festa al Baluardo per i 30 anni di Laurea in Medicina e Chirurgia 1980 – 2010. La giornata è stata organizzata in modo sapiente dal Dott. Antonio Cremonini e dal Dott. Tiziano Cavalli. Una grandissima gioia ritrovarsi dopo tanti anni.

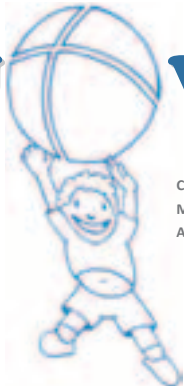
R. Gozzi











MU VITI!







COMPORTAMENTO
MOTORIO
ATTIVO

LA SEDENTARIETÀ È UN PROBLEMA DI SALUTE PUBBLICA

Muoviti! È la soluzione giusta.

ATTIVITÀ FISICA E SANI STILI DI VITA SONO IL MIGLIORE ALLEATO PER LA REGOLAZIONE DEL PESO CORPOREO:
COSÌ NASCE L'IDEA DEL PROGETTO "MUOVITI!"

FINALITÀ: Attività fisica come trattamento per sovrappeso e obesità in età evolutiva.
Programmazione di corsi fisico-sportivi che possano influire basilamente sul problema dell'obesità giovanile.

OBIETTIVO: Favorire un comportamento motorio attivo attraverso l'abitudine al movimento.

COSA: Percorsi di attività fisico-sportiva per bambini e adolescenti in sovrappeso (età 7-14 anni)

QUANDO: Ogni martedì e giovedì, da Dicembre 2010

DOVE: Impianti sportivi CUS Modena
Via Campi 161 (zona universitaria)

ORARIO: 17:00-18:00 e 18:00-19:00

ALTRO: Porta con te scarpette da ginnastica e tuta, e tanta voglia di muoverti, divertirti e stare in forma!

CHIEDI AL TUO PEDIATRA!

PARTNER



Ordine provinciale
dei Medici
Chirurghi e degli
Odontoiatri di
Modena



Federazione Italiana Medici Pediatri



Centro
Universitario
Sportivo
Modena

PER INFORMAZIONI
CP CONI MODENA
t 059/374633
modena@coni.it

NOTE TRISTI

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

Al Dott. Giovanni Ragazzi per il decesso del padre Dott. Pietro.

Al Dott. Massimo Bigarelli per il decesso dalla madre.

Al Dott. Michele Pantusa per il decesso del padre.

Alla D.ssa Roberta Gualtieri per il decesso della madre.

il Bollettino dell'Ordine

le tue idee, le tue proposte i tuoi consigli



bollettino@ordinemedicimodena.it

- aspettiamo i tuoi contributi per fare del Bollettino uno strumento sempre più utile per la professione
- rivolgiti al tuo Ordine per eventuali inserzioni pubblicitarie

Il Comitato di Redazione

