

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

ANNO LVII - n. 6 giugno 2008 - Pubbl. mensile e 1,00 - Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.I. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Modena - Direz. e Amm.: Modena, p.le Boschetti, 8 - Tel. 059/247711 - Fax 059/247719 - E mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it www.ordinemedicimodena.it

N. 6 - MENSILE - Sped. A.P. - ANNO LVII - GIUGNO 2008

- Carta di Padova sulla Tutela dell'Ambiente e della Salute (FNOMCeO – ISDE)
- Lettera del presidente ai medici legali
- Farmaci dispensati senza ricetta medica: il testo del D.M.
- Appropriatezza della diagnostica per immagini nel dolore lombare non traumatico: criteri clinici di priorità
- Un tuffo di testa nella sincope (M.C. Tesorieri)
- I quesiti più frequenti sull'ECM



MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

**NOI VI ASSISTIAMO A CASA
E IN STRUTTURE OSPEDALIERE**



**SERVIZI
DI ASSISTENZA
PERSONALIZZATA**

per.....

ANZIANI

MALATI

DISABILI

**SERVIZI
DI SOSTEGNO:**

SALTUARI

CONTINUATIVI

PART-TIME

**GIORNALIERI/
NOTTURNI**

24 ORE SU 24

**FINE
SETTIMANA**



chiamateci

MODENASSISTENZA

059 / 221122

Viale Reiter, 38 - Modena



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Stefano Reggiani

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Lodovico Arginelli | Dr. Marco Baraldi

| Dr. Luigi Bertani | Dr. Adriano Dallari |

D.ssa Azzurra Guerra | Dr. Giacinto

Loconte | Dr. Paolo Martone | Dr.

Michele Pantusa | Prof. Francesco Rivasi

| Dr. Francesco Sala | D.ssa Laura Scaltriti

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi | Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Roberto Olivi

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Carlo Curatola

Revisore dei conti supplente

D.ssa Marisa Zanini

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli | Dr. Vincenzo

Malara | Prof. Mario Provvisionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. 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 L. Arginelli | Dr L. Bertani | Dr M.

Cinque | Dr C. Curatola | Dr A. Dallari |

Dr P. Martone | Dr R. Olivi | Dr M.

Pantusa | Prof F. Rivasi

Realizzazione Editoriale

Poligrafico Mucchi

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

Fotocomposizione & Grafica

Colorgraf - Via Baracchini, 12 - Vignola

Tel. 059/776576 - Fax 059/7702525

SOMMARIO

— EDITORIALE	4
— LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA	5
— ATTIVITÀ DELL'ORDINE	6
— NORMATIVA	9
— L'OPINIONE	14
— FNOMCeO	15
— DI PARTICOLARE INTERESSE	18
— ECM	26
— ARTE E DINTORNI	29
— TACCUINO	31

PERCHÉ UN CONVEGNO EUROPEO SUI TEMPI DI LAVORO A MODENA

Quando si parla in sanità di tempi di lavoro – working time – si assiste in genere ad una sorta di delega in bianco ai colleghi ospedalieri a trattare l'argomento. Come se l'argomento non interessasse tutte le categorie mediche, quale più e quale meno s'intende. E in effetti il mondo ospedaliero ha sempre affrontato con vigore questo tema, facendone oggetto di battaglie professionali e sindacali. Non vi è dubbio poi che tutto il dibattito di questi ultimi anni sul "rischio clinico" e sul suo rapporto con la qualità dell'atto medico abbia certamente enfatizzato alcuni aspetti rispetto ad altri. La Federazione Nazionale degli Ordini ha già affrontato a Cagliari questo tema, con una iniziativa che ha avuto una forte eco mediatica.

L'Ordine di Modena, da sempre attento alle problematiche dei colleghi, ha ritenuto di approfondire il tema uscendo dai confini, spesso un po' angusti, della dimensione regionale o

nazionale, affacciandosi sulla realtà europea e raccogliendo le esperienze maturate negli altri paesi del nostro continente.

In questo passaggio si è ritenuto di utilizzare, tra l'altro, le competenze e le relazioni che lo scrivente ha maturato in ambito europeo da quando è rappresentante dei medici italiani nella massima commissione professionale, il CPME (Comite Permanent Des Medicins Europeens).

L'obiettivo del convegno è chiaro: sensibilizzare la politica sulla necessità urgente di adottare le misure necessarie ad un reale accoglimento delle direttive europee sui tempi di lavoro. Non ci sono spazi per ulteriori dilazioni temporali, né per compromessi sempre pronti dietro l'angolo.

Non è compito dell'Ordine entrare nel merito dei risvolti sindacali, mentre l'Ordine deve occuparsi dei temi correlati alla qualità delle cure fornite ai cittadini da medici formati e in

grado di esercitare la professione in condizioni psico-fisiche ottimali. Non è problema di poco conto, come qualche amministratore vuole far credere, facendo prevalere le esigenze del bilancio su quelle della salute. I colleghi sono stanchi di subire le incongruenze di un sistema che ha posto in primo piano il rispetto assoluto delle risorse nei confronti di una qualità di prestazioni che i cittadini sono poi chiamati a giudicare. Non si può continuare all'infinito a discutere di liste d'attesa, solo per fare un esempio, se poi non si attuano gli strumenti idonei alla realizzazione di un esercizio professionale decoroso e capace di rispondere alla crescente domanda dei cittadini.

Con il convegno di Modena ci si propone di guardare fuori dalla finestra, scrutando orizzonti un po' più lontani e, perché no, imparare tutti: medici, politici e amministratori.

*Il presidente
N. D'Autilia*



IMPLANTOLOGIA - PROFESSIONE ODONTOIATRICA - ESCLUSIVITÀ

Cari colleghi, desidero informarvi che il Ministero della Salute ha chiarito in modo del tutto esauriente come solo i professionisti legittimati all'esercizio della professione odontoiatrica ed iscritti al relativo Albo degli odontoiatri possono svolgere l'attività di implantologia dentale.

L'intervento del Ministero della Salute deriva da un apposito

quesito trasmesso dal Presidente della Commissione per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri di Siracusa che, in accordo con la CAO (Commissione Albo Odontoiatri) Nazionale, solleva in modo critico la questione della competenza dei medici specialisti in chirurgia maxillo-facciale (iscritti al solo Albo medici) a svolgere l'attività di implantologia dentale.

Tengo a precisare che la posizione del Ministero della Salute sulla questione è assolutamente in linea con quanto evidenziato più volte dalla Commissione per gli iscritti Albo odontoiatri della Federazione che già si era espressa al riguardo.

G. Renzo

Presidente CAO Nazionale



MOSSA VINCENTE!

Trasferisci
il tuo conto corrente a **BPER:**
è semplice, rapido e gratuito!

Messaggio pubblicitario con finalità promozionali. Per tutte le condizioni contrattuali si rinvia ai Fogli Informativi a disposizione della clientela presso ogni filiale della Banca o sul sito www.bper.it.

www.bper.it



Banca popolare
dell'Emilia Romagna

GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

La banca per la famiglia



SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO LUNEDÌ 7 APRILE 2008

Il giorno lunedì 7 aprile 2008 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 10.3.2008;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Incontro dell'esecutivo con il comandante Jacobazzi dei NAS;
5. Incontro con il Consiglio dei farmacisti (D'Autilia, Curatola, Reggiani);
6. Testo Unico per la sicurezza sul lavoro: nuovi adempimenti per i professionisti. Eventuali iniziative dell'Ordine;
7. Legge Regionale 4/2008 (Reggiani);
8. Delibere di pubblicità sanitaria (Pantusa);
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione	n. iscrizione
LOCHE ROBERTO	6221
ROSSI ESTER	6222
TRIVISANI MARINO	6223
Iscrizione per trasferimento	
BARONCIANI DANTE	6224
PEIMANIDIS PANAJOTIS	6225
Iscrizione per trasferimento con contemporanea iscrizione all'Albo degli Odontoiatri	
ZACCARA NICOLINO	6226
Cancellazione	
AGUS MARIA ANGELA PINA	5412
BALDINI ERASMO	1100
BEGHETTI UMBERTO	1750
BIANCHINI PIETRO	1540
SCHIAVI COSTANTINO	3610
SPAGGIARI STEFANIA	5912

ALBO ODONTOIATRI

Iscrizione per trasferimento con contemporanea iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi	
ZACCARA NICOLINO	0712

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI MARTEDÌ 22 APRILE 2008

Il giorno martedì 22 aprile 2008 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

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

1. Approvazione verbale del 4.3.2008;
2. Giudizio disciplinare avverso il Dott. Giuseppe del Monte (ore 21,15);
3. Giudizio disciplinare avverso il Dott. Roberto Mori (ore 21,45);
4. Comunicazioni del Presidente;
5. Opinamento parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.



Il documento che segue è stato elaborato dal nostro Consiglio e trae origine dalla delibera di Cagliari della FNOMCeO. Esso è stato inviato a tutti i medici legali della nostra provincia ed entra nel merito della particolare rilevanza che il nuovo Codice di Deontologia medica attribuisce all'attività medico legale. Il Comitato di Redazione ha ritenuto di pubblicarlo sul Bollettino e sul sito web dell'Ordine con gli opportuni link ai riferimenti ordinistici e legislativi.

*Ai Medici Specialisti
in Medicina Legale*

LORO SEDI

Caro/a Collega,

come già avrai avuto modo di vedere, il nuovo Codice di Deontologia Medica approvato dalla FNOMCeO prevede - al Capo IV - uno specifico riferimento all'attività medico-legale.

In particolare l'art. 62 recita testualmente:

“L'esercizio dell'attività medico legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebitate suggestioni di ordine extratecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento.

L'accettazione di un incarico deve essere subordinata alla sussistenza di un'adeguata competenza medico - legale e scientifica in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame, nel rispetto dei diritti della persona e delle norme del Codice di Deontologia medica e preferibilmente supportata dalla relativa iscrizione allo specifico albo professionale.

In casi di particolare complessità clinica ed in ambito di responsabilità professionale, è doveroso che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta. Fermi restando gli obblighi di legge, il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza o di cura e nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro dipendente con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria.

La consulenza di parte deve tendere unicamente a interpretare le evidenze scientifiche disponibili pur nell'ottica dei patrocinati nel rispetto della oggettività e della dialettica scientifica nonché della prudenza nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti.

L'espletamento di prestazioni medico-legali non conformi alle disposizioni di cui ai commi precedenti costituisce, oltre che illecito sanzionato da norme di legge, una condotta lesiva del decoro professionale.”

Considererei altrettanto importante e innovativo, nell'ambito di tematiche per le quali esiste una diffusa e particolare sensibilità da parte del cittadino, utente di servizi e prestazioni professionali, l'articolo 30 dello stesso Codice che riguarda i conflitti di interesse. Pur riconoscendo che l'articolo precedente è in buona parte comprensivo anche di possibili criticità riguardanti il tema, reputo utile richiamare le parti più significative dell'art. 30, rimandandoti eventualmente alla successiva lettura integrale dello specifico allegato al Codice Deontologico.

“Il medico deve evitare ogni condizione nella quale il giudizio professionale riguardante l'interesse primario, qual'è la salute dei cittadini, possa essere indebitamente influenzato da un interesse secondario..... il conflitto d'interesse riguarda aspetti economici e non, e si può manifestare nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale nei rapporti individuali e di gruppo, con enti, organizzazioni e istituzioni nonché con la Pubblica Amministrazione.



Il medico deve essere consapevole del possibile verificarsi di un conflitto d'interesse e valutare l'importanza e gli eventuali rischi; deve prevenire ogni situazione che possa essere evitata; [...]

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, al termine di un confronto di notevole profilo che ha caratterizzato un importantissimo Convegno sul rischio clinico tenutosi a Cagliari, ha approvato all'unanimità un documento - poi diffuso a mezzo stampa - su **"Errori umani ed errori dei sistemi; le responsabilità del medico"**.

Il punto 5 - comma b - di tale documento prende atto del **"crescente disagio per un contenzioso legale che si fonda su perizie commissionate dalle parti, ovvero atti professionali, che talora non rispettano soddisfacenti standard di qualità tecnico-professionale. Questi fenomeni negativi vanno contrastati e la FNOMCeO richiede che:**

in corso di accertamento peritale da parte delle Autorità aventi diritto, si faccia ricorso a professionisti con acclarata competenza ed esperienza professionale (curriculum e anzianità professionale) e che questi, laddove la complessità della materia lo richiede, debbano comunque avvalersi di esperti Consulenti clinici competenti per lo specifico settore oggetto di perizia con analoga esperienza. A tale scopo si ritiene utile l'istituzione di apposito elenco dei periti certificati dagli Ordini professionali, cui dovrebbero afferire coloro che lo richiedono e ne hanno titolo e al quale le Autorità potrebbero attingere per le loro esigenze, ovviamente fermo restando il vincolo costituzionale dell'assoluta discrezionalità e libertà del Giudice."

Rimanendo in attesa degli sviluppi che tale proposta incontrerà nelle sedi dei competenti Ministeri, colgo l'occasione per far rilevare l'importanza che il nuovo Codice di Deontologia medica pone nei confronti della disciplina medico-legale. Tutto ciò che fino ad ora poteva essere lasciato alla sensibilità professionale individuale di ciascun collega, oggi, alla luce di una ulteriore maturazione dello specifico ruolo professionale, diviene un dovere deontologico che deve essere rispettato ed onorato. Il fatto che la Commissione per la revisione del Codice di Deontologia abbia ritenuto di dotare lo stesso di un articolato dedicato alla medicina legale, è un evidente segno dell'importanza del ruolo professionale che voi esercitate. Al tempo stesso però è un chiaro richiamo ad un'attenzione nuova e ad una maggiore responsabilità.

Colgo l'occasione per un cordiale saluto

*Il presidente
N. D'Autilia*

COLLABORATE CON IL VOSTRO ORDINE: RISPONDETE AL QUESTIONARIO!!!

Come già preannunciato nel numero di gennaio, con il 2008 parte in maniera assolutamente definitiva e definita il programma ECM nazionale per le professioni sanitarie.

Al fine di ottemperare alle richieste pervenuteci dal Ministero della Salute e dal COGEAPS (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) che è un organismo voluto dal Ministero della Salute per organizzare la rete degli operatori sanitari di tutta Italia con i loro crediti ECM, abbiamo predisposto un questionario che è stato inviato nelle scorse settimane a tutti gli iscritti medici e odontoiatri.

**Rispondete al questionario
ESSO NON VERRÀ INVIATO UNA SECONDA VOLTA.**

Le spese postali infatti sono particolarmente elevate e non ci consentono un invio successivo. Il personale dell'Ordine è a vostra disposizione - come sempre del resto - per tutti i chiarimenti che riterrete opportuni. Lo sforzo organizzativo sia locale che nazionale è stato massiccio e ci aspettiamo che i colleghi comprendano la assoluta necessità di collaborare con il loro Ordine professionale.

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



FARMACI DISPENSATI SENZA RICETTA MEDICA

UN DECRETO MINISTERIALE STABILISCE CRITERI E MODALITÀ

Il 31 marzo è stato emanato un decreto ministeriale che norma la dispensazione, da parte del farmacista dei medicinali con obbligo della ricetta medica, anche in assenza di quest'ultima, relativamente ad alcune situazioni di emergenza. Si tratta in buona sostanza di assicurare la continuità terapeutica in alcune riconosciute patologie croniche, come ipertensione arteriosa, diabete, BPCO, in condizioni nelle quali ottenere la ricetta da parte del medico di medicina generale e/pediatra di libera scelta risulta impossibile. All'articolo 1 sono chiaramente esposte le condizioni di cui sopra. Va specificato che non è prevista la dispensazione di farmaci inseriti nelle tabelle delle sostanze stupefacenti. Appare evidente che la nuova normativa intende fare fronte a tutte quelle situazioni nelle quali si crea un vuoto terapeutico, come ad esempio in caso di dimissione ospedaliera e di chiusura della farmacia interna dell'ospedale. Resta inteso che la ricettazione o meno a carico del S.S.N. da parte del medico di famiglia e/o pediatra resta di sua esclusiva competenza.

Ministero della salute D.M. 31-3-2008

Consegna da parte del farmacista, in caso di urgenza, di medicinali con obbligo di prescrizione medica in assenza di presentazione della ricetta.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 11 aprile 2008, n. 86.

D.M. 31 marzo 2008⁽¹⁾.

Consegna da parte del farmacista, in caso di urgenza, di medicinali con obbligo di prescrizione medica in assenza di presentazione della ricetta ⁽²⁾

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto l'art. 88, comma 2-bis del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, come modificato dal decreto legislativo 29 dicembre 2007, n. 274, il quale prevede che il Ministro della salute, con proprio decreto da adottarsi entro il 29 febbraio 2008, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le regioni e le province autono-

me di Trento e di Bolzano, sentite le Federazioni degli ordini professionali dei farmacisti e dei medici, nonché le organizzazioni sindacali delle farmacie pubbliche e private, individua le condizioni che consentono al farmacista, in caso di estrema necessità e urgenza, di consegnare al cliente che ne faccia richiesta, in assenza di prescrizione medica, un medicinale disciplinato dal comma 2 dello stesso art. 88 o dall'art. 89;

Sentite la Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) e la Federazione Ordini Farmacisti Italiani (FOFI);

Sentite la Federazione Nazionale dei Titolari di Farmacia Italiani (FEDERFARMA), la Federazione delle aziende e Servizi Socio-Farmaceutici (A.S.SO.FARM); Considerato che la richiamata norma legislativa limita ai soli casi di estrema necessità e urgenza la possibilità di consegna al cliente che ne faccia richiesta, in assenza di prescrizione medica, di un medicinale sottoposto a regime di vendita dietro presentazione di ricetta medica; Considerato che molti medicinali classificati come farmaci di automedicazione (OTC) o farmaci vendibili senza prescrizione medica (SOP) già consentono di far

⁽¹⁾ Pubblicato nella Gazz. Uff. 11 aprile 2008, n. 86.

⁽²⁾ Emanato dal Ministero della Salute.

fronte, ad esempio in campo analgesico, ad alcune delle situazioni di urgenza;

Rilevato che non appare in ogni caso opportuno prevedere, in applicazione della citata norma, ipotesi e condizioni che possano scoraggiare un appropriato ricorso a prestazioni mediche anche attraverso i servizi di continuità assistenziale e di pronto soccorso;

Ritenuto comunque di prevedere un periodo sperimentale di attuazione della disciplina in questione per consentire eventuali integrazioni o correzioni alla luce dei primi mesi di esperienza;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 20 marzo 2008;

Decreta:

Art. 1.

1. Il presente decreto individua, ai sensi dell'art. 88, comma 2-bis, del *decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, e successive modificazioni, le condizioni che consentono al farmacista, in caso di estrema necessità e urgenza, di consegnare al cliente che ne faccia richiesta, in assenza di prescrizione medica, un medicinale disciplinato dal comma 2 dell'art. 88 o dall'art. 89 del medesimo decreto legislativo.

Art. 2.

1. Qualora il medicinale venga richiesto per la necessità di assicurare la prosecuzione del tratta-

mento di un paziente affetto da diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva o altra patologia cronica, il farmacista può consegnare il medicinale, a condizione che siano disponibili elementi che confermino che il paziente è in trattamento con il farmaco, quali:

- a) presenza in farmacia di ricette mediche riferite allo stesso paziente nelle quali è prescritto il farmaco richiesto;
- b) esibizione da parte del cliente di un documento rilasciato dall'autorità sanitaria attestante la patologia per la quale è indicato il farmaco;
- c) esibizione da parte del cliente di un documento originale firmato dal medico curante attestante la patologia cronica da cui il paziente è affetto, con indicazione del farmaco utilizzato per il relativo trattamento;
- d) esibizione di una ricetta con validità scaduta da non oltre trenta giorni; in tal caso il farmacista è tenuto ad apportare un'annotazione sulla ricetta che impedisca la sua riutilizzazione nell'ambito della disciplina del presente decreto;
- e) conoscenza diretta da parte del farmacista dello stato di salute del paziente e del trattamento in corso.

Art. 3.

1. Al di fuori dei casi previsti dall'art. 2, qualora la richiesta riguardi un paziente che necessita di non interrompere un trattamento, quale ad esempio l'ulteriore assunzione di un antibioti-

co, il farmacista può consegnare il medicinale richiesto a condizione che siano disponibili elementi che confermino che il paziente è in trattamento con il farmaco, quali:

- a) presenza in farmacia di una prescrizione medica rilasciata in una data che faccia presumere che il paziente sia ancora in trattamento con il medicinale richiesto;
- b) esibizione, da parte del cliente, di una confezione inutilizzabile, ad esempio un flaconcino danneggiato.

Art. 4.

1. In aggiunta alle ipotesi disciplinate negli articoli 2 e 3, il farmacista può consegnare il medicinale richiesto in caso di esibizione da parte del cliente di documentazione di dimissione ospedaliera emessa il giorno di acquisto o nei due giorni immediatamente precedenti dalla quale risulti prescritta o, comunque, raccomandata la prosecuzione della terapia con il farmaco richiesto.

Art. 5.

1. In tutti i casi previsti dal presente decreto il farmacista è tenuto a consegnare una sola confezione con il più basso numero di unità posologiche del farmaco richiesto, fatta salva l'ipotesi di antibiotici iniettabili monodose che possono essere consegnati in una quantità sufficiente ad assicurare la continuità del trattamento fino alla possibilità di contatto del paziente con il medico prescrittore.

2. Il farmacista è altresì tenuto a

ricordare al cliente che la consegna del farmaco senza ricetta è una procedura eccezionale e che il cliente deve comunque informare il medico curante del ricorso alla procedura. A tal fine il farmacista consegna al cliente una scheda, da inoltrare al medico, contenente la specificazione del medicinale consegnato.

Art. 6.

1. La consegna da parte del farmacista di medicinali iniettabili è ammessa nell'ipotesi disciplinata dall'art. 4. La consegna del medicinale iniettabile è ammessa altresì nelle ipotesi previste dall'art. 2, limitatamente all'insulina, e all'art. 3, limitatamente agli antibiotici monodose.

2. Non è ammessa la consegna di medicinali inseriti nelle tabelle delle sostanze stupefacenti, allegata al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza di cui al *decreto del Presidente della Repubblica del*

9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni.

Art. 7.

1. Nei casi previsti dall'art. 2, lettera b), quando il documento non indichi il farmaco da utilizzare nel trattamento, dall'art. 2, lettera d) e dall'art. 3, lettera b), il cliente è tenuto a sottoscrivere una dichiarazione di assunzione di responsabilità circa la veridicità del trattamento con il medicinale richiesto. La dichiarazione è conservata dal farmacista ed è allegata al registro di cui al comma 2 del presente articolo.

2. Il farmacista annota su apposito registro, le cui pagine sono dallo stesso numerate, timbrate e siglate, la consegna dei farmaci effettuata ai sensi del presente decreto, riportando il nome del farmaco, le iniziali del paziente e la condizione, tra quelle previste dagli articoli 2, 3 e 4, che ha dato luogo alla consegna del farmaco.

Art. 8.

1. Entro il mese di dicembre 2008 la Federazione nazionale

dei titolari di farmacia italiani (FEDERFARMA) e la Federazione delle aziende e servizi socio-farmaceutici (A.S.SO.FARM) raccolgono e comunicano al Ministero della salute e all'AIFA i dati relativi alla numerosità e alla tipologia dei casi di ricorso alle procedure di cui al presente decreto registrati fino alla data del 30 novembre 2008, formulando eventuali proposte di modifica della presente disciplina. Tale documentazione è trasmessa dal Ministero della salute, alla Federazione nazionale ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO) e alla Federazione ordini farmacisti italiani (FOFI), per le rispettive valutazioni.

Art. 9.

1. Nulla è innovato per quanto riguarda l'erogazione di farmaci con onere a carico del SSN.

2. Il presente decreto entra in vigore il trentesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
 Alla Dr.ssa Annovi Morena per morte del padre.
 Alla Famiglia per la morte del Dott. Emitosco Gualandi.
 Alla famiglia per il decesso del Dott. Giorgio Gavioli.
 Alla D.ssa Marisa De Palma per la scomparsa del marito.
 Al Dott. Paolo Bellodi per la scomparsa della madre.

ATTIVITÀ SANITARIE SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE AI SENSI DELLA D.R.G. 327/04 (POLIAMBULATORI, STUDI, ECC.). NON È PIÙ DOVUTA L'AUTOCERTIFICAZIONE QUADRIENNALE SUL POSSESSO DEI REQUISITI AUTORIZZATORI.

La legge regionale n. 4 del 19.2.2008 ha abrogato diversi articoli della legge regionale n.34 del 1998, fra i quali l'art.5 che prevedeva l'autocertificazione da parte del legale rappresentante della struttura circa la permanenza dei requisiti minimi per l'autorizzazione all'attività; autorizzazione che era da inviare al Comune.

In base all'art. 20 della legge regionale 4/2008 rimane comunque la funzione di vigilanza in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica della AUSL territorialmente competente.

INAUGURATO PORTALE SU NORMATIVA SANITARIA

Arriva il primo portale internet della normativa sanitaria. Lo strumento, messo a punto dal Ministero della Salute, permetterà la consultazione libera e gratuita di oltre 25.000 atti normativi a partire dal 1948, nella versione del testo aggiornata e vigente. Il portale raccoglie le norme nazionali, regionali e comunitarie in materia di sanità pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale e i provvedimenti ministeriali non pubblicati in Gazzetta. "In coincidenza con il trentennale dell'istituzione del Ssn - sottolinea in una nota il Ministro della Salute, Livia Turco - abbiamo deciso di mettere al servizio dei cittadini e degli operatori uno strumento agile e gratuito di consultazione dell'insieme delle leggi e delle norme in vigore in materia sanitaria. Un'opportunità che riteniamo certamente utile per quanti operano in sanità, ma anche per il cittadino che voglia essere debitamente informato sui propri diritti e prerogative in tema di assistenza sanitaria". Lo strumento prevede anche una newsletter che segnalerà agli utenti registrati, tramite e-mail, le novità della settimana.

Per la realizzazione del progetto, il ministero della Salute si è avvalso della tecnologia e delle competenze dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato Spa - tecnologie informatiche e produzione telematica.

Tratto da DoctorNews dell'11 aprile 2008

Attestato di formazione specifica in medicina generale: aggiornamento degli albi.

I medici in possesso dell'attestato relativo al corso triennale di "Formazione Specifica in Medicina Generale", di cui al D.L. 17 agosto 1999 n. 368, come modificato ed integrato dal D.L. 8 luglio 2003 n. 277, sono tenuti alla registrazione di tale titolo sull'Albo professionale. Pertanto, si invitano gli interessati a presentarsi presso la segreteria, con il diploma finale in originale, per effettuarne la copia conforme con marca da bollo da € 14,62.

ANCHE I PRIMARI TIMBRANO

Rispettare l'orario minimo di lavoro è un dovere di tutti dipendenti, compresi quelli che ricoprono una carica dirigenziale. Una regola che vale anche per i primari, cioè dirigenti di struttura complessa del Servizio Sanitario Nazionale, la cui prestazione "non può essere resa in funzione delle proprie esigenze private". Il dirigente è infatti chiamato a "rispettare l'orario di servizio concordato con l'azienda o, in assenza di un accordo scritto, a timbrare il cartellino di entrata e di uscita dal lavoro". A stabilirlo è una sentenza della Corte dei Conti, che ha condannato un responsabile dell'Unità operativa Igiene alimenti di origine animale di una ASL ligure al pagamento di 5.000 euro in favore dell'azienda sanitaria. Il primario in questione è stato condannato "per essersi assentato ingiustificatamente dal luogo di lavoro, dove risultava essere formalmente presente, per esigenze di carattere personale". Il medico, in mancanza di un accordo scritto con l'azienda, era infatti tenuto a timbrare il cartellino con indicazione esatta dell'inizio e della fine della prestazione lavorativa nella struttura e con rilevazione delle ore prestate in eccedenza rispetto all'orario di 38 ore. I giudici della Corte hanno inoltre stabilito che "la rilevazione delle ore di straordinario conferma la sussistenza di un orario ordinario minimo da osservare, in assenza del quale non sarebbe neppure configurabile lo straordinario".

Tratto da DoctorNews del 20 aprile 2008

CORTE DI CASSAZIONE - PENALE QUANDO IL MEDICO È PUBBLICO UFFICIALE NATURA DELLA PRESCRIZIONE E QUALITÀ DI PUBBLICO UFFICIALE DEL MEDICO

Massima

Il medico convenzionato con l'ASL riveste la qualifica di pubblico ufficiale, e non quella di incaricato di pubblico servizio, in quanto svolge la sua attività per mezzo di poteri pubblicistici di certificazione, che si estrinsecano nella diagnosi e nella correlativa prescrizione di esami e prestazioni alla cui erogazione il cittadino ha diritto presso strutture pubbliche, ovvero presso strutture private convenzionate. Le impegnative che, contengono richieste di esami non sono delle semplici "domande" basate su giudizi e valutazioni (diagnosi o sospetto diagnostico) di carattere scientifico, ma, al pari di quelle che contengono prescrizioni di medicinali, sono espressione di un potere certificativo, in quanto, attraverso la diagnosi su cui si basano, attestano e rendono operativo un interesse giuridicamente tutelabile del cittadino, il quale è abilitato a ottenere l'erogazione della prestazione presso una struttura pubblica senza necessità di alcun controllo o autorizzazione ulteriore da parte della USL, ovvero, per le prestazioni erogabili in regime di convenzione, presso una struttura privata "convenzionata", previa "autorizzazione" dell'USL competente: autorizzazione, questa, che non toglie ovviamente alla "proposta" del medico la essenziale valenza di necessario presupposto certificativo per la realizzazione, a carico dell'ente pubblico, dell'interesse del cittadino. Il "potere certificativo", cui fa cenno l'art. 357 c.p., non è infatti circoscritto al potere di rappresentare come certe delle situazioni di fatto sottoposte alla cognizione dell'agente e, quindi, ai soli casi in cui lo stesso svolga una funzione probatoria fidefacente. (Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net)

Tratto da DoctorNews del 20 aprile 2008

MULTICULTURALISMO, OVVERO "RECIPROCIÀ"

Ho letto con grande interesse l'ottimo articolo del Dr. M. Benato sul multiculturalismo nel numero di febbraio del nostro Bollettino.

Volevo apportare un modesto contributo sull'argomento da un punto di vista più generale, interessando ormai tutti in tutti i campi.

Sin dalla preistoria l'uomo è stato un nomade, dovendo spostarsi per cacciare prima e trovare terre più accoglienti dopo. Nel corso dei secoli questi spostamenti sono stati provocati di volta in volta da motivi diversi e contingenti: politici, religiosi, sociali.

Anche negli ultimi anni la qualità e le ragioni dell'eterno movimento umano sono mutate.

Infatti attraverso nuovi sistemi di comunicazioni come internet, rapidissimi mezzi di spostamento, nuove tecnologie, nei punti più nascosti del mondo sono ar-

riviate immagini di terre lontane con il loro benessere, la loro bellezza e le loro possibilità (Villaggio Globale).

Questi messaggi subliminali spingono gli uomini a immaginare e possibilmente a raggiungere nuove patrie non più, o non solo, per sfuggire a guerre, carestie o persecuzioni, ma per tanti altri motivi.

Ecco che la gente si muove nella ricerca di maggior benessere, maggior libertà, per desiderio di novità, di studi, di scambi intellettuali. Insomma oggi si diventa nomadi anche semplicemente per conoscere il mondo.

E infatti i più accorti antropologi, che sono gli studiosi della materia, stanno cercando di superare la limitata e pregiudiziale immagine di 'Immigrazione' parlando più propriamente di 'Nomadismi Contemporanei'.

Questi nuovi nomadi, conservando le proprie tradizioni e i

collegamenti con le proprie terre, contribuiscono a generare nuovi fenomeni come il Multiculturalismo, il Transnazionalismo e la Pluridiversità.

Quando però queste 'comunità' rivendicano per se stesse valori e riconoscimenti in palese contrasto con i valori codificati da secoli nei paesi ospiti, si creano veri e propri conflitti di identità e crescente intolleranza.

Di fronte a questa rischiosa situazione si deve superare la vecchia tentazione di schierarsi da una parte o dall'altra: bisogna trovare una via di mezzo.

In sintesi nessuna cultura deve più prevalere sulle altre, di contro però tutti i valori e i valori di tutti devono essere rispettati da tutte le parti, come afferma l'Unesco, nella più assoluta 'reciprocità'.

M. Cinque

CONVENZIONE CON L 'A.C.I.

L'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena ha firmato un accordo con l'A.C.I. per uno sconto sulle tariffe praticate dalla sede modenese a i propri soci medici e familiari.

ACI SISTEMA 59 EURO (anziché € 69,00)

Intervento gratuito di riparazione sul posto. Traino del veicolo fino dove vuoi tu gratuito fino a 15 Km. Recupero e ripristino del veicolo sulla sede stradale. Tessera familiare ACI SISTEMA € 49,00

ACI GOLD 79 EURO (anziché € 89,00)

Soccorso stradale in Italia e in Europa ai soci, su qualunque auto o moto viaggino. Proposte turistiche singolari e successive esclusivamente riservate ai soci. Il più esteso circuito di sconti ed agevolazioni in Italia e nel mondo. Tessera familiare ACI GOLD € 69,00

Solo per i soci A.C.I. un corso di recupero punti gratis.

Solo per i soci A.C.I. sconto del 20% sulle pratiche automobilistiche.

Per eventuali chiarimenti in merito contattare Sig.ra Franca o Angela 059/247609.



CARTA DI PADOVA SULLA TUTELA DELL'AMBIENTE E DELLA SALUTE

LA FNOMCEO CON LA COLLABORAZIONE DI ISDE ITALIA

- nel considerare la tutela della salute e dell' ambiente un dovere per il medico e una sfida per la medicina,
- nell' essere consapevoli che l'uomo è parte integrante di un più vasto mondo biologico e che, nonostante la sua supremazia, la sua vita dipende dalle condizioni dell'ecosistema in cui è inserito,
- nei prender atto che nei cittadini la cultura della salute è oggi, rispetto al passato, profondamente mutata in seguito a nuove esigenze socioculturali ed etiche tese alla ricerca di un bene collettivo e che queste esigenze trovano fondamento nelle nuove conoscenze delle scienze mediche, ma anche dalle sempre più diffuse interrelazioni tra i diversi campi del sapere,

nel ritenere fondamentale

- la ridefinizione, nell'attuale società, del significato di solidarietà e sviluppo,
- lo sviluppo di un'etica ambientale che regoli le relazioni tra l'uomo e l'ambiente attraverso la tutela e l'impiego sostenibile delle risorse naturali, così da migliorare le condizioni di vita senza compromettere benessere e salute,
- l'affermazione del diritto di

ogni cittadino a un ambiente salubre e sicuro quale bene comune da tutelare e da attribuire alla responsabilità morale degli uomini e dei loro governi,

- la rifondazione di un codice di valori, doveri e responsabilità a tutela del benessere e della salute in particolare nei confronti delle generazioni future,
- il favorire, come valori portanti della gestione dell'ambiente naturale, il mantenimento, il ripristino, la protezione della salute ambientale attraverso programmi socio-economici coerenti con politiche ambientali e sanitarie in costante verifica del bilancio costo-beneficio, la riconsiderazione bioetica delle conoscenze sperimentali e cliniche dedotte nel rispetto della metodologia scientifica,

adotta le seguenti linee di pensiero e di azione

L'affermazione del diritto dell'uomo ad un ambiente salubre comporta una cultura e una strategia medica basata sui seguenti postulati :

- l'ambiente salubre è il mezzo che consente all'uomo di vivere esprimendo tutte le proprie potenzialità biologiche, per il godimento e l'esercizio dei di-

ritti civili, politici , economici, sociali e culturali;

- l'essere umano è il solo soggetto moralmente chiamato ad assumersi la responsabilità delle proprie azioni nei confronti dell'ambiente, degli ecosistemi in esso presenti e delle conseguenze sulla salute dell'uomo e del pianeta ;
- la responsabilità dell'uomo sull'ambiente trova nella cultura dei diritti umani i principi ispiratori, la riflessione e l'azione etica; tale responsabilità è il presupposto per la soddisfazione integrale degli altri diritti riconosciuti alla persona e ai popoli, primo fra tutti il diritto alla vita e alla salute per le generazioni presenti e future;
- la professione medica non è rivolta, con la cura delle malattie (diritto alla vita), al solo miglioramento e all'allungamento della vita: è altresì indirizzata alla prevenzione delle malattie tramite l'individuazione dei possibili fattori nocivi immessi nell'ambiente e la promozione dell'ambiente e salute(diritto alla salute);
- la professione medica è tra quelle professioni che meglio consentono di sviluppare quel senso della ragione che permette all'uomo di poter continuare a sopravvivere nel suo

mondo e di ridare valore alla qualità della vita naturale;

- la conoscenza e l'informazione, la riflessione e il confronto sui temi dell'ambiente e della salute, stanno alla base delle decisioni da assumere in merito agli obiettivi strategici da conseguire e alle azioni da attuare;
- per una corretta analisi e per una azione coerente nei riguardi dei problemi ambientali nei loro rapporti con la salute collettiva, il medico privilegia la prevenzione, con un approccio metodologico basato su: **lo sviluppo sostenibile, la promozione della salute, la comunicazione dei rischi per la partecipazione alla gestione degli stessi anche con l'attuazione al principio di precauzione, la costante analisi del rapporto rischi-benefici.**

La prevenzione

- è la strategia per ridurre i fattori di rischio e di suscettibilità di malattia;
- la prevenzione primaria, individuando ed eliminando i fattori causali (di pericolo) e favorevoli (di rischio) evita l'instaurarsi della malattia.

Lo sviluppo per essere sostenibile

- deve essere compatibile con le esigenze sociali, economiche, ambientali e di salute;
- deve temperare le esigenze delle generazioni presenti con quelle delle generazioni future.

La promozione della salute

- è il processo che consente alle

persone e alle comunità di aumentare il loro controllo sui determinanti di salute e attraverso ciò di migliorare la stessa;

- costituisce una strategia mediatrice tra la comunità e il suo ambiente, combinando le scelte personali con la responsabilità sociale nei riguardi della salute.

La comunicazione del rischio

- è un processo interattivo di scambio di conoscenze scientifiche, informazioni, opinioni, percezioni tra istituzioni, cittadini ed esperti della salute e dell'ambiente;
- comporta la valutazione e la gestione con i cittadini dei rischi stimati dagli esperti istituzionali e la partecipazione degli stessi cittadini alla formazione delle decisioni istituzionali per l'abbattimento o il controllo dei rischi stessi.

Il principio di precauzione

- è una modalità di gestione del rischio, sia ambientale che sanitario, allorché vi siano incertezze scientifiche e l'esigenza di intervenire a fronte di un rischio potenzialmente grave, senza attendere i risultati della ricerca;
- l'incertezza scientifica sull'azione biologica dei fattori di pericolo e sui rapporti di causa-effetto tra tali fattori e i rischi stimabili, non può essere motivo né per l'adozione di provvedimenti preventivi di cui non sia dimostrata l'efficacia, né per la rinuncia o il rinvio a intervenire;
- dovrebbe trovare applicazio-

ne in tutti i casi di presenza di un rischio stimato, prodotto da particolari eventi o dall'uso di certe sostanze, pur con la consapevolezza dell'impossibilità di conseguire l'obiettivo "rischio zero";

- la percezione del rischio da parte della comunità deve essere comunque tenuta presente nella valutazione del rischio stesso;
- la sua attuazione deve fare seguito al processo di comunicazione del rischio, onde evitare allarmismi nella comunità.

Il rapporto rischi/benefici

- I dati e le conoscenze scientifiche sono essenziali per conoscere il rapporto tra danni reali e rischi stimati da un lato e benefici effettivi dall'altro;
- il rapporto rischi/benefici, inteso pure come svantaggi/vantaggi, relativo agli effetti dell'intervento o del non intervento, deve essere valutato sul piano economico, ambientale e della salute collettiva.

Nel tracciare queste linee guida generali, quali validi punti di partenza per conoscere l'ambiente nei suoi rapporti con la salute, nonché finalizzare la conoscenza all'azione in un contesto in cui organi di governo e cittadini siano pienamente e consapevolmente responsabili nei riguardi dell'ambiente e della salute,

*la professione medica
si impegna*

- a sviluppare e integrare cultura ambientale e della salute,

- nel quadro di una cultura generale ai più elevati livelli possibili;
- a pensare globalmente per agire localmente;
 - a interagire nella solidarietà e nella partecipazione sociale;
 - a farsi promotrice di nuovi stili di vita in materia di produzioni e consumi e di cambiamenti sociali che assumano ambiente e salute come beni comuni da difendere e migliorare nell'interesse della collettività;
 - a proporsi quale supporto agli organi di governo nazionale, regionale e locale, partecipando alla pianificazione degli obiettivi strategici e alla programmazione delle azioni per la promozione e la protezione

- dell'ambiente e della salute;
- a curare il rapporto con i cittadini per l'informazione e la loro partecipazione alla formazione delle decisioni istituzionali, sulla base di un processo interattivo di scambio di informazioni e opinioni tra individui, gruppi, esperti e istituzioni;
 - a contribuire al miglioramento della qualità della vita e della salute umana, favorendo l'individuazione delle strategie per ridurre l'esposizione, in particolare dei soggetti deboli, alle condizioni ambientali critiche che determinano l'insorgenza o l'aggravamento di alcune malattie;
 - a creare e comunque svilup-

pare l'approccio interdisciplinare con altre professioni per risolvere con la maggiore efficacia possibile le diverse problematiche ambientali nel loro rapporto con la salute degli individui e della collettività.

La professione abbraccia l'etica della responsabilità, che supera l'ambito individuale e si impone su scala mondiale per le ripercussioni che attengono ai nostri comportamenti che si riflettono su scala planetaria e riguardano il destino delle generazioni future.

Padova, 9- 10 maggio 2008

FONTI

Etica e ambiente

- "Siamo parte della terra" (lettera del capo indiano Seattle al Presidente USA Franklin Pierce 1854)
- Carta di Ottawa sulla Promozione della Salute (1986)
- Carta Europea dell'OMS su Ambiente e Salute (1989)
- Dichiarazione di Rio de Janeiro su Ambiente e Sviluppo (1992)
- Trattato di Maastricht sull'Unione Europea (1992 - art. 174)
- Carta di Aalborg delle Città Europee per uno sviluppo durevole e sostenibile (1994)
- Bioetica e ambiente (Comitato Nazionale per la Bioetica - 1995) Rome Declaration on World Food Security (1996)
- Appello di Hannover (2000)
- Protocollo di Kyoto (1997, operativo dal 16.2.2005)
- Dichiarazione europea per una nuova cultura dell'acqua (2005)
- Dichiarazione dei movimenti e delle organizzazioni sociali sull'acqua (2006)
- Codice di Deontologia Medica 2006
Art. 5 - Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente
"Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel
- quale l'uomo vive e lavora quale determinante più importante della salute dei cittadini. A tale fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile per l'utilizzo appropriato delle risorse naturali anche allo scopo di salvaguardare l'utilizzo stesso da parte delle future generazioni".*
- Dichiaraz. ONU sulle responsabilità delle generazioni presenti verso le generazioni future (2007)
- Carta di Gubbio 2007
- Etica e diritti degli animali
- Dichiarazione Universale dei diritti degli animali (1978)
- Bioetica e scienze veterinarie. Benessere animale e salute umana (Comitato Nazionale per la Bioetica - 2001)
- Carta di Modena (2002)
- Obblighi umani e interessi degli animali (Carta di Reggio Emilia 2003)
- Problemi bioetici relativi all'impiego di animali in attività correlate alla salute e al benessere umani (Comitato Nazionale per la Bioetica - 2005)
- Manifesto per i diritti degli animali Protocollo d'intesa MPI e LAV (2007)

APPROPRIATEZZA DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI NEL DOLORE LOMBARE NON TRAUMATICO: CRITERI CLINICI DI PRIORITÀ

Sintesi del documento del panel multidisciplinare¹ dell'AUSL di Modena e dell'AOU Policlinico di Modena, costituito all'interno del progetto "Appropriatezza in Risonanza Magnetica".

Premessa

Nel primo trimestre del 2008, all'interno di un percorso di condivisione e consenso informale da parte di un panel multidisciplinare (composto da MMG, neurologi, neuroradiologi, medici di direzione sanitaria, radiologi, medici d'emergenza-urgenza, internisti, ortopedici, fisiatristi, un metodologo del CEVEAS e il referente del governo clinico dell'Ausl di Modena, che ha ricoperto un ruolo di supporto metodologico e di coordinamento), sono stati elaborati i criteri clinici di priorità nella diagnostica per immagini del dolore lombare non traumatico.

L'obiettivo principale è stato quello di produrre strumenti di sintesi delle migliori evidenze disponibili, sia per supportare le decisioni diagnostiche dei professionisti, sia per coinvolgere in modo informato e consapevole i pazienti. L'utilizzo di questi strumenti e il monitorag-

gio nel tempo della loro adeguatezza, può favorire un appropriato ed efficiente utilizzo delle risorse diagnostiche disponibili, limitando il numero di esami diagnostici non indispensabili o non appropriati, l'inutile esposizione a radiazioni e campi magnetici e garantendo una tempistica di esecuzione adeguata alle esigenze cliniche.

Altri obiettivi del progetto sono esplicitamente legati alla necessità di favorire comportamenti omogenei tra medici (un aspetto che contribuisce indirettamente a garantire equità di prestazioni ai pazienti) e il confronto e la collaborazione tra chi richiede e chi esegue le indagini diagnostiche.

Il panel clinico ha analizzato e definito le problematiche e gli scenari clinici del dolore lombare non traumatico, ricercato le evidenze disponibili privilegiando linee guida valide, prodotte da società scientifiche o agenzie sanitarie governative, analiz-

zato la letteratura reperita, elaborato e condiviso i criteri di priorità e i percorsi di accesso. La scelta della linea guida che è stata utilizzata come riferimento per la strutturazione della tassonomia degli scenari clinici² si è basata su criteri di validità e di anno di pubblicazione, privilegiando i documenti più recenti e bibliograficamente aggiornati.

Pur esistendo una ampia scelta di linee guida nazionali e internazionali sull'argomento, la produzione e l'adattamento locale di raccomandazioni per la pratica clinica evidence-based sulla diagnostica radiologica è molto problematica, in quanto le patologie più comuni che colpiscono il rachide lombosacrale presentano segni clinici e sintomi nessuno dei quali è di per sé altamente predittivo per differenziare una "comune" lombalgia da un dolore lombare dovuto ad altre patologie. Una ulteriore criticità affrontata è stata

¹ Composizione del panel: Dott. Roberto Adani, Dott. Mario Bertolani, Dott. Marco Bondi, Dott. Nunzio Borelli, Dott. Luca Castagnini, Dott. Mario Cavalli, Dott.ssa Luciana Di Pancrazio, Dott. Marco Franceschini, Dott. Fabio La Porta, Dott. Paolo Nichelli, Dott.ssa Cristina Maccaferri, Dott. Luciano Mavilla, Dott. Wainer Mazzi, Dott. Francesco Nonino, Dott.ssa Anna Rita Pecchi, Dott.ssa Lucia Pederzini, Dott. Fernando Pieralisi, Dott.ssa Gilda Sandri, Dott. Vincenzo Spina, Dott. Luigi Tarallo, Dott.ssa Francesca Tavani. Coordinamento: Dott.ssa Loretta Casolari.

² Chou R, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann Intern Med.* 2007;147(7):478-91.

la necessità di associare alle raccomandazioni cliniche criteri di priorità di esecuzione, che devono necessariamente incorporare aspetti relativi alle risorse umane e strumentali disponibili a livello locale, sui quali la letteratura non offre alcun supporto di evidenza.

I criteri di priorità individuati si riferiscono alle principali condizioni che si possono incontrare nel setting assistenziale ambulatoriale specialistico e di medicina generale e non devono essere interpretati come regole inflessibili che condizionano l'autonomia decisionale del medico, né come riferimento medico-legale ma piuttosto come un supporto decisionale per ottimizzare la gestione dell'assistenza ed un punto di riferimento per coinvolgere il paziente nelle scelte diagnostiche e terapeutiche.

La decisione di non incorporare patologie molto rare, se pur rilevanti per la salute del paziente, è stata maturata nell'ottica di produrre uno strumento di facile utilizzo, in grado di supportare il professionista nelle decisioni di più comune riscontro nella pratica corrente.

Il documento è rivolto a tutti i medici abilitati a richiedere ed eseguire prestazioni di diagnostica per immagini. Le modalità di esecuzione dell'esame (necessità di utilizzare il mezzo di contrasto e/o particolari sequenze RM, etc.) sono di competenza del radiologo/neuroradiologo che, in base al quesito clinico, imposta le procedure tecniche più adeguate, pertanto non sono trattate in dettaglio.

I criteri clinici di priorità saranno diffusi a tutti i medici del-

l'AUSL di Modena e dell'AOU Policlinico.

Seminari di aggiornamento nell'ambito delle Cure primarie e del Presidio ospedaliero provinciale dell'Ausl di Modena potranno essere una occasione per valutare l'impatto delle raccomandazioni sulla pratica clinica. Periodici audit verranno programmati come strumenti di incentivazione e monitoraggio per l'implementazione delle raccomandazioni al fine di valutare la concordanza tra le indicazioni contenute nel documento e le giustificazioni per le quali l'esame è stato richiesto. Il primo audit sarà condotto a 6 mesi dall'approvazione del documento.

Una specifica linea di attività, all'interno del Laboratorio del Cittadino Competente (Sistema Comunicazione e Marketing - AUSL di Modena) è dedicata alla progettazione della comunicazione al cittadino.

Il dolore lombare

Il dolore lombare è il disturbo osteoarticolare più frequente e rappresenta, dopo i problemi respiratori, la più frequente causa di ricorso al medico. Quasi l'80% della popolazione è destinato nella vita a presentare una lombalgia. Le osservazioni indicano la distribuzione tra uomini e donne in ugual misura e una prevalenza annuale del 50% negli adulti in età lavorativa, di cui il 15- 20% ricorre a cure mediche e più della metà delle persone che hanno avuto un episodio di dolore lombare avrà una recidiva entro pochi anni.

Comporta altissimi costi individuali e sociali, in termini di indagini diagnostiche e di trattamen-

ti, di riduzione della produttività e di diminuita capacità a svolgere attività quotidiane.

Con questa premessa risulta evidente come il dolore lombare possa essere una delle cause più frequenti di accesso diretto al medico di medicina generale, che rappresenta quasi sempre il primo sanitario a iniziare il percorso assistenziale del paziente lombalgico e che oltre alle competenze per una prima valutazione globale (preventiva, diagnostica, terapeutica e prognostica) deve avere gli strumenti per una analisi critica in modo da gestire adeguatamente la domanda del cittadino, spesso indotta da «mode» e falsi miti, e fare, se necessario, un invio mirato scegliendo la più appropriata diagnostica per immagini.

Le metodiche di diagnostica per immagini dovrebbero rispettare l'analisi del procedimento clinico: il loro uso al di fuori di un'ipotesi diagnostica mirata non solo non aggiunge ulteriori elementi rispetto all'anamnesi e all'esame obiettivo, ma mette a rischio di trattamento per lesioni occasionalmente evidenziate, asintomatiche ed estranee al quadro clinico presentato.

L'inquadramento clinico

L'approccio clinico al paziente con dolore lombare di origine non traumatica prevede una valutazione complessiva con particolare riferimento a: età, impotenza funzionale e ripercussione sull'attività lavorativa, eventuali trattamenti precedenti e relativa efficacia o inefficacia, fattori di rischio fisici, psicosociali e lavorativi, dolore (sede, insorgenza, caratteristiche del

dolore, irradiazione, orario del dolore, rapporto postura-dolore), sintomi e segni neurologici, rigidità mattutina.

Tra le cause di dolore lombare non traumatico devono essere considerate:

- patologie extra-rachidee (aneurisma aortico, nefrolitiasi, pancreatite, sindromi febbrili).
- eventuali patologie gravi del rachide.

Al termine della valutazione clinica, ed escluse cause extrarachidee di dolore lombare, dovrebbe essere identificabile uno dei seguenti scenari clinici:

- 1) dolore lombare non specifico
- 2) dolore potenzialmente associato con radicolopatia o stenosi spinale
- 3) dolore potenzialmente associato ad altre cause specifiche

1) Dolore lombare non specifico

Oltre l'85% dei pazienti che si presentano alla medicina generale con dolore lombare presenta un dolore lombare non specifico, non causato cioè da anomalie spinali o da gravi patologie.

Il riscontro radiologico di eventuali alterazioni aspecifiche degenerative osteo-articolari non modifica la diagnosi di "Dolore lombare non specifico".

Per questi pazienti non esistono protocolli diagnostici validi e l'esecuzione di indagini diagnostiche non ne migliora la prognosi.

Nel caso, di gran lunga più frequente, di dolore lombare non specifico, il medico deve rassicurare il paziente facendo comprendere:

- l'alta probabilità di prognosi favorevole legata alla natura benigna del disturbo (il 70% dei

pazienti migliora entro le prime due settimane), ma anche la tendenza a recidive che comunque, a meno che i sintomi non siano diversi dal primo episodio, regrediranno anch'esse;

- la possibile genesi del dolore lombare, la verosimile causa che lo ha scatenato e gli eventuali fattori di rischio connessi all'impegno lavorativo e/o all'attività ricreativa, ad anomalie strutturali o posturali, ad affaticamento;
- che la diagnostica per immagini - pur aumentando la «soddisfazione» e il «benessere psicologico» del paziente - non è raccomandata di routine prima di 4-6 settimane, se non per evidenziare fratture in recenti traumi significativi a ogni età o in recenti traumi anche modesti in persone anziane con storia di prolungata terapia steroidea o di osteoporosi.

mente associato con patologia radicolare o stenosi spinale, in presenza di deficit neurologici TC o RM sono indicate in presenza di deficit neurologici progressivi con calo della forza elementare all'arto inferiore (con o senza risposta alla terapia). L'eventuale reperto radiologico di protrusione del disco (bulging) è un fenomeno parafisiologico, senza valore clinico in assenza di altre patologie.

2b) Dolore lombare persistente, potenzialmente associato con sofferenza radicolare, senza deficit neurologici

Se l'irradiazione del dolore lombare alla superficie posteriore della coscia, alla superficie postero-laterale del polpaccio o al piede, senza deficit neurologici persiste oltre le 4 settimane nonostante un trattamento conservativo, il paziente va considerato candidabile a un inter-

Scenario clinico	Elementi clinico-anamnestici rilevanti	Diagnostica	Priorità	Accesso
1a) Dolore lombare non specifico	Dolore lombare - senza segni sospetti di malattia di base, di sofferenza radicolare - perdurante da 4 settimane - che risponde al trattamento mediante analgesici/antinfiammatori			Non sono indicate indagini radiologiche
1b) Dolore lombare potenzialmente associato con sofferenza radicolare senza deficit neurologici	Dolore lombare - perdurante da 4 settimane - senza segni di deficit neurologici motori o sensitivi - irradiato all'arto inferiore (superficie posteriore della coscia, polpaccio, piede)			

2) Dolore lombare potenzialmente associato con radicolopatia o stenosi spinale

2a) Dolore lombare potenzial-

mente associato con patologia radicolare o stenosi spinale, in presenza di deficit neurologici TC o RM sono indicate in presenza di deficit neurologici progressivi con calo della forza elementare all'arto inferiore (con o senza risposta alla terapia). L'eventuale reperto radiologico di protrusione del disco (bulging) è un fenomeno parafisiologico, senza valore clinico in assenza di altre patologie.

Se l'irradiazione del dolore lombare alla superficie posteriore della coscia, alla superficie postero-laterale del polpaccio o al piede, senza deficit neurologici persiste oltre le 4 settimane nonostante un trattamento conservativo, il paziente va considerato candidabile a un inter-

vento invasivo, in previsione del quale è indicato eseguire TC o RM del rachide lombo-sacrale.

Scenario clinico	Elementi clinico-anamnestici rilevanti	Diagnostica	Priorità	Accesso
2a) Dolore lombare potenzialmente associato con sofferenza radicolare o stenosi spinale, in presenza di deficit neurologici	Dolore lombare associato a deficit neurologici progressivi con calo della forza elementare all'arto inferiore	TC LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Prenotazione a CUP agenda esami critici
		RM LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Agenda riservata NEURORADIOLOGIA
2b) Dolore lombare persistente potenzialmente associato con sofferenza radicolare senza deficit neurologici	Dolore lombare e lombosciatalgia perdurante da > 4 settimane nonostante terapie conservative, anche non associato al rilievo di deficit neurologici motori o sensitivi	TC LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Prenotazione a CUP agenda esami critici
		RM LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Agenda riservata NEURORADIOLOGIA

3) Dolore lombare potenzialmente associato ad altre cause specifiche

Una minoranza di pazienti che si presenta al setting della medicina generale con dolore lombare presenta una associazione tra il dolore e cause specifiche. La prevalenza di queste patologie è la seguente:

PATOLOGIA	Prevalenza stimata
spondilite anchilosante	0,3% - 5%
frattura	4%
neoplasia	0,7%
sindrome della cauda equina.	0,03%
infezione vertebrale	0,01%

L'anamnesi e l'esame obiettivo determinano la probabilità post-test di queste cause specifiche di dolore lombare e la necessaria valutazione rispetto all'avvio di un percorso diagnostico che può prevedere l'invio del paziente alla prestazione di diagnostica e successivamente alla consulenza specialistica oppure l'avvio alla visita specialistica e solo successivamente alla diagnostica.

La sintesi degli scenari clinici, della diagnostica indicata, della priorità di accesso è sintetizzata nella tabella seguente.

ALTRI SCENARI CLINICI MENO COMUNI				
Scenario clinico	Elementi clinico-anamnestici rilevanti	Diagnostica	Priorità	Accesso
Dolore lombare e sospetta neoplasia	Dolore lombare associato a: - storia personale di neoplasia - calo ponderale inspiegabile, - persistenza del dolore da > 4 settimane, - età >50 anni L'iter diagnostico in questi pazienti va deciso caso per caso, tenendo presente che: - una anamnesi personale positiva per neoplasia , anche in assenza di altri elementi clinici, è fortemente predittiva - in assenza di anamnesi positiva per neoplasia , anche in presenza di altri elementi tra quelli elencati, potrebbe essere sufficiente in prima istanza una semplice radiografia	TC LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Prenotazione a CUP agenda esami critici
		RM LS	Priorità B (entro 7 giorni)	Agenda riservata NEURORADIOLOGIA

Scenario clinico	Elementi clinico-anamnestici rilevanti	Diagnostica	Priorità	Accesso
Dolore lombare e sospetta frattura in assenza di trauma recente	Dolore lombare e - storia di osteoporosi - uso di corticosteroidi - età anziana	RX LS	Priorità U (entro 24 h)	Prenotazione a CUP agenda esami critici
Dolore lombare e sospetta spondilite anchilosante	Dolore lombare - durata > 6 settimane - rigidità mattutina di durata maggiore di 30 min - miglioramento con l'esercizio/movimento - risvegli nella seconda parte della notte - irradiazione del dolore dal gluteo al ginocchio	RM articolazioni sacro-iliache	Priorità B (entro 7 giorni)	Prenotazione presso tutti i punti di prenotazione
Dolore lombare e sospetta infezione vertebrale	Dolore lombare e - febbre - uso endovenoso di droghe - recente episodio infettivo	Il rilievo di questo scenario clinico richiede una presa in carico ad un livello assistenziale ospedaliero		
Dolore lombare e sospetta sindrome della cauda	Dolore lombare e - <u>Ritenzione urinaria</u> - Anestesia "a sella"	Il rilievo di questo scenario clinico richiede una presa in carico ad un livello assistenziale ospedaliero		

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI PER LA PRESCRIZIONE

Quando è necessario prescrivere una indagine diagnostica è importante che la richiesta sia formulata in modo preciso ed esauriente, in modo tale cioè che il medico radiologo possa identificare il paziente e conoscere le motivazioni cliniche, le eventuali controindicazioni e quindi scegliere la tecnica migliore ed il procedimento più congruo.

La richiesta delle prestazioni di diagnostica strumentale, indicate nel documento "Appropriatezza della diagnostica del dolore lombare non traumatico" deve pertanto:

- essere effettuata direttamente dal MMG e dal medico specialista evitando il rinvio ad altri prescrittori; non sono posti vincoli per la prescrizione esclusivamente "specialistica" per evitare di rinviare il paziente ad altri colleghi "suggerendo" la prescrizione di diagnostica strumentale
- riportare chiaramente tutte le informazioni che consentano l'univoca identificazione del paziente; si raccomanda che, in caso di manoscrittura, le annotazioni vengano riportate in modo intelligibile in stampatello e con grafia chiara-

mente comprensibile indicando nome e cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale del paziente.

- indicare la prestazione di diagnostica che corrisponderà, in prima istanza, alla prestazione che verrà attribuita dal sistema di prenotazione e alla quota di compartecipazione alla spesa per il cittadino. Indicare inoltre il distretto anatomico da indagare (es. TC lombosacrale). In presenza, nella stessa richiesta, dell'indicazione di più di un distretto anatomico, sarà prenotata un'unica prestazione. L'eventuale necessità di appro-

fondimenti diagnostici, rispetto al quesito clinico, verrà valutata dal medico radiologo e non rinviata al prescrittore.

- segnalare l'eventuale effettuazione di altre indagini strumentali al medesimo distretto (tipo di indagine, se con o senza mdc, data, referto).
- riportare compiutamente la motivazione, come indicata negli scenari clinici o negli elementi clinico-anamnestici relativi ed evitando di apporre sulla richiesta esclusivamente termini quali: "lombosciatalgia", "lombalgia", "dolore lombare", "rachialgia lombare", "sciatalgia" (sono sintomi e non sospetti clinici), "controllo" o "accertamenti" (indicare se si tratta di follow-up e la motivazione clinica del follow-up o di esame pre-operatorio).

- riportare la priorità barrando le caselle:

U: urgente (entro 24 h)

B: urgente differibile (entro 7gg)

D: prestazione programmabile (1° prestazione, entro 60gg.)

P: prestazione programmabile (controllo).

Le richieste di TC e RM lombosacrali come prestazioni ambulatoriali urgenti (entro 24h) o con la dicitura "urgente" o altre diciture come "indispensabile e indifferibile" non sono sostenute da motivazioni cliniche che giustifichino l'erogazione in urgenza entro 24h e saranno rinviate al prescrittore.

Le richieste prive della segnalazione della priorità saranno prenotate secondo la disponibilità del sistema di prenotazione.

Per favorire il confronto e la collaborazione tra chi richiede e chi

esegue le indagini diagnostiche, nelle evidenze di patologie e rispettivi scenari clinici considerati di bassa prevalenza ma di significativo impatto clinico, il medico prescrivente, evidenziata la necessità di una prestazione di RM in priorità B (urgente differibile entro 7gg) contatta il neuroradiologo della sede del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense (disponibile 24h su 24) o dell'Ospedale di Carpi (dalle 8 alle 13 dal lunedì al venerdì).

Gli scenari clinici, anche non contemplati nel documento, possono essere discussi con il medico radiologo per concordare percorsi diversi in termini di tecnica diagnostica e priorità.

A questo scopo si allegano di seguito i riferimenti delle sedi provinciali di radiologia e neuroradiologia.

	Medici	Orari (Lun-Ven)
Ospedale di Carpi	059/659264	9,00-19,00
Ospedale di Carpi	059/ 659260 Neuroradiologia	8,00-13,00
Ospedale di Mirandola	0535/602204	8,00-20,00
Ospedale di Finale Emilia	0535/654910	8,30-17,00
NOCSAE	059/3961006	8,00-20,00
NOCSAE	059/39612559 Neuroradiologia	Reperibilità telefonica 24h su 24h
AOU Policlinico	059/4222423 Radiologia 1	9,00-19,00
	059/4225025 Radiologia 2	9,00-19,00
Nuovo Ospedale di Sassuolo s.p.a.	0536/846510	9,00-19,00
Ospedale di Pavullo	0536/29252	9,00-13,00 15,00-20,00
Ospedale di Vignola	059/777852	8,30-19,00

Bibliografia consultata, normativa di riferimento, copia del documento "Appropriatezza della diagnostica per immagini del dolore lombare non traumatico" possono essere richieste a:

Dott.ssa Loretta Casolari - Azienda USL di Modena

Direzione Sanitaria – Governo Clinico

Via S. Giovanni del Cantone 23 – 41100 Modena I.casolari@ausl.mo.it

Il documento completo è disponibile sull'Intranet dell'AUSL di Modena e dell'AOU Policlinico di Modena.

UN TUFFO “DI TESTA” NELLA SINCOPE

La sincope è un episodio di perdita di coscienza transitoria (PdCT) dovuto ad una ipoperfusione cerebrale globale transitoria, che di solito inizia improvvisamente, con perdita del tono posturale, e il cui recupero è spontaneo, pronto e completo. Un episodio di PdCT che non ha queste caratteristiche potrebbe non essere una sincope.

Vi piacerebbe fare una bella figura coi vostri pazienti facendo una diagnosi conclusiva di sincope, senza perdita di tempo per voi a richiedere esami di diagnostica strumentale spesso inutili e inefficaci, per il vostro povero paziente che deve prenotarli e aspettare spesso a lungo per eseguirli e dando anche una mano alla spesa sanitaria che ne ha tanto bisogno?

Bene.

Caso a): paziente in cui la PdCT sia stata scatenata da un trigger emozionale o ortostatico, preceduta da prodromi di tipo neurovegetativo, di durata breve (secondi, massimo 20): la diagnosi conclusiva è di “Sincope neuromediata (o riflessa) di tipo vasovagale classica”.

Non c'è bisogno di indagini diagnostiche ulteriori, ma solo di rassicurare paziente e familiari con la raccomandazione di evitare i trigger.

Caso b): sincope che avviene durante i colpi di tosse, lo star-

nuto, la deglutizione, la defecazione, la minzione: la diagnosi conclusiva è di “Sincope neuromediata (o riflessa) di tipo situazionale”.

Non sono indicate ulteriori indagini diagnostiche.

Caso c): Sincope che avviene nel passaggio dal clino all'ortostatismo: attenzione ai farmaci assunti, alla presenza di disautonomia (Morbo di Parkinson, Diabete mellito), alla deplezione di volume (emorragia, diarrea).

In questo caso, se si misura la pressione arteriosa sistolica al 1° e al 3° minuto di ortostatismo (dopo 5 minuti di decubito supino) e questa crolla a meno di 90 mmhg o di almeno 20 mmhg rispetto al valore clinostatico con contemporanea riproduzione del sintomo sincopale: la diagnosi conclusiva è di “Sincope Ortostatica”.

È raccomandata una consulenza neurologica in caso di disautonomia grave; modifica dei farmaci in uso e delle loro dosi e momento di somministrazione; reintegrazione del patrimonio volumetrico.

Nei tre casi descritti la sicurezza diagnostica ci viene dalle “Linee guida su diagnosi e trattamento della Sincope” aggiornate e pubblicate sull'European Heart Journal (2004) 25,2054-2072.

Un elettrocardiogramma semplice è raccomandato, tranne nei giovani con Sincope vasova-

gale classica.

Le stesse Linee guida chiariscono bene alcuni punti:

1. Le cause della Sincope sono cardiache o neuromediate – ortostatiche; nel caso si sospetti una causa cardiaca della Sincope l'esame da richiedere è più spesso l'ecocardiogramma che risulterà diagnostico oppure stratificherà il rischio. Il monitoraggio elettrocardiografico per 24 ore è raramente utile ma spessissimo richiesto. È raccomandato in presenza di alta probabilità pretest di Sincope cardiaca aritmica. Se si sospetta una genesi neuromediata la prognosi è in genere benigna e le indagini da richiedere in primis saranno il tilt test ed il massaggio del seno carotideo, ma solo in caso di recidive frequenti o severe o nei pazienti con attività ad alto rischio.
2. Un TIA carotideo non può dare Sincope; pertanto il doppler dei TSA non è indicato ma spessissimo richiesto.
3. L'EEG trova indicazione solo nel caso si sospetti una genesi epilettica della PdCT.
4. Gli esami di laboratorio trovano indicazione solo per conferma di una deplezione di volume.

M.C. Tesorieri



Il 05-11-2007 è stato siglato l'accordo tra la Regione Emilia Romagna e l'Associazione dell'Ospedalità Privata che prevede una radicale trasformazione dell' Assistenza Psichiatrica erogata dalle strutture private per il periodo 2007-2009.

Da un'assistenza basata solo su letti "ospedalieri" si passa ad una pluralità di prestazioni con l'obiettivo di creare una rete assistenziale della quale le strutture private fanno parte integrante attraverso la strutturazione di:

- Componente Ospedaliera con:

SPOI (Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo) nei quale è garantito l'ingresso dei pazienti con caratteristiche di urgenza clinica sulle 24 ore con 14 posti a Villa Igea e 14 a Villa Rosa

- Letti Ospedalieri per pazienti provenienti da altre Regioni con 72 posti a Villa Igea e 13 a Villa Rosa

- DCA (Disturbi del comportamento alimentare) con 4 posti a Villa Rosa

- DH di 1 posto a Villa Rosa

- SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura) 15 posti a Villa Igea

- Componente Residenziale con:

RTI (Residenza a Trattamento Intensivo) per pazienti subacuti per i quali sia necessario un trattamento a maggiore connotazione medica con 27 posti a Villa Igea e 18 a Villa Rosa

- RTI Pr.Sp (per trattamenti specialistici) rivolta a pazienti che necessitano di trattamenti specifici (abuso e dipendenza da sostanze, abuso e dipendenza da alcol, psicogeriatrica, neuropsichiatria dell'età evolutiva) con 13 posti a Villa Igea e 16 a Villa Rosa

- RTP (Residenza a Trattamento Protratto) per pazienti che necessitano di trattamento a prevalente indirizzo riabilitativo con 37 posti a Villa Igea e 16 a Villa Rosa

- Componente Semiresidenziale:

- Centro diurno con 35 posti a Villa Igea (Sassuolo-Casa Valentini)

- Centro diurno con 5 posti a Villa Rosa

- NPIA (Neuropsichiatria dell' Età Evolutiva)

- Attività semiresidenziale con 12 posti a Villa Igea

- Attività residenziale con 8 posti a Villa Igea

Con questa trasformazione organizzativa gli Ospedali Privati della nostra Provincia, Villa Igea e Villa Rosa ed il Dipartimento di salute mentale, procedono alla realizzazione di un sistema integrato del settore pubblico e privato nel quale, nella nostra Regione, arriveranno a condividere in maniera ampia protocolli e standard assistenziali.

Per questo l'accesso ai reparti degli Ospedali privati sarà regolato dai medesimi principi e criteri così che i MMG, i pazienti stessi o i loro parenti possono contattare sia Villa Igea che Villa Rosa per segnalare un quadro acuto o per inserire il nominativo nelle liste di prenotazione.

Al momento dell'ingresso lo specialista valuterà (tramite osservazione clinica che può protrarsi fino a 48 ore) l'effettiva necessità al ricovero e si incaricherà di proporre il percorso di presa in carico più opportuno coinvolgendo, eventualmente, anche le altre agenzie della rete complessiva.

*Il Responsabile del Dipartimento di Salute
Mentale dell'AUSL di Modena
Dr. Giovanni Neri*

*Il Responsabile Regionale della Psichiatria
dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata
Dr. Pierluigi Forghieri*

PROGETTO SICURE: UN'OPPORTUNITÀ DA NON PERDERE

Sicure è il nuovo corso on line proposto dalla FNOMCeO e rappresenta un' importante novità:

- per l'argomento trattato, la sicurezza e il rischio clinico, un tema che difficilmente viene proposto negli eventi formativi;
- perché non si richiedono particolari conoscenze informatiche e per accedere basta collegarsi a progetto sicure (tramite il sito www.fnomceo.it o il sito www.ordinemedicimodena.it) registrarsi, ottenere la password e iniziare;
- per l'organizzazione del corso articolato in lezioni di breve durata, da fare tutte d'un fiato o una per volta, o ancora da interrompere e riprendere a



secondo delle esigenze. Non ci vuole molto tempo e chi ama la sinteticità può saltare la lezione parlata e scaricare solo il testo scritto. I test sono al termine di ogni lezione e chi li sbaglia può rapidamente rivedere gli argomenti e poi ripetere il test.

- per i crediti concessi, 20 crediti formativi, non pochi se si considera che per tutto il 2008 ne sono richiesti 50.

E per chi non ama l'informatica, nei prossimi mesi sarà disponibile una versione cartacea con questionari da inviare in fax. Meno comodo, ma ugualmente interessante.

Provaci. Ne vale la pena

Il punto
sull'ECM

I QUESITI PIÙ FREQUENTI SULL 'ECM



Poiché continuano a pervenire al nostro Ordine numerosi quesiti sul nuovo programma ECM e sulla corretta compilazione del questionario che vi è stato inviato, riteniamo utile riportare le risposte fornite dalla Commissione Nazionale ECM.

? Che valore hanno i crediti formativi conseguiti all'estero?

Gli eventi formativi che si svolgono all'estero devono essere preventivamente accreditati dalla Commissione E.C.M. a cura della corrispondente società scientifica, associazione professionale, Ordine o Collegio professionale italiani.

? I Crediti Europei sono equiparati ai crediti ECM e in quale misura?

I crediti formativi validi ai sensi dell'art.16 bis e seguenti del Dlvo 502/92 sono esclusivamente quelli certificati dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua all'Organizzatore dell'evento formativo o del Progetto formativo Aziendale. La procedura che deve essere seguita prevede - come noto - la necessaria registrazione nel sito ECM e il relativo versamento del contributo alle spese (art. 92, comma V, L. 388/2000). L'Organizzatore che ha ricevuto la certificazione da parte della Com-

missione dell'avenuto accreditamento è autorizzato, a sua volta, ad attestare i crediti formativi ai partecipanti che hanno superato la prova di valutazione dell'apprendimento. Gli eventi formativi che si svolgono in altri Paesi, comunitari e non, possono essere accreditati se un Organizzatore italiano richiede l'accreditamento, sempre tramite registrazione nel programma ECM".

? Come si deve comportare, ai fini degli obblighi ECM, chi si reca per un lungo periodo all'estero?

Gli operatori sanitari, aventi obbligo ECM, che soggiornano al-

l'estero per giustificati motivi (per esempio legge N. 26 dell'11 febbraio 1980) o per attività lavorative svolte, sono esonerati dall'obbligo dell'ECM.

Si ricorda che occorre conservare la documentazione comprovante la facoltà della fruizione dell'esonero, data l'impossibilità di frequentare i corsi.

L'esonero dall'obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui i soggetti interessati usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Occorre specificare che:

nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore.

Eventuali crediti percepiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, in quanto vengono assorbiti dal diritto di esonero vantato dall'operatore.

? Quanti crediti ECM devono essere rila-

sciati al Tutor di un evento formativo accreditato?

La CNFC ha stabilito esclusivamente crediti formativi per i discenti (operatori sanitari) che seguono eventi formativi accreditati ECM e per i docenti (o loro sostituti): questi ultimi hanno diritto, previa richiesta all'organizzatore, a 2 crediti formativi per ogni ora effettiva di docenza in eventi o progetti formativi aziendali accreditati ECM, entro il limite del 50% di crediti formativi da acquisire nel corso dell'anno solare (per il 2004 massimo 15 crediti riferiti ad attività di docenza). Per le altre figure didattiche quali i tutor, gli animatori, i responsabili scientifici ecc., è allo studio della CNFC la possibilità di attribuire crediti formativi unitamente ad altre tipologie formative quali gli stage, la formazione sul campo e l'autoformazione. (13/01/2005)

? È possibile acquisire crediti ECM partecipando in qualità di docente o relatore ad un evento o ad un

progetto formativo aziendale accreditato?

I docenti/relatori hanno diritto, previa richiesta all'organizzatore, a 2 crediti formativi per ogni ora effettiva di docenza in eventi o progetti formativi aziendali accreditati ECM, entro il limite del 50% di crediti formativi da acquisire nel corso dell'anno solare (per il 2002 massimo 5 crediti riferiti ad attività di docenza).

I crediti possono essere acquisiti in considerazione esclusivamente delle ore effettive di lezione; i crediti non possono, cioè, essere frazionati o aumentati in ragione dell'impegno inferiore o superiore ai sessanta minuti di lezione (es. un'ora o un'ora e trenta minuti di lezione danno diritto a due crediti formativi; le lezioni di durata inferiore a sessanta minuti non possono essere prese in considerazione, né possono cumularsi frazioni di ora per docenze effettuate in eventi diversi). I docenti/relatori possono conseguire solo i predetti crediti ECM: non possono conseguire i crediti formativi in qualità di partecipanti ad eventi nei quali effettuano attività di docenza.

fotocomposizione
 progettazione grafica
 stampa su plotter
 fotoritocco

 service Mac e Pc
 imposizione macchina
 uscita in pellicola
 stampa digitale

comunicazione e grafica
 tel. 059 776576 - fax 059 7702525

21/06/2007 - Determinazione della CNFC del 29 marzo 2007: crediti formativi ai Tutor

La Commissione ha approvato il riconoscimento dei crediti formativi ai medici che svolgono i corsi di formazione specifica in medicina generale e ai docenti tutor che ospitano i colleghi in formazione (esempio: farmacisti) nella misura della metà dei crediti previsti per l'anno di riferimento (anno 2005: 30 crediti formativi, pari a 15 crediti formativi per attività di tutoraggio) calcolati per un periodo di impegno uguale o superiore a mesi sei.

I crediti formativi per tutor possono essere riconosciuti anche per periodi inferiori a mesi sei. Il calcolo deve essere effettuato considerando i parametri generali (15 crediti formativi per sei mesi di attività) in proporzione al periodo di impegno applicando, ove necessario, l'arrotondamento del numero dei crediti per eccesso.

L'attestazione dei crediti formativi in qualità di tutor al medico, al farmacista, all'infermiere e così via, deve essere rilasciata dall'Ordine o dal Collegio di appartenenza.

L'interessato deve essere munito di dichiarazione di svolgimento dell'attività di tutor rilasciata dall'Università o dall'Azienda dove il giovane specializzando è iscritto e frequenta il corso di specializzazione o di studio.

I crediti formativi sono riconosciuti ai tutor medici che sono titolati a valutare l'attività operativa dei medici che devono sostenere l'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione. Considerato che l'impegno dei tutor è di almeno un mese per ogni medico che deve sostenere l'esame di abilitazione, ogni attestazione ad opera dell'ordine di appartenenza sarà riferita ad ogni singola valutazione. Il numero dei crediti complessivi che possono essere attestati al medico tutor non può comunque, complessivamente, superare i quindici crediti formativi.

I crediti formativi sono attestati anche agli operatori sanitari che partecipano ai corsi universitari oppure presso gli Ordini per acquisire la qualifica di tutor nella misura di 0,5 crediti formativi per ogni ora di attività fino ad un massimo di 15 crediti acquisibili nell'anno di riferimento.

Nel caso, i crediti formativi devono essere rilasciati dall'Università o dall'Ordine che ha rilasciato l'attestato di tutor.

I crediti formativi attestati agli operatori sanitari per attività di tutor possono essere rilasciati a tutte le professioni sanitarie, nei casi in cui ricorrono i presupposti sopra illustrati.





PITTORI MODENESI DAL '500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

BRUNO SEMPREBON

Nacque a Modena il 7 marzo 1906, in una modesta casa in via della Pace da Augusto e Giovanna Cocchi.

La casa dove nacque sorgeva vicino a campi ed acquitrini, detti "i padoi", e aveva accanto il laboratorio del padre marmista.

Il piccolo Bruno amava scorazzare per i campi con gli amici, pescare ed osservare tutte le forme della natura.

Frequentò il laboratorio del padre dove imparò i segreti della scultura e frequentò i corsi serali dell'Istituto d'arte Venturi.

Frequentò lo studio di E. Bertoli, dove apprese tutti i segreti della pittura. Trasformò la soffitta in uno studio, dove eseguì le sue prime statue in creta, facendo posare per i suoi nuovi classici i fratelli e gli amici, e per le sue graziose testine, alla Medardo Rosso, i bambini del vicinato.

La scultura "il pensatore", per la quale posa il fratello Aroldo, non lascerà mai la casa dell'artista, (come la Gioconda per Leonardo); la terrà sempre in sala da pranzo e dopo la sua morte, la terrà la figlia esattamente in sala da pranzo.

Alternò la scultura alla pittura e negli anni '30 vinse premi prestigiosi: il premio Cavazioni, per il dipinto "la secchia rapita", il premio Poletti, per la scultura "il lanciatore di giavellotto".

Con il pensionato Poletti l'artista ebbe il diritto di godimento della pensione per il quadriennio 1930 - 33 a Roma, Firenze e Milano, ma preferì riscuotere il premio e depositarlo in banca.

Visto il suo carattere schivo e ritroso, spesso furono i fratelli a ritirare premi e riconoscimenti, quando si sposò la sua unica figlia avuta da Marta Dallari, fu il fratello Gastone ad accompagnarla all'altare. L'unione con Marta durò quasi sessant'anni e quando morì lei lo seguì dopo pochi mesi, "perché separati loro non potevano vivere".

Uniche sue passioni furono la caccia e la pesca che diedero origine alla prime nature morte con pesci e

selvaggina.

Tipica della sua pittura fu la curiosità per gli oggetti più comuni, in rame, che, assieme alle conchiglie madreperlacee, frutti, selvaggina e strumenti musicali, diventarono composizioni solo apparentemente semplici.

Sublime dunque, soprattutto nelle nature morte, nel '40 sbarcò in Germania e nel '41 il Sindaco di Hannover gli acquistò un quadro che oggi è ancora visibile nel museo della città.

Il suo studio fu in via Ganaceto 65, di proprietà di Zelindo Bonacini, anche lui pittore.

Nel 1945 espose nella sede del Sindacato delle Belle Arti di Modena in Piazzale Boschetti, in una personale dove vendette quasi tutti i quadri esposti.

Ci fu poi il periodo delle figure, dove l'arte di Semprebon divenne ancor più eccelsa.

Si trasferì poi in via Badia e nell'appartamento accanto viveva il pittore Ghigo Zanfognini e lì vicino, in palazzo Solmi, l'insegnante di disegno e conoscitore d'arte Rino Martinelli.

Insegnò poi, spinto dalla paziente e diplomatica moglie, ai corsi serali dell'Istituto Venturi, dove fece amicizia con due giovani colleghi, Rino Golinelli e Sandro Pipino.

Ebbe molti imitatori e seguaci, ma pochi allievi, tra i quali ricordiamo: Alfonso Levoni di Castelnuovo e Marta Cerchiari Marchioni di Modena.

L'artista Semprebon spesso andò a villeggiare a Pavullo, piccolo capoluogo del Frignano, dove spesso dipinse alla maniera impressionista assieme all'amico Gino Covili.

Nel marzo 1969 su Modena Flash si lesse che un anziano pittore (Semprebon) aveva comprato pagando in contanti un quadro di un pittore esordiente (Walter Mac Mazzieri), questo perché disse Bruno, "il surreale, vicino al suo realismo, dimostrano che l'arte non ha confini".

Innumerevoli furono le opere e le collettive alle quali il pittore partecipò. Nel 1980 alcuni suoi quadri sbarcarono all'Università di Liverpool e all'Atkin-

son Art Gallery di Southport.

La figlia Franca seguì le orme del padre e tante furono le mostre allestite insieme.

Nel 1980 parteciparono entrambi alla grande mostra itinerante in Inghilterra, denominata "the italian dream", alla quale parteciparono altri quattro artisti modenesi: Nereo Annovi, Mario Venturelli, Ivan Gozzi e Erio Baracchi.

Semprebon si spense il 22 aprile 1995, e come ultimo desiderio espresse quello di vedere per l'ultima volta un'immagine della sua amata Ghirlandina.

Fu una persona squisita, un artista eccelso, un'ombra che ha illuminato molte menti e riscaldato altrettanti cuori.

Alcune sue opere:

"Lanciatore di peso" 1939 – bronzo;

"Soffitto della Pieve di Solara" 1938;

"Pala di S. Omobono" 1939 – Chiesa Parrocchiale di San Domenico della Mascherella di Bologna;

"Marta" 1937 – olio su tavola – cm 53x47 – raccolta privata;

"I poveri" 1938 – olio su tavola – cm 120x70 – raccolta Giacomo Taccagni;

"Il corridore" anni '20 – gesso – raccolta privata;

"Al pozzo" anni '40 – olio su tavola – cm 60x75 – raccolta privata;

"Uva" anni '60 – olio su masonite – cm 53x73 – raccolta privata (in copertina);

Sue opere si trovano nella Chiesa di San Francesco in Modena, dove realizzò il Sacro Cuore e la statua di S. Antonio.

LE STORIELLE _____ A CURA DI ROBERTO OLIVI

Il valore dell'uomo sta nelle poche cose che crea, non nelle molte cose che accumula. ===== Kahlil Gibran

Gli uomini che lavorano troppo commettono un lento suicidio impedendo al bambino che vive dentro di loro di giocare. ===== Lawrence Sussner

Ogni bambino che nasce ci ricorda che Dio non è ancora stanco degli uomini. ===== Tagore

Se due uomini sono d'accordo su tutto, puoi star sicuro che solo uno dei due sta pensando. ===== Arthur Bloch

Errata corrige Bollettino marzo 2008

Abbiamo ricevuto da Villa Igea il manuale "Curare e gestire il disturbo bipolare- una guida per i pazienti" a cura dei colleghi G. Palmieri e S. Setti. Nel segnalare l'iniziativa l'Ordine si congratula con gli autori. I colleghi interessati potranno chiederne copia alla struttura stessa.



A.M.M.I.
ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI
Sezione di Modena – P.le Boschetti, 8

TRENTENNALE DI FONDAZIONE DELLA SEZIONE A.M.M.I. DI MODENA

Il 5 aprile 2008, l'Associazione Mogli Medici Italiani, Sezione di Modena, ha festeggiato, in un clima di cordiale amicizia il trentennale di fondazione.

Erano presenti Rosanna Mastrangelo, Presidente nazionale, Miriam Rizzatti, Presidente Fondatrice della sezione di Modena, Paola Bertoldi, Fiduciaria regionale AMMI, numerose Presidenti di sezione ed una grande rappresentanza di Ammine modenesi.

Dopo la visita guidata al Palazzo Ducale di Sassuolo, le socie si sono ritrovate al Club La Meridiana per il pranzo, cui ha fatto seguito la conferenza del Prof.

Nazario Melchionda, Professore associato di endocrinologia e Direttore dell'U.O. di malattie del metabolismo e disturbi del comportamento alimentare del Policlinico S. Orsola Malpigli di Bologna sul tema "gastroeterologia metabolica".

A coronamento della giornata e nel rispetto delle finalità dell'A.M.M.I., la Presidente Antonella Candeli, a nome di tutta la sezione, ha disposto la donazione di una lampada per fotocopie a favore del reparto di neonatologia del Policlinico di Modena.



GEMELLAGGIO TRA LE SEZIONI DI MODENA E FERRARA

In occasione dei festeggiamenti per il trentennale di entrambe le sezioni e considerati i legami storici e culturali che legano le due città, domenica 8 giugno 2008 l'Associazione Mogli Medici Italiani, sezione di Modena celebrerà il gemellaggio con la sezione di Ferrara con visita alle Delizie Estensi di Belriguardo, del Verginee e del Castello della Mesola, dove si terrà la cerimonia di gemellaggio.



Alcuni studenti, che nell'anno accademico 1961 – 62 si iscrissero al primo anno del Corso di Laurea di medicina e chirurgia, si sono ritrovato in gradevole convivio dopo 40 anni dalle prime lauree e si sono congedati con l'augurio di ripetere l'iniziativa.

(Anesi Adriano, Ballerini Luigi, Barberini Giuseppe, Catalano Giuseppina, Costa Nino, Domenichini Mario, Domeniconi Romano, Merelli Elisa, Righi Riva Ugo, Rivasi Francesco, Rivasi Paolo, Romiti Federico, Sgarbi Ernesto, Torelli Giuseppe, Villani Michele, Vallisi in Cosenza Marta, Zanasi Mariangela, Zanichelli Romano)

