



**Un medico consapevole per un paziente tutelato in ambito pubblico e privato** (il presidente)

**Documento della FNOMCeO sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT)**

**Medici scoppiettanti o scoppiati?** (L. Casolari)

**Comitato Etico di Modena: attività 2008**

**Terapia ormonale sostitutiva (TOS) post menopausale: relazione con il cancro della mammella** (M. Bianchini)

**Alleanza terapeutica, Codice Deontologico e Legge. Qualche problema.** (G.B. Cavazzuti)

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI 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. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino,

Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari

Dr. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi,

Dr. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi,

Dr. Pasquale Venneri.

**Consiglieri Odontoiatri**

Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

**COLLEGIO REVISORI DEI CONTI****Presidente**

Dr. Roberto Olivi Mocenigo

**Componenti**

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Marcello Bianchini

**Revisore dei conti supplente**

Dr. Luigi Bertani

**COMMISSIONE ODONTOIATRI****Presidente**

Dr. Roberto Gozzi

**Segretario**

Dr. Mario Caliandro

**Componenti**

D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvigionato

**Direzione e Amministrazione**

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

**Direttore Responsabile**

Dr. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

**Editore**

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

**Comitato di Redazione**

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

Dr. Marcello Bianchini, Dr. Michele Cinque,

Dr. Raffaele Lucà, Dr. Paolo Martone,

Dr. Roberto Olivi Mocenigo, Dr. Giovanni

Palazzi, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Pasquale

Venneri

**REALIZZAZIONE EDITORIALE****Poligrafico Mucchi**

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

**Fotocomposizione**

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

**Grafica**

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | www.krheodesign.it

<b>EDITORIALE</b>	<b>04</b>
<b>ATTIVITÀ DELL'ORDINE</b>	<b>06</b>
<b>LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA</b>	<b>10</b>
<b>DI PARTICOLARE INTERESSE</b>	<b>12</b>
<b>FNOMCeO</b>	<b>14</b>
<b>DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA</b>	<b>18</b>
<b>DIRITTO E LEGISLAZIONE SANITARIA</b>	<b>19</b>
<b>CENTRALE</b>	<b>21</b>
<b>LETTERE ALLA REDAZIONE</b>	<b>31</b>
<b>L'OPINIONE</b>	<b>32</b>
<b>ENPAM</b>	<b>33</b>
<b>NEWS</b>	<b>35</b>
<b>DIALETTO IN PILLOLE</b>	<b>37</b>
<b>ARTE E DINTORNI</b>	<b>39</b>
<b>TACCUINO</b>	<b>41</b>
<b>CORSI CONVEGNI E CONGRESSI</b>	<b>46</b>



ristretto ruoli e funzioni di queste strutture che in altre realtà nazionali hanno un peso specifico ben differente.

Si intende invece approfondire il tema della sanità privata in senso stretto, del professionista, in pratica, che opera nel suo studio. Questa figura ha sempre rappresentato un significativo punto di riferimento nel panorama della offerta di competenze professionali al cittadino in tutte le epoche, ma è indubbio che il suo ruolo ha subito un'oggettiva rivalutazione nel contesto di un rapporto inevitabile con un Servizio Sanitario pubblico.

Entrambi infatti sono soggetti a regole; ma mentre il professionista privato segue quelle del libero mercato, impegnandosi nello sviluppo di una continua competenza professionale da acquisirsi attraverso un costante aggiornamento del proprio knowhow, nozionistico e tecnologico, pena l'emarginazione da un mercato sempre più agguerrito, nel pubblico, accanto al processo di formazione ed aggiornamento che è dovuto da contratti e convenzioni, oltre che dalla propria specifica volontà di "crescere" professionalmente, sussiste, da alcuni anni a questa parte, un'ulteriore variabile in campo: il criterio dell'utilizzo delle risorse.

Finito infatti il tempo delle vacche grasse si cerca, non senza una reale fondatezza di intenti, di coniugare la migliore qualità possibile delle prestazioni sa-



**N. D'Autilia**

nitare erogate dal Servizio con un utilizzo congruo delle risorse. Ma mentre i professionisti erano in precedenza spettatori della scena, oggi sono chiamati ad esserne attori. Non senza qualche piccolo problema...

Il professionista privato in questo contesto si colloca in posizione apparentemente defilata, ma in realtà del tutto coinvolto, seppure indirettamente. È ovvio infatti che in una realtà come Modena, caratterizzata da un sostanziale benessere sociale ed economico, si verifichi con particolare frequenza che il cittadino scelga, di fronte a ritardi della struttura pubblica o a bisogni personali di risposte in tempi brevi, di rivolgersi al libero professionista. In questo ambito egli è svincolato dalle regole che informano il sistema pubblico e si comporta rispondendo alla propria competenza e al senso di responsabilità professionale.

Il paziente, vero attore di questo

scenario, ritiene nella maggioranza dei casi che quanto prescritto dal professionista al quale si è rivolto possa (se non debba) essere soddisfatto nell'ambito del Servizio pubblico. Questa prassi non può non essere di interesse per l'Ordine dei medici e odontoiatri, che deve preoccuparsi da un lato di garantire la migliore qualità della prestazione professionale sia in ambito privato che pubblico, ma dall'altro di coniugare quella qualità con il più equo utilizzo delle risorse, che sono risorse di tutti noi. Non è un caso, è bene saperlo, che tra i primi articoli del nuovo codice di Deontologia medica, il 6° per la precisione, al primo paragrafo si dice: "Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse".

Questi sono dunque i parametri di riferimento per una buona assistenza: efficacia delle cure = qualità dell'atto professionale, autonomia della persona = libertà di scelta del cittadino, uso appropriato delle risorse. Questo ultimo punto non ha certo bisogno di essere coniugato.

Nei prossimi mesi a partire da oggi, questo tema sarà all'attenzione del Consiglio dell'Ordine per l'importanza strategica di un ruolo ordinistico al passo con i tempi. Il dibattito è aperto.

*Il presidente  
N. D'Autilia*

Il giorno mercoledì 3 giugno 2009 - ore 20,45 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Approvazione verbale di Consiglio Direttivo del 04.05.2009;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Delibere amministrative (Addamo).

### ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Iscrizione per trasferimento</i>		<i>N. iscrizione</i>
LA PORTA	FABIO	6333
SAOULI	MOHAMAD	6334
<i>Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi Dl.v277/91</i>		
GUALTIERI	MARIA CHIARA	2858
<i>Cancellazione per trasferimento</i>		
LUSETTI	PAOLA	5550
MALAGOLI	VERONICA	6177
MAZZINI	ELISA	5780
PEZZOLI	ALESSANDRO	4785
<i>Cancellazione</i>		
ALEGUE SOLFACK	EUPHRASIA	6135
COMANI	GIANANTONIO	5499
HEYDARI	PEIMAN	4672
RONCHETTI	VITO	1314
<i>VARIAZIONI ANAGRAFICHE (Variazione cognome e codice fiscale)</i>		
Precedente nome		
NICOLOSI	EMANUELE PAOLO	6134
Nuovo nome		
NICOLOSI	EMANUELE	6134

### ALBO ODONTOIATRI

<i>Cancellazione per trasferimento</i>		<i>N. iscrizione</i>
BARONI	ALESSANDRO	0530

## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | MARTEDÌ 16 GIUGNO 2009

07

Il giorno martedì 16 giugno 2009 - 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, Dott. Francesco Cimino, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri.

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

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 03.06.2009
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Linee guida del Garante su fascicoli sanitari elettronici: la posizione della FNOMCeO;
5. Convegno sul Governo Clinico del 27 giugno p.v.: stato dell'arte (Lo Monaco);
6. Valutazione del Comitato Centrale della FNOMCeO sul dlgs in materia di ottimizzazione del lavoro pubblico;
7. Delibere amministrative (Addamo);
8. Delibere del personale dipendente (Lo Monaco);
9. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
10. Varie ed eventuali.

## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI | MERCOLEDÌ 3 GIUGNO 2009

Il giorno mercoledì 3 giugno 2009 - ore 21,35 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Medici.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Carlo Curatola, 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.

1. Giudizio disciplinare avverso il Dott. X.Y.;
2. Giudizio disciplinare avverso il Dott. K.J.;
3. Valutazione vicende disciplinari per eventuale apertura;
4. Opinamento eventuali parcelle sanitarie;
5. Varie ed eventuali.

La Commissione procede allo svolgimento del procedimento disciplinare a carico del Dott. X.Y. Questi gli addebiti e la relativa decisione:

*"per avere sottovalutato le condizioni di salute del paziente per lungo tempo in terapia con PPI che si dimostrava non risolutiva di patologia persistente senza programmare responsabilmente e con il massimo scrupolo, accertamenti diagnostici circostanziati e tempestivi che avrebbero potuto rivelare una patologia grave in atto la quale con adeguata terapia avrebbe potuto evitare l'aggravamento del quadro clinico del paziente o quanto meno allontanare il sospetto diagnostico di una patologia più grave.*

*La Commissione riconosce pertanto la violazione degli articoli 13 e 21 del Codice di Deontologia Medica."*

A maggioranza dei presenti decide di comminare la sanzione dell'**avvertimento** di cui all'art. 40 del D.P.R. 221/50.

La Commissione procede allo svolgimento del procedimento disciplinare a carico del Dott. K.J.  
Questi gli addebiti e la relativa decisione:

*"riguardo alla vicenda segnalata dal Sig. C. C. padre della minore A., paziente del Dott. K.J. si riconosce che il medico è in possesso dei titoli adeguati per rilasciare la certificazione sullo stato di salute della minore anche se sarebbe stato preferibile indirizzare il caso ad un collega specialista in neuropsichiatria infantile evitando, in questo modo, anche il possibile conflitto di interessi che si origina dall'aver in cura anche la madre della minore coinvolta nella causa giudiziaria con il marito per l'affido dei figli. Si riconosce che sarebbe stato opportuno informare il padre di quanto accadeva, secondo la valutazione della Commissione Albo Medici, nel rilascio della certificazione prevale l'agire medico secondo scienza e coscienza volto a tutelare un soggetto minore, e quindi fragile, in un contesto familiare deteriorato."*

A maggioranza dei presenti decide di non comminare alcuna sanzione disciplinare.

## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MARTEDI' 23 GIUGNO 2009

Il giorno martedì 23 giugno 2009 - ore 11,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: D.ssa Francesca Braghioli, Dott. Mario Caliandro, Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato.

1. Approvazione verbale seduta di Commissione del 25-5-2009;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Opinamento parcelle odontoiatriche;
4. Varie ed eventuali.



### Tecnologie moderne troppo costose? Valuta i vantaggi del noleggio a lungo termine

**DISPONIBILITA' IMMEDIATA DELLA STRUMENTAZIONE SCELTA DA TE.  
NESSUN ANTICIPO.  
DETRAIBILITA' FISCALE DEI CANONI.  
RIMBORSO IN 24/60 MESI.  
POSSIBILITA' DI DILAZIONARE I COSTI DI MANUTENZIONE.**

Facilitazione per i Medici appartenenti all'Ordine della provincia di MODENA:  
per strumentazione fino a € 75.000,00 delibera rapidissima e nessuna richiesta di documentazione reddituale.

**RICHIEDI SENZA ALCUN IMPEGNO UNA NOSTRA VISITA GRATUITA.**

Sono presenti i dottori: Bertani, Bertoldi, Bianchini, Olivi Mocenigo, Gozzi, Rivasi, Sala.

L'incontro ha inteso porre le premesse per un possibile programma di intervento della Commissione e quindi del Consiglio dell'Ordine sui temi della bioetica, visto l'estremo interesse ed attualità dell'argomento e vista anche la domanda di conoscenza e informazione che si percepisce tra i colleghi iscritti.

Al di là del possibile intervento della Commissione in risposta ai temi che l'attualità può di volta in volta proporre, ci si è posti il problema di come riuscire a dare una risposta al bisogno di crescita e di approfondimento in ambito bioetico che emerge dagli iscritti.

Dopo un articolato dibattito, che ha visto tutti i colleghi sostanzialmente d'accordo sul fatto che l'Ordine debba porsi come elemento propositivo e di stimolo e abbia tutte le carte in regola per farlo, perché ha una storia significativa e possiede al suo interno tutte le competenze necessarie per qualificarsi in questo senso, sono stati individuati alcuni strumenti ritenuti più idonei al fine proposto.

Tali strumenti sono: corsi di formazione, incontri di tipo seminariale, convegno tradizionale, utilizzo del Bollettino come strumento di formazione.

Nell'ambito di questi, si è posta particolare attenzione e interesse sull'utilizzo del Bollettino e sugli incontri a carattere seminariale, privilegiando però nella loro strutturazione una modalità diversa rispetto a quelle tradizionalmente in uso. Si è convenuto infatti, ritenendola modalità più snella e confacente alle finalità individuate, utilizzare una modalità formativa che preveda lo schema del "caso clinico", attorno al quale raccogliere e presentare interventi e riflessioni a più voci.

Ci si è pertanto impegnati ad individuare nel periodo estivo i temi da proporre con i rispettivi casi clinici.



**F. Sala**

*F. Sala  
Coordinatore della  
Commissione di Bioetica*

**Orario estivo degli uffici di segreteria dell'Ordine**

Dal **1 luglio al 31 agosto** gli uffici dell'Ordine sono aperti da lunedì a venerdì dalle **ore 10 alle ore 13**.

**Chiusura nelle giornate del 13 e 14 agosto.**



## LA PROPOSTA DEL COLLEGIO DEI DOCENTI PER OTTIMIZZARE L'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DEGLI ATENEI

### *Il nuovo piano di studio del Corso di laurea in odontoiatria e protesi dentaria e...*

**I**l prossimo anno accademico 2009 – 2010 vedrà l'attivazione del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria con ciclo di studi della durata di sei anni, in applicazione del Decreto 270 del 22 ottobre 2004. Il nuovo piano di studi, elaborato dalla Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, aumento l'impegno riservato al tirocinio clinico, al quale ogni studente deve attenersi anche come primo operatore. Il sesto anno sarà dedicato all'attività assistenziale, già iniziata anche nei precedenti anni, su simulatore, poi direttamente su paziente.

**Q**uesto obbligo formativo comporterà un'attività assistenziale della Struttura Universitaria, su cui insiste il corso di studio, adeguata per tipologia e per quantità di prestazioni erogate.

**È** chiaro che l'attenzione si sposterà ora anche alle nuove modalità di erogazione di prestazioni assistenziali odontoiatriche dalle cliniche universitarie.

**A**l momento, per tutte le strutture odontoiatriche che lavorano all'interno delle Aziende ospedaliero-universitarie, tutte le prestazioni assistenziali odontoiatriche vengono erogate in regime dei LEA (livelli essenziali di assistenza) che variano da regione a regione. In Emilia Romagna è in vigore dal

giugno 2008 la nuova Delibera 374, che ha ampliato il numero delle persone che hanno diritto alle cure odontoiatriche gratuite, estendendo le prestazioni per le persone con gravi disabilità psico – fisiche, ed innalzato il tetto di reddito ISEE che dà diritto all'accesso alle cure. Il programma è rivolto a persone che si trovano in particolari condizioni di "vulnerabilità sanitaria", cioè con patologie che determinano problemi di natura odontoiatrica, o di "vulnerabilità sociale", ossia a persone che si trovano in condizioni svantaggiate. Le cure odontoiatriche e protesiche in Emilia Romagna sono gratuite per le persone il cui reddito ISEE (che riguarda il reddito complessivo della famiglia e non del singolo) è inferiore a 8.000,00 euro e per chi è affetto da una serie di patologie che provocano problemi di natura odontoiatrica. Non esiste una linea comune tra le regioni, ma un'enorme variabilità per i servizi erogati.

**Il** Presidente del Collegio Nazionale dei Docenti di discipline odontostomatologiche e Chirurgia Maxillo Facciale, Elettra De Stefano Dorigo, sottolinea l'assoluta inadeguatezza del nomenclatore tariffario e dei relativi ticket, poiché fa sì che oggi nelle strutture pubbliche più si lavora, più si aumenta il deficit. Questo, paradossalmente, po-



**R. Gozzi**

trebbe portare, secondo la Prof. De Stefano Dorigo alla chiusura delle strutture con maggiori volumi di attività, non potendo contare su un forte impegno economico da parte delle regioni. Ciò vale anche per le cliniche odontoiatriche universitarie, nonostante la risorsa rappresentata dagli operatori non retribuiti iscritti ai vari corsi di formazione di laurea e post laurea. Ritiene ancora che, fatte salve le prestazioni gratuite previste dai LEA, risulta evidente la necessità di un primo intervento sui ticket ora versati in modo da garantire la copertura del costo, senza stravolgerne il significato.

**Lo** scenario, sottolinea la Prof. Dorigo, cambia ancora se vogliamo fare riferimento alle numerose prestazioni odontoiatriche non ricomprese nei LEA.

**Le** soluzioni? La libera professione divisionale può essere, secondo

gli universitari, la corrispondente risposta per le cliniche convenzionate, sempre per le prestazioni non previste dai LEA, ma ricomprese nel piano di studio e indispensabili per l'iter formativo. Si potrebbe, sempre secondo il Collegio dei Docenti, stipulare specifici accordi con le regioni per individuare un equilibrio ottimale che preveda la copertura dei costi per le prestazioni effettuate dagli studenti e la possibilità di un autofinanziamento a favore della struttura per le prestazioni erogate da

personale laureato, così da favorire gli investimenti tecnologici finalizzati anche alla ricerca e, consentirebbe, secondo loro, di reperire i fondi per i tutor di tirocinio che dovranno essere normati e inquadrati.

**A** mio parere comprendo che è molto vario il contesto in cui si trova a operare l'area odontoiatrica accademica e in generale l'odontoiatria pubblica e la sua forte valenza sociale. È indispensabile, per l'interesse di tutta l'area odontoiatrica e per la sua soprav-

vivenza, un confronto molto approfondito. L'odontoiatria in Italia è per stragrande percentuale libera professione e vista l'attuale crisi del settore la libera professione per vivere ha necessità di avere regole certe in libero mercato, con concorrenza leale nel rispetto del Codice Dentologico, senza nessun protezionismo e con pari opportunità. E queste regole devono essere seguite sia nelle strutture pubbliche che negli studi privati.

*R. Gozzi*



## Villa donna Isabella

Contrada Foggione  
73017 Sannicola (Lecce)  
Tel. 0833.233110 - Fax 0833.234266  
[www.villadonnaisabella.it](http://www.villadonnaisabella.it)  
[info@villadonnaisabella.it](mailto:info@villadonnaisabella.it)

Ai signori medici verrà applicato un sconto del 10%



Come medici abbiamo la fortuna di svolgere una delle professioni più stimolanti e potenzialmente gratificanti. Spesso, grazie al nostro intervento, (o a volte malgrado esso) il paziente guarisce, creando i presupposti per una profonda gratificazione nel curante. E' vero che la professione è divenuta burocratica, che i dirigenti politici delle Ausl non ci capiscono, che i pazienti sono ingrati e possono denunciarci; è però altrettanto vero che la ricerca medica, anche se svolta in un piccolo contesto, è intellettualmente stimolante che, nella considerazione sociale, il medico è benvenuto e che molti nostri pazienti ci sono grati.

**D**ovremmo essere tutti pimpanti e felici di svolgere un lavoro interessante, mediamente ben retribuito e che ogni giorno riserva delle novità.

**S**pesso purtroppo invece quando ci incontriamo fra colleghi scopriamo di essere dei "piagnoni", che sono sempre dietro a lamentarsi.

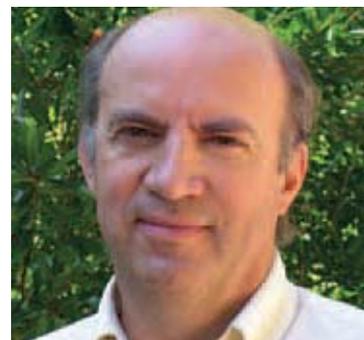
#### **Qual è la fonte di quella sottile insoddisfazione che notiamo nel collega o in noi stessi?**

Alcuni studiosi hanno coniato il termine di burn out (esaurirsi, spegnersi, scoppiare), che viene definito come "progressiva perdita di ideali, energia, propositi e scopi" (Edelwich, Chermis) ed è tipicamente stato individuato negli operatori che si occupano di attività sanitarie (Maslach). In particolare l'operatore sanitario, che solitamente inizia la sua attività spinto da motivazioni

etiche e sociali, nel tempo tende ad assumere un atteggiamento disincantato e disilluso. Accetta, cioè, di rinnegare le spinte emotive, il più delle volte inconsciamente legate ad elementi della sua vita infantile, che lo avevano portato a scegliere la professione. L'accettazione di una realtà vissuta come frustrante porta a concepire il rapporto col paziente come fonte di malessere. Il paziente, che all'inizio dell'attività forniva all'operatore sanitario gratificazione e spinte emotive per migliorarsi, diviene fonte di disconferme.

Per quanto riguarda la figura del medico si possono individuare tre meccanismi di risposta al burn out:

- accettazione di un ruolo delegato con delega ai colleghi. In questa situazione il medico, invece di valorizzare le proprie capacità, tende ad assumere un ruolo passivo. Anche quando potrebbe attuare un intervento lo delega ad un'altra struttura.
- relegare la propria attività di medico a un ruolo marginale. In questo caso il medico tende ad esercitare un'attività alternativa professionale o hobbistica lasciando all'attività di medico i ritagli di tempo e solamente una parte delle sue capacità di aggiornamento (es: il medico costruisce case o dipinge),
- assunzione di un ruolo burocratico amministrativo di smistamento delle richieste e effettuazione delle ricette. Il medico non assume più un ruolo attivo verso la patologia del paziente, ma lascia che



**L. Casolari**

sia il paziente stesso, coadiuvato da parenti, amici o altri medici a definire quali interventi attuare (es: il paziente chiede di fare un esame di cui ha sentito parlare in TV inerente, a suo giudizio, alla patologia. Il medico, passivamente, trascrive la richiesta).

La risultante di queste tre modalità di rispondere al burn out sarà una relazione medico paziente sempre più negativa, con emergere di tre aspetti che, in una escalation negativa, divengono sempre più forti e ridondanti:

- squalifica reciproca: si tratta di una situazione in cui il paziente tratta il medico, in relazione agli atteggiamenti del sanitario stesso, come un burocrate pas-sacarte con scarse capacità professionali. Si reca dal medico solo per le incombenze burocratiche quali ricettazione, certificati. Contestualmente il paziente lancia al medico in modo implicito il messaggio: "Mi faccio curare da un altro più competente di lei. Lei esegua solamente le indicazioni del collega di cui io ho fiducia". Spesso di fronte a questo atteggiamento



giamento il medico reagirà con una risposta di squalifica verso il paziente. Ad esempio trascriverà le ricette o le richieste di esami, commentandole però come inutili o addirittura dannose.

- **aggressività reciproca:** si tratta di una situazione in cui, di fronte alla scarsa presenza e attenzione del sanitario, il paziente reagirà con rabbia, aggredendo il medico verbalmente, denigrandolo di fronte ad altre persone e, in alcuni casi, arrivando a denunciarlo penalmente. A sua volta il sanitario tenderà a reagire con altrettanta aggressività, cercando di non farsi rintracciare (telefono sempre occupato), definendo il paziente come malato mentale o dandogli "cure da cavallo",
- **noia reciproca:** in questa situazione sia il paziente che il medico vivranno un rapporto di distanza e mancanza di relazione. Il medico non verrà contattato e lui, a sua volta, si dimenticherà di quel paziente.

### Esito del burn out

Quando i meccanismi sopra descritti avranno assunto un andamento pervasivo nella modalità di rapporto medico paziente e si protrarranno nel tempo, avverrà per il sanitario la perdita a livello cosciente della propria motivazione al lavoro come medico. Questa mancanza di voglia di fare il medico, che coscientemente il sanitario avverte, alcune volte cozzerà con le motivazioni inconscie che hanno portato alla scelta di quella

professione. Questi impulsi nascosti nell'intimo sono frutto, spesso, di esperienze infantili che si sono protratte nel tempo in cui il bambino ha fantasticato rispetto a un suo ruolo riparativo e restaurativo, rispetto alle sofferenze che avvertiva nelle persone care. Il confliggere fra le spinte inconscie e le contrarie motivazioni coscienti, frutto del burn out, può portare il sanitario stesso a vivere un malessere emotivo.

Le fasi di questa difficoltà sinteticamente vengono descritte nel seguente modo:

1. Fase dell'affaccendarsi: molto impegno, pochi risultati
2. Fase di distacco: riduzione attività, rivendicazioni verso colleghi o istituzioni, mobbing verso un particolare collega vissuto come causa di tutte le difficoltà,
3. Fase emotiva: stato ansioso, senso di delusione, emotività, reazioni psicosomatiche
4. Fase del coinvolgimento delle relazioni familiari e sociali

In alcune occasioni questo malessere sfocerà in veri e propri quadri clinici di somatizzazione o di depressione (Chermis).

### Come contrastare il burn-out?

Il primo elemento necessario è la presa di coscienza del fatto che il problema può determinarsi in noi. Spesso non è facile accettare l'idea di essere in uno stato di difficoltà e sofferenza. In molte occasioni il burn out si manifesta in modo nascosto e subdolo (noi psicoterapeuti diremmo inconscio) e non viene accettato

dal sanitario.

Le strategie elaborate da coloro che hanno studiato il fenomeno sono le seguenti:

1. sviluppo del lavoro in gruppo: ampie libertà individuali ma sin-tonie su temi specifici con colleghi sia negli ambulatori sul territorio che in ospedale
2. medicina di iniziativa: invece che rimanere ad attendere che il malato ci arrivi predisporre strategie e protocolli per affrontare determinate patologie, eventualmente puntare sulla prevenzione
3. formazione continua: non passivamente accettata per "fare punti", ma richiesta su temi specifici stimolanti
4. dimensione politico sindacale: non ultimo riuscire a incidere sulle scelte strategiche della sanità e determinare un miglioramento della remunerazione.

### E' possibile prevenire il burn out?

Il gruppo di discussione fra colleghi è certamente il modello più studiato e sicuramente efficace. In particolare il modello introdotto da Balint e che prende da lui il nome prevede un gruppo di circa 10 colleghi che si trovano a discutere dei casi clinici e delle situazioni più complesse. Senza avere la velleità di risolvere il problema, in questo contesto opera il gruppo pensante che affianca il diretto interessato, impedendo che si senta solo di fronte alla sofferenza.

*L. Casolari*

*Medico psicoterapeuta*



**I Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), riunito a**

Terni il 13 giugno 2009, in relazione al vasto dibattito sviluppatosi sul tema delle "Dichiarazioni Anticipate di Trattamento" (DAT) che direttamente e profondamente coinvolge l'autonomia e la responsabilità della pratica medica, ribadisce anche in questa materia il proprio ruolo di guida e di indirizzo sulla base dei principi che ispirano il Codice di Deontologia Medica quale espressione sintetica e condivisa delle tante sensibilità e culture che animano e che sono la ricchezza etica e civile della nostra professione.

Ribadisce altresì che questi principi, in un'epoca di profonde trasformazioni sociali, di molteplici presenze di etnie, religioni e culture che diversificano le comunità in tante orgogliose identità, in un mondo sempre più unificato dalla tecnica, rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per la riaffermazione dei valori etici della solidarietà umana.

Principi etici che assumono particolare significato nei momenti in cui ogni essere umano, dinnanzi alla malattia ed alla morte, diventa più fragile e pone domande ardue e personali a sé stesso ed a quanti portano l'onere della sua cura.

Ai medici, pertanto, spetta il difficile compito di trovare, all'interno dei suddetti principi, il filo del loro agire posto a garanzia della dignità e della libertà del paziente, delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica, del sollievo dalla sofferenza e della sua vita in una relazione di cura costantemente tesa a realizzare un rapporto paritario ed

equo, capace cioè di ascoltare ed offrire risposte diverse a domande diverse.

Il Codice di Deontologia Medica, nel complesso delle sue norme generali e specifiche, traccia questo percorso finalizzato a trasformare la relazione fra medico e persona assistita in un'alleanza terapeutica quale espressione alta e compiuta di pari libertà e dignità di diritti e doveri, pur nel rispetto dei diversi ruoli.

L'autonomia decisionale del cittadino, che si esprime nel consenso/dissenso informato, è l'elemento fondante di questa alleanza terapeutica, al pari dell'autonomia e della responsabilità del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo equilibrio, alla tutela e al rispetto della libertà di scelta della persona assistita deve corrispondere la tutela ed il rispetto della libertà di scelta del medico, in ragione della sua scienza e coscienza.

Lo straordinario incontro, ogni volta unico e irripetibile, di libertà e responsabilità non ha dunque per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l'autentico e moderno ruolo del medico nell'esercizio delle sue funzioni di garanzia.

In questo nucleo forte di relazioni etiche, civili e tecnico-professionali il soggetto di cura e il curante, è ciascuno "auto-re" di scelte, ovvero entrambi esprimono l'autonomia e la responsabilità che caratterizza ogni alleanza terapeutica e che in tal senso compiutamente rappresenta il luogo, il tempo e lo strumento per dare forza, autorevolezza e legittimazione a chi decide e a quanto si decide.

Ogni alleanza terapeutica, nella sua intimità ed unicità, assume straordinario significato nelle decisioni e nei comportamenti che riguardano le relazioni di cura che affrontano condizioni a prognosi infausta in fase terminale e/o caratterizzate da una perdita irreversibile della coscienza.

La professione medica coniuga quindi i suoi saperi e le sue competenze con i grandi principi che guidano, sotto il profilo deontologico, il moderno esercizio professionale:

- **il principio di giustizia** che vieta al medico di discriminare i pazienti per condizione fisica e/o psichica e per ragioni sociali, economiche, etniche e religiose;
- **il principio di beneficenza e non maleficenza** che sancisce l'obbligo inderogabile in capo ad ogni medico di garantire la salute e la vita del proprio paziente nel rispetto dei suoi valori di riferimento, degli aspetti propri della persona e vissuti nella sua personale esperienza;
- **il principio dell'autodeterminazione** del paziente che riconosce alla volontà informata e consapevole del singolo paziente capace, il diritto di scegliere o non scegliere se attuare o sospendere i trattamenti diagnostico-terapeutici.

Il Consiglio Nazionale ritiene inoltre che vada data pari dignità e rilevanza al **principio di autonomia e responsabilità del medico** che può dunque sottrarsi a quella relazione di cura di cui non condivide le prospettive tecnico-professionali in ragione di scienza e/o quelle etiche.

Questo richiamo ad un pieno riconoscimento della libertà di scienza e coscienza del medico, non ha come obiettivo la restau-



razione di surrettizie forme di neopaternalismo, ma si propone responsabilmente come tutela dell'autonomia del cittadino, laddove la crescente complessità della moderna medicina, a fronte di straordinarie prospettive di diagnosi e cura, sempre più spesso accende dilemmi tecnici ed etici che scuotono le certezze e le coscienze dei singoli medici e dei loro pazienti e lacerano il comune sentire etico e civile delle comunità.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che la libertà di scienza e coscienza del medico deve responsabilmente collocarsi all'interno dei seguenti confini: sul piano tecnico professionale deve riferirsi alle migliori pratiche clinico-assistenziali basate sulle prove di efficacia, sicurezza ed appropriatezza di cui ogni medico porta responsabilità non delegabile,

- sul piano civile deve promuovere e trasferire nella relazione di cura il rispetto di tutti i diritti individuali protetti dalla nostra Costituzione,
- sul piano etico deve rispettare le norme del Codice Deontologico che si rifanno ai grandi principi sanciti da varie autorevoli fonti che hanno segnato la storia, della nostra deontologia, dal Codice di Norimberga alla Dichiarazione di Oviedo.

A tale riguardo il Consiglio Nazionale ribadisce che secondo il Codice Deontologico il principio dell'obbligo di garanzia (**beneficialità - non maleficità**) viene infranto quando il medico, intenzionalmente e con mezzi idonei, opera per la fine della vita anche se ciò è richiesto dal paziente (eutanasia) o insiste in trattamenti futili

e sproporzionati dai quali cioè fondatamente non ci si può attendere un miglioramento della malattia o della qualità di vita (**accanimento diagnostico-terapeutico**).

Il Medico lede altresì il principio di giustizia se trascura di offrire un progetto di cura efficace e proporzionato al miglioramento della malattia o della qualità di vita al paziente terminale o incapace o comunque fragile (abbandono terapeutico) e viola il principio di autonomia del cittadino se insiste nell'intraprendere o nel perseverare in trattamenti rifiutati dal paziente capace ed informato.

La persona incapace a manifestare le proprie volontà sulla sua malattia e sulla qualità della sua vita è doppiamente fragile e la sua solitudine ad esprimersi fa più grande quella del medico che deve comunque decidere.

D'altra parte lo straordinario sviluppo delle procedure e delle tecniche di mantenimento delle funzioni vitali nelle fasi avanzate di malattie cronico degenerative (neoplastiche, metaboliche, autoimmuni, vascolari etc.) o di recupero delle stesse in condizioni di emergenza (arresti cardiaci, accidenti cerebrovascolari devastanti, grandi traumi cranici, etc.) e poi sostenute per un tempo indefinito, determina in numero sempre più consistente una tipologia di pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale sui trattamenti diagnostico-terapeutici compresi quelli idonei a supportare nel tempo la condizione di totale ed irreversibile perdita di coscienza di sé ed assoluta incapacità di relazione con l'ambiente.

Le Dichiarazioni Anticipate di Trat-

tamento (DAT) intervengono in queste condizioni quale espressione particolare ed eccezionale del consenso del paziente che, informato, consapevole e quindi al momento capace, dichiara i suoi orientamenti sui trattamenti ai quali desideri o non desideri essere sottoposto nell'eventuale sopravvenire di una condizione irreversibile di incapacità di esprimere le proprie volontà.

Principio che è saldamente presente nel Codice di Deontologia Medica fin dalla revisione del 1998 e confermato successivamente nel 2006 (art. 35 ...Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente. art.38 ... Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere le proprie volontà, deve tener conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato) delineando quell'opportuno bilanciamento tra diritto all'autonomia del cittadino e obbligo di garanzia proprio del medico.

Per il Codice Deontologico questi due principi non sono infatti ontologicamente conflittuali laddove, soprattutto nelle circostanze più difficili, le funzioni di garanzia del medico devono, tra l'altro, supportare e motivare le scelte del paziente, così come la volontà del paziente deve illuminare ed orientare le funzioni di garanzia del medico.

In relazione al processo legislativo riguardante il progetto di legge concernente "Disposizioni in



materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento” approvato in prima lettura al Senato, la FNOMCeO, a seguito di approfondito dibattito con le Società Medico-Scientifiche e con le Associazioni di tutela dei pazienti e dei consumatori, ritiene che la compiuta funzione di garanzia del medico verso i pazienti incapaci di esprimere una volontà attuale e le loro scelte rende pressante la necessità di ridefinire nuovi profili di cura e di avvicinare a questa responsabilità tecnico professionale la presa in carico globale di queste fragilità che va oltre l’impegno dei soli medici. Sul piano generale, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene necessario così definire le seguenti questioni:

1. L’alleanza terapeutica deve avvalorarsi di un investimento formativo tale da garantire l’efficacia e l’appropriatezza della comunicazione.

2. Per i pazienti con bisogni assistenziali così impegnativi e complessi vanno previsti programmi osservazionali sugli esiti dei trattamenti in termini di sollievo dalle sofferenze e qualità della vita.

3. La ricerca, sia in campo diagnostico che terapeutico, per migliorare le evidenze scientifiche già oggi disponibili e per sviluppare altresì la cultura e la pratica della palliazione sia negli ambiti tradizionali delle malattie neoplastiche terminali sia in quelli nuovi ed altrettanto impegnativi delle malattie cronico degenerative avanzate caratterizzate da compromissione

o perdita irreversibile dello stato di coscienza.

4. Il sistema sanitario nazionale efficace ed accessibile di servizi che garantiscano Livelli Essenziali di prestazioni sanitarie ed assistenziali, idonee a rendere accessibile per questi pazienti e le loro famiglie il diritto ad un’esistenza rispettosa della dignità delle persone che sono curate e di quelle che si prendono cura. 5. Gli stati vegetativi, inquadrati come stati vegetativi, la comunità scientifica deve consolidare le evidenze relativamente agli aspetti preventivi, diagnostici, terapeutici e prognostici attraverso l’elaborazione di specifiche linee-guida, la valutazione degli esiti dei trattamenti riabilitativi, di nutrizione artificiale e di altri eventuali trattamenti di supporto vitale, di prevenzione e gestione delle complicanze (infezioni, embolie, trombosi, etc.) anche al fine di costruire un apposito Registro Osservazionale.

In riferimento ad alcune controversie e più specifiche questioni connesse alle DAT, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene che le seguenti considerazioni possano aiutare la ripresa di un confronto sereno nel Parlamento e nel paese in grado di offrire soluzioni alte e condivise.

1. Le disposizioni del Codice di Deontologia Medica abbiano forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e legittimare le decisioni assunte in una alleanza terapeutica ma il conflitto tra competenze legislative e competenze giudiziarie che ha fatto terminare una forte accelerazione del processo legislativo in materia

di dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) al fine di definirne gli ambiti di efficacia.

2. Il legislatore dovrà intervenire formulando un “diritto mite” che si limiti cioè a definire la cornice di legittimità giuridica sulla base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l’autonomia del paziente e quella del medico prefigurando tipologie di trattamenti disponibili e non disponibili nella relazione di cura. Ognuna di queste, unica e irripetibile contiene tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico professionali per legittimare e garantire la scelta, giusta, nell’interesse esclusivo del paziente e rispettosa delle sue volontà. L’autonomia e la responsabilità del medico, sono a garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti sono accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza, solidarietà. Tali dichiarazioni vanno espresse in forma scritta, sottoscritta e datata, conseguente ad una informazione medica di cui resta idonea documentazione.

3. Le condizioni nelle quali queste assumono il valore giuridico ed etico di espressione di una volontà “capace”, ovvero se riferita solo agli stati vegetativi o se anche a tutti gli altri stati patologici che si manifestano nel corso di malattie cronico degenerative caratterizzati da una perdita irreversibile della coscienza di sé e dell’ambiente configuranti quindi un’incapacità ad esprimere volontà attuali.

4. Le scelte libere e consapevoli che possono essere in ogni momento revocate o aggiornate e non devono



contenere richieste di atti eutanasi o riconducibili a forme di trattamenti futili e sproporzionati (accanimento terapeutico).

... non attualizzate prevedendone una scadenza temporale di validità al termine del quale possono essere rinnovate.

... non contestualizzate sotto il profilo tecnico-professionale non allo scopo di eludere le specifiche volontà del paziente ma al fine di verificare la sussistenza o meno delle condizioni cliniche e delle valutazioni tecniche che le hanno informate.

... anticipate si ritiene opportuno che nelle particolari situazioni cliniche, inquadrare come stati vegetativi, le condizioni di irreversibilità del danno neurologico siano indagate, valutate e certificate secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili da trasferire in analitici e rigorosi protocolli diagnostici e prognostici, unici a livello nazionale.

... notevole letteratura scientifica, la nutrizione artificiale è trattamento assicurato da competenze mediche e sanitarie, in grado di modificare la storia naturale della malattia, calibrato su specifici problemi clinici mediante la prescrizione di nutrien-

ti, farmacologicamente preparati e somministrati attraverso procedure artificiali, sottoposti a rigoroso controllo sanitario ed infine richiedente il consenso informato del paziente in ragione dei rischi connessi alla sua predisposizione e mantenimento nel tempo. La sua capacità di sostenere funzioni vitali, temporaneamente o definitivamente compromesse, ne motiva l'impiego, in ogni progetto di cura appropriato, efficace e proporzionato, compresi quelli esclusivamente finalizzati ad alleviare le sofferenze. In queste circostanze, le finalità tecniche ed etiche che ne legittimano l'utilizzo definiscono anche i suoi limiti, sui quali può intervenire la scelta informata e consapevole, attuale o dichiarata anticipatamente del paziente e la libertà di scienza e coscienza del medico. ... figura del "Delegato/Fiduciario", richiede una puntuale definizione del suo ruolo che si auspica sia di vigilanza sulle applicazioni delle dichiarazioni anticipate, esercitando una funzione di cooperazione con il medico curante al fine di evitare conflitti tra le due funzioni di tutela dovendo entrambi perseguire il migliore interesse del paziente.

... il personale sanitario il diritto all'obiezione di scienza e coscienza

rispetto ai contenuti delle dichiarazioni anticipate ciò in forza di quanto già previsto in altri contesti dall'ordinamento giuridico e dallo stesso Codice di Deontologia Medica. Ovviamente per il medico obiettore rimangono gli obblighi deontologici di continuare la sua assistenza fino a quando un altro collega, in un'altra relazione di cura, assumerà quelle volontà.

... definire gli ambiti di efficacia giuridica del consenso informato, deve altresì chiaramente prevedere che gli atti commessi o omessi dai medici e dai sanitari in osservanza delle volontà giuridicamente valide, escluse quelle eutanasiche o di assistenza al suicidio, li esonerano da qualsivoglia responsabilità civile e penale.

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ritiene infine indispensabile l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sui comportamenti e le scelte di fine vita, implementando e diffondendo sul territorio la cultura della cure di fine vita e gli strumenti affidabili e confidenziali di rilevazione dei fenomeni anche attraverso campagne di informazione del pubblico e formazione del personale, in particolare finalizzate a chiarire gli scopi, i limiti etici e giuridici delle dichiarazioni anticipate.



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

**A cura di G. Abbati e M. Bianchini**

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

### Breast Cancer after Use of Estrogen plus Progestin in Postmenopausal Women

**Q**uesto articolo recentemente pubblicato su **NEJM**, rappresenta un importante aggiornamento del Gruppo americano di Studio sulla salute Femminile (WHI, Woman Health Initiative) in relazione alla terapia ormonale sostitutiva postmenopausale. Già nel 2002, sulla rivista **JAMA** 2002;288(3):321-333 (doi:10.1001/jama.288.3.321), erano stati presentati i risultati dello studio randomizzato controllato sui rischi-benefici della terapia ormonale sostitutiva con estroprogestinici in un campione di più di 16.000 donne americane. I dati ottenuti evidenziavano come vi fossero eccessivi rischi rispetto ai benefici della terapia, in particolare legati all'aumentata probabilità di sviluppare cancro mammario. Tale pubblicazione aveva scatenato una ondata inevitabile di polemiche e successivamente venivano pubblicati lavori da altri gruppi che mostravano dati controversi sul reale effetto causale di tale terapia sul cancro della mammella.

L'articolo presentato ha l'obiettivo di confrontare l'incidenza di nuove diagnosi di cancro alla mammella

nei due gruppi di pazienti (trattati e controlli) oggetto dello studio randomizzato controllato pubblicato nel 2002 dopo il termine dello studio stesso, e dunque dopo la sospensione della terapia estroprogestinica. Nello stesso lavoro viene anche considerata una seconda e diversa popolazione di 41449 donne che facevano parte di un altro studio osservazionale sulla terapia estroprogestinica iniziato nel 1994. I dati ottenuti dal braccio dello studio che analizzava i casi randomizzati-controllati sono raccolti da due coorti omogenee e mostrano come vi sia un incremento significativo dell'incidenza di cancro alla mammella proporzionalmente alla durata di esposizione al farmaco e del rapido decremento dopo la sospensione della terapia. La forte significatività di questa parte del lavoro è garantita dall'ampia casistica e dall'indagine dettagliata riguardo a fattori di rischio, frequenza delle mammografie, e schemi terapeutici che manca in gran parte degli altri articoli pubblicati in merito. La seconda popolazione che appartiene allo studio osservazionale, oltre ad essere più



**M. Bianchini**

ampia è più rappresentativa della popolazione generale e riflette la storia dell' utilizzo di estroprogestinici dopo con un sensibile decremento, appunto il 2002. Anche in questa coorte si verifica un significativo decremento dell'incidenza di cancro alla mammella dopo la sospensione della terapia.

Il risultato di questo lavoro dipinge in maniera precisa il quadro articolato delle interazioni tra terapia estroprogestinici e cancro della mammella durante la terapia e dopo la sua sospensione. Non rimangono pertanto dubbi sull'eccesso di rischi rispetto ai benefici nell'utilizzo di tale terapia sul versante dello sviluppo di cancro alla mammella.

**M. Bianchini**

*Gli articoli nella loro versione integrale e relativi grafici illustrativi sono consultabile sul sito [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it) sezione Bollettino*

## SENTENZA DELLA CASSAZIONE SUGLI SPECIALIZZANDI. CONFERMATA LA PRESCRIZIONE DI CINQUE ANNI A DECORRERE DAL 1991

Il nostro legale, Avv.to Giorgio Fregni, ci trasmette la sentenza n.12814 del 3 giugno 2009 della Cassazione nella quale la Suprema Corte stabilisce nell'anno 1991 il termine dal quale decorre la prescrizione di cinque anni per quanti hanno ritenuto o ritengono di agire in giudizio per il riconoscimento del loro diritto a percepire il compenso dovuto nelle scuole di specializzazione. Pubblichiamo il testo integrale della sentenza.

*Comitato redazione Bollettino*

## RISARCIMENTO DA RITARDATA ATTUAZIONE DI FONTE COMUNITARIA: LA PRESCRIZIONE DECORRE DALLA TRASPOSIZIONE DELLA DIRETTIVA

(Sezione lavoro, sentenza n. 12814/09; depositata il 3 giugno) Cassazione - Sezione lavoro sentenza 25 marzo - 3 giugno 2009, n. 12814  
Presidente De Luca  
Relatore Di Nubila  
Ricorrente D'Abate e altri  
Svolgimento del processo

**1.** I ricorrenti indicati in epigrafe adivano il Tribunale di Campobasso nei confronti dei Ministeri della Sanità, dell'Università e del Tesoro, esponendo di avere frequentato le scuole di specializzazione di medicina senza percepire alcun compenso. Poiché le Direttive della Comunità Europea, le quali prevedevano un compenso in favore dei medici specializzandi, erano state trasposte in ritardo nell'ordinamento italiano (Decreto Legislativo n. 257.1991) essi chiedevano il risarcimento del danno da ritardata attuazione della fonte comunitaria tra il 1983 e il 1991; danno che consisteva nella mancata remunerazione del lavoro svolto e nella perdita di "chances".

**2.** Si costituivano i Ministeri convenuti e proponevano una serie di eccezioni di rito e di merito, tra le quali la prescrizione del diritto azionato. Il Tribunale respingeva la domanda attrice motivando nel senso che la specializzazione in medicina legale e delle assicurazioni non era prevista dalle direttive; che gli attori non avevano provato le modalità di svolgimento della specializzazione,

modalità le quali dovevano corrispondere a quelle indicate nelle direttive; che in ogni caso il diritto al risarcimento del danno era prescritto (prescrizione quinquennale decorrente dall'emanazione del Decreto Legislativo n. 257.1991 sopra citato).

**3.** Proponevano appello gli attori. La Corte di Appello di Campobasso confermava la sentenza di primo grado, a motivo della assorbente considerazione circa l'avvenuto decorso della prescrizione.

**4.** Hanno proposto ricorso per Cassazione gli attori, deducendo quattro motivi. Resistono con controrricorso i tre Ministeri convenuti.

Motivi della decisione

**5.** Col primo motivo del ricorso, i ricorrenti deducono violazione e falsa applicazione, a sensi dell'art. 360 n. 3 CPC., "dei principi dettati dalle direttive Europee e del principio della preminenza del diritto comunitario sul diritto interno"; nonché "contraddittoria motivazione in ordine alla riferita giurisprudenza europea": la sentenza di appello fa decorrere la prescrizione dall'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 257.1991, laddove la prescrizione dovrebbe decorrere dalla sentenza della Corte di Giustizia della Comunità Europea in data 3.10.2000, la quale ha dichiarato "incondizionato" l'obbligo dello Stato Italiano di trasporre la Direttiva Comunitaria; solo a partire da tale sentenza gli attori erano in grado di esercitare il proprio diritto. Anzi, solo con le

sentenze Gozza e Carbonari i ricorrenti hanno avuto esatta percezione dell'illecito perpetrato in loro danno.

In ogni caso, il perdurante inadempimento dello stato italiano per una attuazione retroattiva e completa delle direttive in argomento configura un "illecito permanente", ragion per cui la prescrizione potrebbe iniziare a decorrere dalla cessazione della permanenza. La Corte di Giustizia della Comunità Europea ha affermato l'esistenza di un obbligo incondizionato e sufficientemente preciso di retribuire la formazione del medico specializzando ed una applicazione retroattiva delle norme nazionali di attuazione costituisce un adeguato risarcimento del danno.

**6.** Con il secondo motivo del ricorso, i ricorrenti deducono violazione e falsa applicazione, a sensi dell'art. 360 n. 3 CPC., degli artt. 2935 e 2947 Codice Civile, sotto il profilo che la prescrizione decorre soltanto dal giorno in cui il diritto può essere fatto valere, vale a dire quando la fonte attributiva del diritto ha assunto una portata sufficientemente concreta e certa.

**7.** Col terzo motivo del ricorso, i ricorrenti deducono omessa motivazione circa la giurisprudenza Europea e contraddittoria motivazione in ordine alla riferita sentenza "Emmot": prima di tale sentenza non era certo che le Direttive da trasporre fossero sufficientemente precise ed incondizionate.

**8.** Col quarto motivo del ricorso, i ricorrenti deducono violazione e falsa applicazione, a sensi dell'art. 360 n. 3 CPC., degli artt. 6 del Decreto Legislativo n. 368.1999, del D. M. 31.1.1998 e dei principi affermati nella sentenza della Corte di Cassazione n. 7630.2003: trattasi dell'equiparazione del corso di specializzazione in medicina legale, non espressamente previsto dalle direttive, alla specializzazione in medicina del lavoro e delle assicurazioni.

**9.** I primi tre motivi possono essere trattati congiuntamente, in quanto tra loro strettamente connessi. Essi risultano infondati e vanno rigettati, con conseguente assorbimento del quarto motivo.

**10.** È noto che la Comunità Europea, con Direttive n. 75.363, 75.362, 82.76 prevede l'obbligo degli stati membri di retribuire adeguatamente i medici i quali frequentavano le scuole di specializzazione, in relazione alle discipline comuni agli stati stessi o equiparate. Con sentenza in 3.10.2000 in causa 371.1997 "gozza", la Corte di Giustizia della Comunità Europea ha ritenuto che tale obbligo è incondizionato e sufficientemente preciso, ma il giudice nazionale non è in grado di identificare il debitore tenuto alla prestazione né di individuare l'importo adeguato della remunerazione. Ne consegue che l'avente diritto può soltanto chiedere il risarcimento del danno. Una volta trasportata (in ritardo) la Direttiva, la sentenza "carbonari" in data 25.2.1999 - procedimento 131.1997 - ha ritenuto che una applicazione reattiva e completa delle misure di attuazione può costituire un adeguato risarcimento del danno, valutazione peraltro rimessa al giudice nazionale. Ne deriva che le citate direttive non sono immediatamente applicabili nell'ordinamento interno perché manca la specificità della prestazione richiesta; in relazione ad esse è esercitabile unicamente l'azione di

risarcimento del danno aquiliano e l'illecito consiste nell'omessa o ritardata attuazione della direttiva.

**11.** Trattandosi di azione di risarcimento del danno, la prescrizione è quinquennale ed inizia a decorrere dal momento in cui il diritto può essere fatto valere. Tale momento non coincide con l'emanazione della direttiva, se la stessa non è immediatamente applicabile; né con il termine assegnato agli stati per la trasposizione della fonte comunitaria nel diritto interno, perché anche a quel momento il soggetto privato non è in condizioni di conoscere quale sia il contenuto del diritto che gli viene negato e l'ammontare del relativo risarcimento. Può invece individuarsi nel momento in cui entra in vigore la normativa di attuazione interna della direttiva Europea: è questo il momento in cui il soggetto può far valere il diritto al risarcimento del danno, perché è in quel contesto che egli viene a conoscere il contenuto del diritto attribuito ed i limiti temporali della corresponsione. In altri termini, posto che con il Decreto Legislativo n. 257.1991 il soggetto è in grado di conoscere l'ammontare dei compensi stabiliti, il soggetto tenuto ad erogarli e la non reattività della corresponsione, a quel momento è in grado di esercitare il diritto al risarcimento del danno. Si veda al riguardo Corte di Giustizia della Comunità Europea 25.7.1991 "Emmot": finché una direttiva non è stata correttamente trasposta, non è ipotizzabile alcuna possibilità per i privati di avere piena conoscenza dei loro diritti; tale incertezza perdura anche se nel frattempo la Corte di Giustizia della Comunità Europea dichiara inadempiente lo stato membro; fino al momento della trasposizione della direttiva lo stato non può opporre alcuna eccezione di tardività ed "un termine di ricorso di diritto nazionale può cominciare a

decorrere solo da tale momento":

**12.** Sulla inapplicabilità immediata delle direttive Comunità Europea 362.75 e 82.76 vedi da ultimo in senso conforme a quello qui condiviso Cass. 18.6.2008 n. 16507.

Sull'ammissibilità dell'eccezione di prescrizione vedi Cass. 11.3.2008 n. 6427.

**13.** Obiettano i ricorrenti che anche dopo la trasposizione delle ripetute direttive nell'ordinamento italiano, essi erano in grado di percepire il contenuto del diritto al risarcimento del danno da azionare, finché non sono state emesse le sentenze della Corte di Giustizia della Comunità Europea le quali hanno fatto il punto circa l'operatività delle direttive ed i relativi limiti. Vale la pena di osservare al riguardo che una volta trasposta la direttiva nell'ordinamento interno il privato è in grado di esercitare l'azione risarcitoria, perché in quel momento è precisato il contenuto economico ovvero l'ammontare della retribuzione annuale ed è esclusa la retroattività, per cui gli anni pregressi rimangono al di fuori dell'attuazione della direttiva. Non a caso la citata sentenza "Emmot" fa decorrere la prescrizione (o meglio l'eccezione di tardività dell'azione) dalla data di esatta trasposizione della direttiva nell'ordinamento interno. Nel caso in esame, la trasposizione è avvenuta nel 1991 e l'azione giudiziaria è iniziata nel 2001, quando i cinque anni erano decorsi, come accertato dal giudice di merito.

**14.** Il ricorso, per i suesposti motivi, deve essere rigettato. Giusti motivi, in relazione all'opinabilità della materia del contendere ed al comportamento processuale delle parti, consigliano la compensazione integrale delle spese del giudizio di cassazione.

P.M.Q.

La Corte Suprema di Cassazione rigetta il ricorso e compensa le spese del giudizio di legittimità.

## COMITATO ETICO PROVINCIALE di MODENA RELAZIONE ATTIVITA' ANNO 2008

### 1. ATTIVITA' RELATIVA AI PROTOCOLLI DI RICERCA CLINICA

A partire da gennaio 2008 fino a dicembre 2008, il Comitato Etico Provinciale di Modena ha valutato **213** sperimentazioni, così ripartite per Enti di appartenenza:

Azienda Ospedaliera	<b>103</b> (compresi 8 usi allargati)
Università	<b>41</b>
Azienda USL	<b>55</b>
Ospedale di Sassuolo S.p.A.	<b>7</b>
Altre strutture sanitarie private accreditate per cui il CE di Modena rappresenta il Comitato Etico di riferimento (Hesperia Hospital e Villa Pineta)	<b>7</b>

Tab. 1

Gli studi sponsorizzati sono stati **99 (46.5%)** quelli non sponsorizzati **114 (53.5%)**.

ANNO	SPONSOR	%	NO SPONSOR	%
2001	66	65.3	35	34.7
2002	72	59.5	49	40.5
2003	146	66.4	74	33.6
2004	128	67.4	62	32.6
2005	118	58.1	85	41.9
2006	105	55.3	85	44.7
2007	115	52.5	104	47.5
<b>2008</b>	<b>99</b>	<b>46.5</b>	<b>114*</b>	<b>53.5</b>

(Gli Usi Allargati sono conteggiati tra i no sponsor in quanto esonerati dal pagamento degli oneri amministrativi)

Tab. 2

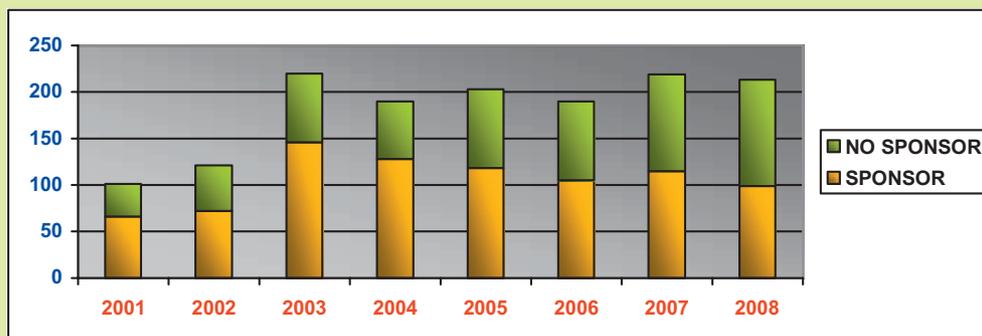


Fig. 1: Confronto studi SPONSORIZZATI e NON SPONSORIZZATI dal 2001 al 2008

Se si confrontano i dati in percentuale, risulta maggiormente chiaro l'andamento degli studi sponsorizzati rispetto a quelli non sponsorizzati: nel corso degli anni si è verificato un lieve ma progressivo incremento degli studi no-sponsor.

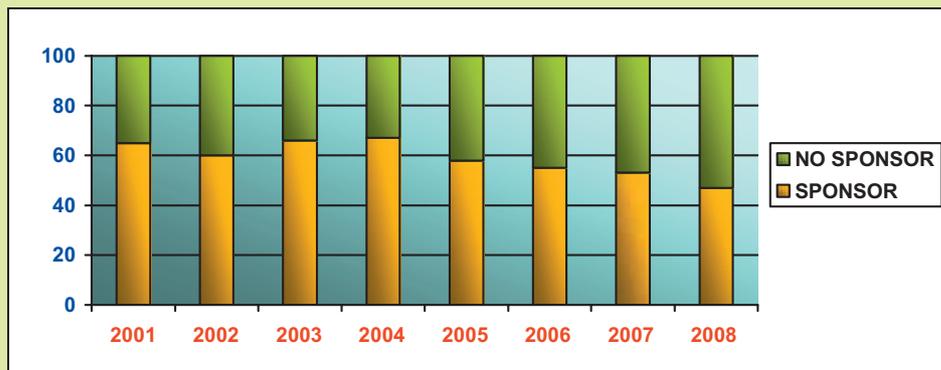


Fig. 2: Confronto studi SPONSORIZZATI e NON SPONSORIZZATI dal 2001 al 2008  
- Dati in percentuale-

Per quanto riguarda gli studi non sponsorizzati occorre sottolineare che, nella tabella 2 e nelle figure 1 e 2, sono stati conteggiate tutte le tipologie di studi per cui è previsto l'esonero del pagamento degli oneri amministrativi del Comitato Etico.

Dall'analisi degli studi 2008 si rileva che per 25 studi (23,6%) il proponente risulta essere un ente istituzionale, mentre 32 studi (30,2%) risultano promossi da "Altri", come ad esempio fondazioni, centri studi o società private. Rimane elevato il numero di studi spontanei (49 studi, pari al 46,2%), proposti cioè direttamente dalle Unità Operative..

		PROMOTORI NO-PROFIT							TOT
		Regione Emilia-Romagna	AIFA	ISS	Università	Comunità Europea	U.O.	ALTRO	
TIPOLOGIE STUDI	STUDI SPERIMENTALI con farmaci	1	8	1	0	0	14	22	46
	STUDI OSSERVAZIONALI	6	2	1	2	1	26	9	47
	STUDI DISPOSITIVI MEDICI	1	0	0	0	0	5	0	6
	STUDI SPERIMENTALI senza farmaci	2	0	0	0	0	0	1	3
	STUDI GENETICA	0	0	0	0	0	4	0	4
<b>TOTALE</b>		<b>10</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>49</b>	<b>32</b>	<b>106</b>

(non sono stati considerati gli 8 Usi Allargati)

Tab. 3

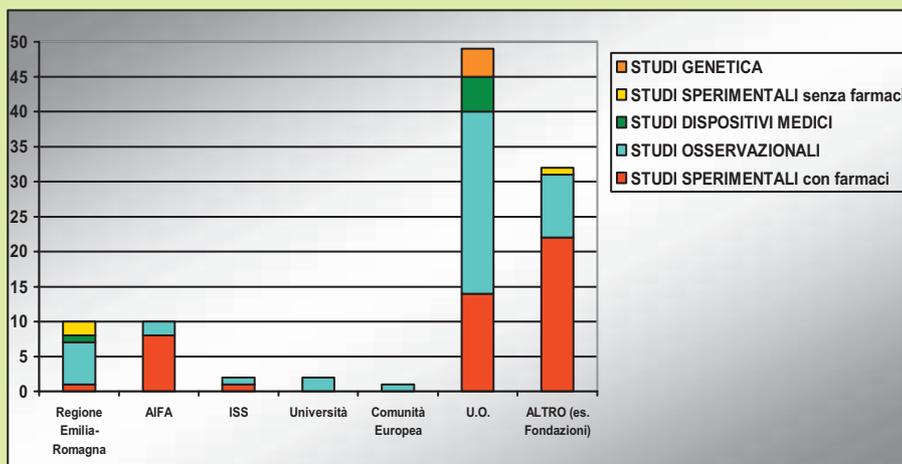


Fig. 4: suddivisione studi no-sponsor per ente promotore e per tipologia di studio

La maggior parte delle sperimentazioni è rappresentata da studi clinici con farmaci, che hanno costituito il 56.1% di tutti i protocolli presentati, ma sono stati valutati anche numerosi studi osservazionali (29.7%).

TIPOLOGIA PROTOCOLLI PRESENTATI nel 2008	N°	%
STUDI SPERIMENTALI con farmaci	119	56,1%
STUDI OSSERVAZIONALI	63	29,7%
STUDI DISPOSITIVI MEDICI	15	7,1%
STUDI SPERIMENTALI senza farmaci	4	1,9%
STUDI GENETICA	4	1,4%
ACCESSI ALLARGATI	8	3,8%
<b>TOTALE</b>	<b>213</b>	<b>100%</b>

Tab.4

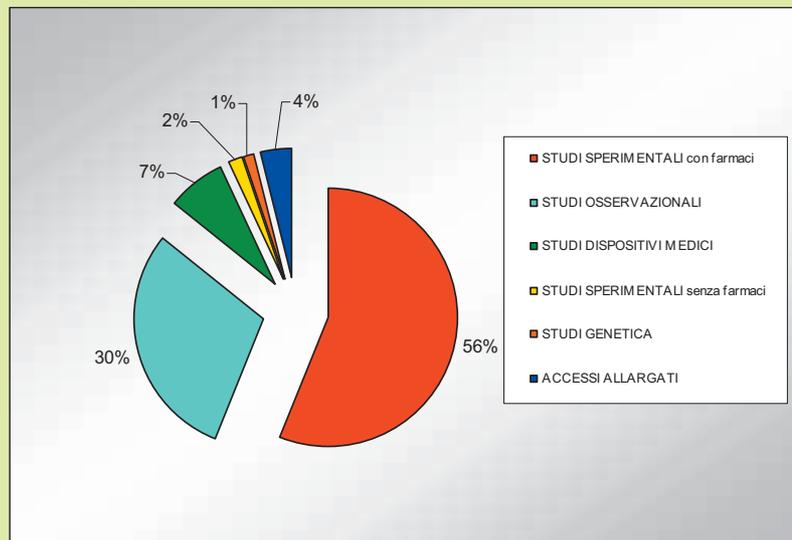


Fig. 5: Tipologie protocolli esaminati

In ottemperanza a D.M n. 211 del 24/06/03 il Comitato Etico ha rilasciato **14 Pareri Unici**, quindi rispetto ai **119 protocolli sperimentali con farmaci** Modena è stato Centro Coordinatore per il 12,60 % degli studi.

Nel corso del 2008 non sono stati rilasciati Pareri Unici relativi a studi osservazionali prospettici con farmaci, come previsto dalle *Linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci* del 31.03.2008.

Come risulta dalla tab. 5, rispetto al 2007, nel 2008 il numero degli studi sperimentali con farmaci e degli studi osservazionali è leggermente calato, mentre gli studi sulle medicine non convenzionali sono totalmente scomparsi.

Si è registrato, tuttavia, un aumento degli studi con Dispositivi Medici (+ 87,5 %) e per la prima volta sono stati presentati studi Sperimentali senza farmaci (es. nuove procedure chirurgiche).

CONFRONTO DISTRIBUZIONE PROTOCOLLI PRESENTATI NELL'ULTIMO TRIENNIO	2006	2007	2008
STUDI SPERIMENTALI con farmaci	129	126	119
STUDI OSSERVAZIONALI	56	73	63
STUDI DISPOSITIVI MEDICI	6	8	15
STUDI MEDICINE NON CONVENZIONALI	3	1	0
STUDI SPERIMENTALI senza farmaci	0	0	4
STUDI GENETICA	0	0	4
ACCESSI ALLARGATI	8	11	8

Tab. 5

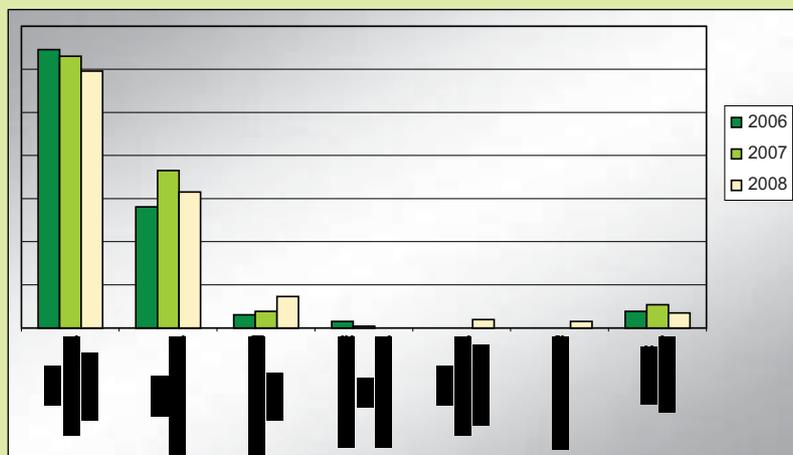


Fig. 6 : Andamento tipologie protocolli esaminati nell'ultimo triennio

Per quanto riguarda la *Fase degli studi sperimentali con farmaci* dei protocolli valutati dal Comitato Etico, anche nel 2008, quella che risulta maggiormente presente è la Fase III (57%), seguita dalla Fase II (21%) e in ultimo dalla Fase IV (19.3%). Rispetto ai due anni precedenti la fase II risulta stabile, la fase III in leggero calo e la fase IV in leggero aumento.

Nelle successive Tabelle e Grafici sono evidenziati i valori in percentuale delle diverse fasi di studi negli ultimi tre anni di attività del Comitato Etico.

ANNO 2006		
FASE	N°PROTOCOLLI	%
I	3	2.3
II	37	28.9
III	71	55.5
IV	17	13.3
<b>TOTALE</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

Tab. 6

ANNO 2007		
FASE	N°PROTOCOLLI	%
I	1	0.8
II	32	25.4
III	73	58
IV	20	15.8
<b>TOTALE</b>	<b>126</b>	<b>100</b>

Tab. 7

ANNO 2008		
FASE*	N°PROTOCOLLI	%
I	3	2.5
II	25	21
III	68	57.2
IV	23	19.3
<b>TOTALE</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

\*verificata con quanto pubblicato in Osservatorio

Tab. 8

In Figura 7 sono riportate le aree specialistiche che hanno presentato protocolli di ricerca al Comitato Etico Provinciale di Modena nel 2008.

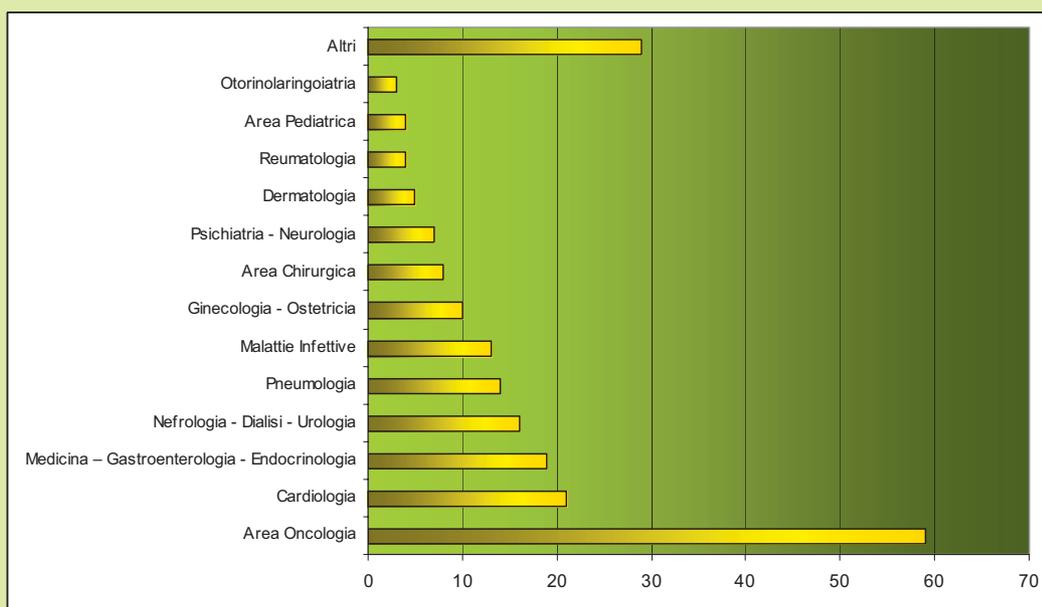


Fig. 7: Aree specialistiche di sperimentazione (di tutte le Aziende Sanitarie della Provincia di Modena)

Aree specialistiche	Totale
Area Oncologia (compresi usi allargati)	59
Cardiologia	21
Medicina - Gastroenterologia - Endocrinologia	19
Nefrologia - Dialisi - Urologia	16
Pneumologia	14
Malattie Infettive	13
Ginecologia - Ostetricia	10
Area Chirurgica	8
Psichiatria - Neurologia	7
Dermatologia	5
Reumatologia	4
Area Pediatrica	4
Otorinolaringoiatria	3
Altri	30
<b>Totale</b>	<b>213</b>

Tab. 9

La Tabella n. 10 mette in evidenza il confronto relativo alle decisioni (approvazione, non approvazione, approvata a condizione, sospesa in attesa di chiarimenti) del Comitato Etico nell'anno 2008.

Le sperimentazioni con dispositivi, interventistiche senza farmaci o per gli studi osservazionali, per cui non si esprime un parere positivo definitivo possono essere sospese, quando necessitano di un ulteriore riesame del Comitato Etico o approvate a condizione, ed in questo caso è compito della Segreteria verificare l'aderenza alle condizioni richieste dal Comitato Etico.

Occorre segnalare che per gli studi sperimentali con farmaci, in base al DM n. 51 del 21/12/07, da luglio 2008, è previsto che il parere del CE venga rilasciato solo attraverso l'inserimento dei dati nell'Osservatorio Nazionale delle Sperimentazioni Cliniche, quindi, per queste tipologie di studi, non è più stato possibile rilasciare approvazione a condizione perché l'opzione non è prevista dal sito di Osservatorio.

Nel corso del 2008 e nei primi mesi del 2009 si è reso necessario un sollecito formale dell'invio dei chiarimenti, da parte di promotori e sperimentatori, per gli studi che erano stati approvati a condizione o sospesi e che rischiavano di essere chiusi per mancanza dei chiarimenti richiesti entro i termini previsti dal nostro Regolamento (6 mesi). In base a questo monitoraggio è emerso che non era intenzione dei promotori inviare i chiarimenti richiesti, pertanto questi studi non sono mai stati approvati definitivamente e sono stati archiviati.

Il numero totale delle sperimentazioni approvate nel 2008 è di 183 (pari al 85,9%). Cinque pratiche (2,3%) non sono state approvate, ma a queste occorre aggiungere 11 pratiche (5,6%) che sono rimaste approvate a condizione o sospese e poi archiviate in seguito al monitoraggio o ad esplicita rinuncia da parte dello sponsor a proseguire con l'iter autorizzativo.

Attualmente risultano 2 pratiche approvate a condizione (0,9%) e 6 (2,8%) sospese in attesa di chiarimenti.

*Rimangono ancora senza valutazione del Comitato Etico 6 protocolli a causa di documentazione incompleta che non ha permesso l'inserimento all'OdG delle sedute..*

DECISIONI	PRATICHE 2005	PRATICHE 2006	PRATICHE 2007	PRATICHE 2008
APPROVATE	164	153	183	<b>183</b>
NON APPROVATE	9	8	5	<b>16*</b>
APPROVATE A CONDIZIONE	11	22	8	<b>2</b>
SOSPESE IN ATTESA DI CHIARIMENTI	6	14	12	<b>6</b>
NON VALUTATE	13	5	11	<b>6</b>
<b>TOT.</b>	<b>203</b>	<b>202</b>	<b>219</b>	<b>213</b>

\* sperimentazioni non approvate e sperimentazioni che non hanno mai raggiunto un'approvazione definitiva

Tab. 10

Per molte sperimentazioni il CE non ha espresso un parere definitivo alla prima valutazione, ed è stato necessario rivalutarle alla luce di chiarimenti richiesti. Ad oggi, a fronte di 213 nuove sperimentazioni e richieste di usi allargati presentate nel 2008, sono stati espressi 305 pareri.

Occorre segnalare che si è osservato un ulteriore incremento degli emendamenti:

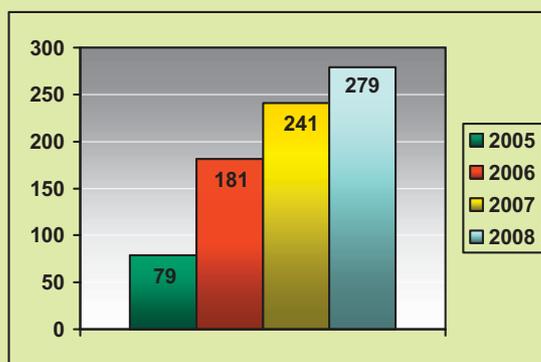


Fig. 9: Emendamenti valutati nel 2008

## 2. ATTIVITÀ DI SEGRETERIA AMMINISTRATIVA

	2006	2007	2008
<b>EVENTI AVVERSI</b>	Da febbraio non vengono più protocollati, ma solamente archiviati.	0	0
<b>PRESE D'ATTO</b>	377	584	484
<b>CHIUSURE STUDI</b>	128	144	139
<b>PROTOCOLLO N°</b>	3432	3603	3700

Tab. 11

### MONITORAGGIO

E' proseguita l'attività di verifica sugli studi presenti in Segreteria. È stato monitorato con particolare attenzione l'andamento degli studi del 2005 e del 2006, oltre ad alcuni studi da verificare del 2003/2004 e alcuni studi del 2007 che risultavano ancora sospesi. In totale sono state inviate le richieste di verifica sullo stato di avanzamento per **97 studi**.

Ai responsabili della ricerca di tali studi è stato richiesto di inviare notizie in modo da aggiornare e, laddove possibile, archiviare la pratica.

RISPOSTA al MONITORAGGIO del 2008	STUDI 2003	STUDI 2004	STUDI 2005	STUDI 2006	STUDI 2007	TOTALE
CHIUSURA	0	5	17	5	2	29
NESSUNA*	1	0	28**	9	0	38
MAI INIZIATO	0	1	1	0	2	4
ANCORA ATTIVO	0	0	13***	9	4	26
<b>TOTALE</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>59</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>97</b>

\* successivamente chiusi

\*\* 2 studi sono stati successivamente riaperti, dietro richiesta dello sperimentatore principale

\*\*\* compresi i 2 studi riaperti

Tab. 12

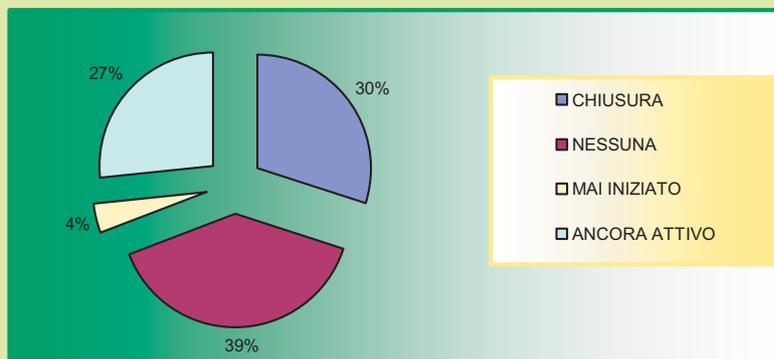


Fig. 11: Esito del MONITORAGGIO 2008

### MONITORAGGIO ASSICURAZIONI

Nel corso del 2008 si è anche provveduto ad effettuare un primo monitoraggio delle assicurazioni per gli studi sperimentali con farmaci e con dispositivi medici.

È stato creato un registro delle assicurazioni per tutti gli studi sperimentali pervenuti presso la nostra Segreteria dal 1998 al 2008 e attualmente ancora in corso, affinché potessero essere periodicamente monitorate le date di scadenza delle polizze assicurative.

Per gli anni precedenti il 2008 sono state inviate circa 92 comunicazioni, relative ad altrettanti studi, per la richiesta del rinnovo della copertura assicurativa che risultava scaduta.

ANNO STUDI	ASSICURAZIONI MONITORATE
1998	1
1999	5
2000	8
2001	0*
2002	7
2003	12
2004	8
2005	22
2006	21
2007	8
<b>TOTALE</b>	<b>92</b>

\*unici studi aperti sono no-profit, quindi coperti dall'assicurazione aziendale

Tab. 13

Dal monitoraggio delle assicurazioni mancanti è inoltre emerso che 15 studi (circa il 16%) erano in realtà conclusi o mai avviati, ma non era stata fornita comunicazione.

### 3. RAPPORTO SULL'ATTIVITA' INERENTE LE TEMATICHE IN MATERIA DI BIOETICA E DI FORMAZIONE

- ☒ Seduta straordinaria (21/04/08): approfondimenti sulle Nuove linee guida sulla privacy specifiche per il trattamento dei dati nelle sperimentazioni cliniche (*Prof. Beduschi*) e sulla normativa studi no-profit (*Prof. Spinsanti, Dott. Santachiara*);
- ☒ Seduta straordinaria (21/04/08 - pomeriggio) dal titolo “*La ricerca sulle decisioni di fine vita: problemi metodologici*” (*dott. Guido Miccinesi e dott. Franco Toscani*)
- ☒ Seduta straordinaria aperta al pubblico (30/09/08) “*Del buon uso dell’Amministratore di Sostegno nel contesto clinico*”(Giudice Stanzani, Prof. Nichelli, Giudice De Marco, Avv. Guidetti, Avv. Vitulo)
- ☒ Programma di audizione periodica degli sperimentatori (*Prof. Esposito – Malattie Infettive*) del 8/01/08
- ☒ Docenza al Master universitario di II livello “*Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano*” promosso dall’Università degli Studi di Parma con la collaborazione del Comitato etico Provinciale di Modena (*prof. Spinsanti, dott. Santachiara, dott.ssa Bianchi, dott.ssa Gatti*)
- ☒ Partecipazione attiva alle attività del Gruppo di Coordinamento dei Comitati Etici – Regione Emilia Romagna - resp. Prof. Liberati (*dott. Santachiara, prof. Silingardi V.*)
- ☒ Docenza presso la Scuola di Specialità di Farmacologia dell’Università degli Studi di Modena e Reggio-Emilia sul tema “*Regolamentazione della sperimentazione clinica dei farmaci*” – a.a. 2007/2008 (*dott. Santachiara*)

#### Partecipazione a Convegni:

- ∇ Giornata di studio “*Il monitoraggio delle sperimentazioni cliniche e le GCP*”, 1/02/08 – Roma (*Dott.ssa Gatti*)
- ∇ Corso di formazione AIFA “*Nuovo Decreto Ministeriale Clinical Trial Application*”– 17/03/08 – Roma - (*Dott.ssa Gatti*)
- ∇ Convegno “*Standard Europei della performance formativa dei Membri dei Comitati Etici*” – 26/09/08 - Milano (*prof. Silingardi V.*)
- ∇ Convegno di chiusura del master “*Imparare la metodologia della ricerca lavorando con gruppi che la praticano*” dal titolo “*La ricerca per la salute*” – 12/12/08 (*Dott.ssa Gatti*)

**C**ari colleghi Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), dopo essermi confrontato con un discreto numero di medici che, alla mia stessa stregua, svolgono attività di sostituti in regime di libera professione, ritengo necessario che sia focalizzata l'attenzione sull'aspetto contrattuale della prestazione del servizio da noi elargito.

**Capita** infatti, non di rado, che dopo avere concordato la prestazione, spesso telefonicamente, una delle due parti (chi dovrà sostituire o chi dovrà essere sostituito) per sopraggiunti impegni lavorativi o familiari o di salute, inderogabili, viene meno all'impegno preso.

**Pensate** al "povero" MMG che aveva già prenotato il volo aereo per tutta la famiglia e che, il giorno prima, riceve la telefonata del sostituto che gli riferisce telefonicamente: "Gentile collega, mi dispiace ma sono entrato in Scuola di Specializzazione per cui da domani inizio a frequentare in reparto.

**Non** posso più ottemperare all'impegno preso". È vero, è un caso estremo, ma di questi tempi, con i concorsi delle Scuole di Specia-

lizzazione sempre più spostati nel periodo dei centri estivi per bimbi, vi garantisco che l'episodio citato è tutt'altro che inverosimile.

**Capita** a volte il contrario. Il PLS chiede al medico specialista o non specialista di "tenersi libero", o meglio di "ritenersi impegnato" per una sostituzione nel periodo x-y, per poi annullare all'ultimo momento la sostituzione per un motivo z. Risultato: il sostituto che aveva rinunciato ad altre offerte di lavoro per il periodo x-y si trova disoccupato per il suddetto periodo. Spero di essere stato sufficientemente abile nel dipingere il quadro del rapporto MMG-PLS/ sostituto.

**A** questo punto ritengo che sia necessario che vengano stabilite delle regole che assicurino ad ambo le parti delle garanzie, ponendo innanzitutto dei limiti temporali alle rinunce (fatti salvi i problemi di salute) ed eventualmente stipulando degli accordi cofirmati che prevedano delle more in caso di inottemperanza ingiustificata agli impegni da onorare.

**Sarebbe** auspicabile che la figura del sostituto, sempre più rara, possa cominciare ad essere valorizzata e che venga insignita di quella



**C. Curatola**

dignità che merita, attraverso passaggi di responsabilizzazione oltre che di gratificazione professionale ed economica.

**Questo** prevede che siano per primi i medici che richiedono il servizio di sostituzione ad essere garanti prospettando anticipatamente quelli che dovranno essere onori ed oneri della sostituzione che il giovane collega dovrà affrontare.

**Solo** a questo punto, il sostituto avrà tutte le carte in regola per accettare o rifiutare la sostituzione. Perché per fortuna, i medici precari possono ancora prendere delle decisioni...

*C. Curatola*



**C**redo che tutti i medici modenesi abbiano letto con particolare interesse il Bollettino di marzo-aprile, a cominciare dall'Editoriale del nostro Presidente e dalla sua relazione all'assemblea del primo marzo, in cui viene ribadita con forza la centralità della bioetica nella cultura e nella prassi della medicina di oggi. Ciò significa anche, come il Presidente ha rivendicato, che il medico deve essere il protagonista e non l'esecutore del rapporto col paziente, in quanto né magistrati né politici né opinion leader devono condizionarlo in tal senso. Oggetto di riflessione deve essere pure il documento della FNOMCeO sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento, riportate dallo stesso Bollettino. Questo documento ci offre una splendida definizione dell'alleanza terapeutica tra medico e malato: è uno "straordinario incontro ogni volta unico e irripetibile di libertà e responsabilità".

Ciò premesso, si deve sottolineare che, come recita il nostro Codice Deontologico, l'attività del medico è indirizzata alla tutela della vita e della salute fisica e psichica dell'Uomo, al sollievo della sua sofferenza e al rispetto della sua libertà e dignità, sempre escludendo l'accanimento terapeutico. D'altronde, al rispetto della libertà di scelta del malato deve corrispondere la libertà di scelta del medico, in scienza e coscienza. Nei fatti, può avvenire che l'alleanza terapeutica talvolta vacilli. Ci si chiede quindi come la scelta del medico possa essere di volta in volta tutelata.

Oggi l'obiezione di coscienza è prevista soltanto per l'applicazione della Legge 194 (IVG) e della Legge 40 (PA). Il Comitato Nazionale di Bioetica aveva a suo tempo proposto che il medico per far valere le sue convinzioni potesse invocare la "clausola di coscienza", in aderenza al nostro

Codice Deontologico (Art. 22), ma non risulta che la proposta sia stata raccolta da chi di dovere. I nostri Ordini dovrebbero mobilitarsi perché si faccia chiarezza, anzi per ottenere una normativa al riguardo.

Altri problemi per i medici sorgono dopo l'approvazione da parte del Senato del disegno di legge Calabrò sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento. Uno di questi concerne l'alimentazione e l'idratazione artificiali del malato terminale o incosciente. Il citato documento della FNOMCeO afferma che questi sono "trattamenti artificiali assicurati da competenze mediche e sanitarie"; nella traduzione del nostro Presidente essi sono tout-court "trattamenti sanitari". Senonché, così come è scritto, il testo potrebbe essere letto diversamente, vale a dire che questi sono "trattamenti prescritti e controllati da medici o sanitari, ma non necessariamente somministrati da sanitari". Al sottoscritto sia consentito un esempio...pediatrico: l'allattamento artificiale è prescritto e controllato (o dovrebbe esserlo) dal pediatra, ma non è lui a preparare e somministrare il biberon. Si deve presumere che la dizione della FNOMCeO rappresenti un compromesso tra posizioni contrapposte non tanto sul piano medico, quanto su quello etico. Ma sul piano clinico il problema si pone diversamente. Limitandoci alla idratazione artificiale, è fuorviante chiederci, al letto del malato, se questa è un trattamento sanitario o non lo è. Il malato, fino a che è in grado di esprimersi, chiede da bere, per cui, quando è in stato terminale o incosciente, il medico o chi per esso non può non idratarlo. Se qualche anno prima, in stato di salute, aveva dichiarato di non accettare l'idratazione, non poteva sapere che cosa significa soffrire la sete e

non poterlo manifestare. A prescindere dal fatto che se il paziente dovesse soccombere per disidratazione ci si troverebbe di fronte a un caso di suicidio assistito.

Ritornando alla legge sulle dichiarazioni anticipate, fino a qualche anno fa molti medici (e non medici) la ritenevano inutile, bastando la normativa del Codice Deontologico, ovviamente aggiornabile col progredire della scienza medica. Senonché si è arrivati in poco tempo a una valanga di proposte di testamento biologico (nonché di fughe in avanti di magistrati), per cui gli stessi medici hanno ritenuto inderogabile una legge. Per ora abbiamo il disegno di legge Calabrò approvato dalla maggioranza del Senato, su vari punti del quale si può e si deve discutere, come propone la FNOMCeO, sulla base del nostro Codice Deontologico, senza rinunciare alle proprie concezioni etiche (che se correttamente argomentate non costituiscono pregiudizi). Un punto importante trascurato dalla legge è, ad esempio, quello delle cure palliative.

Certamente la legge Calabrò si presta anche al...tiro a segno, peraltro con gli inevitabili colpi fuori bersaglio, come si è potuto constatare in una opinione pubblicata dall'ultimo numero del Bollettino. Ma rappresenta pur sempre un riferimento. E non vi è dubbio che i medici, in quanto tali, possano essere di aiuto al Parlamento a legiferare nel modo migliore, sia precisando alcuni dettagli della normativa (per i quali è necessaria la loro competenza) sia soprattutto sostenendo un'etica chiara, forte e condivisibile, che salvaguardi anche la loro libertà e dignità. Con il nostro Ordine, come sempre, in prima linea.

G. B. Cavazzuti  
Scienza & Vita - Modena

## IL RISCATTO - LA RICONGIUNZIONE - LA TOTALIZZAZIONE PER I MEDICI DEL SERVIZIO SANITARIO

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

### IL RISCATTO

*Il riscatto consente di perfezionare i diritti derivanti dalla contribuzione obbligatoria in atto estendendo la copertura previdenziale a periodi fuori dal rapporto di lavoro.*

Sono riscattabili:

- ...I periodi di studio impiegati per conseguire la Laurea, il Diploma di Specializzazione, il Dottorato di Ricerca, i periodi di tirocinio pratico, i corsi delle scuole universitarie dirette a fini speciali, i corsi, non inferiori ad un anno, di formazione professionale.
- ...I periodi di servizio resi in qualità di assistente volontario nelle Università, i servizi prestati presso enti di diritto pubblico e aziende private esercenti un pubblico servizio, i periodi di lavoro effettuati all'estero non valorizzabili presso altri regimi.
- ...I periodi di servizio militare da trattenuto e quello da richiamato.
- ...I periodi di aspettativa di famiglia, per motivi di studio, per assenza facoltativa per maternità fuori dal rapporto di lavoro, per interruzioni disciplinari.

*n.b. Un periodo valutabile secondo gli ordinamenti pensionistici è valutato una sola volta.*

Chi può presentare domanda di riscatto:

- ...L'iscritto dipendente di ruolo dall'assunzione e entro 90 giorni dalla cessazione.

...L'iscritto non dipendente di ruolo dopo un anno di iscrizione e non oltre il 90° giorno dalla cessazione.

...I superstiti aventi diritto a pensione entro 90 giorni del decesso dell'iscritto che avvenga in servizio o entro i 90 giorni dalla cessazione dal servizio.

*n.b. L'iscritto può presentare più di una domanda di riscatto per lo stesso o differenti periodi.*

### LA RICONGIUNZIONE

*La Cassa Pensioni Sanitari (Inpdap) può erogare da un unico ente, tutti i diversi periodi contributivi maturati presso differenti gestioni previdenziali.*

Sono ricongiunzioni in entrata le operazioni dirette ad accentrare presso la Cassa Pensioni Sanitari ( Inpdap ) le posizioni maturate presso l'INPS ( legge n. 29/79 ), le Casse di previdenza dei liberi professionisti ENPAM ( legge n. 45/1990 )

*n.b. La legge ammette la possibilità di presentare una prima domanda in qualunque momento e una seconda domanda solo se successivamente alla prima si possano far valere 10 anni di assicurazione previdenziale di cui almeno 5 in costanza di effettivo servizio ovvero all'atto del pensionamento in mancanza di tali requisiti. Non sono ammesse ricongiunzioni parziali.*

Sono ricongiunzioni in uscita le operazioni di trasferimento di posizioni assicurative delle Cassa Pensioni Sanitari presso l' INPS : riguarda i contributi versati all' Inpdap connessi a servizi effettivi, riscattati o ricongiunti riguarda coloro che cessino dal servizio senza conseguire diritto a pensione (legge n.322/58)

### LA TOTALIZZAZIONE

La totalizzazione consente, in una forma non onerosa come, invece, è il caso della ricongiunzione, di poter recuperare spezzoni di contributi accreditati in più gestioni previdenziali al fine di poter raggiungere il requisito minimo del diritto a pensione.

Con la totalizzazione si ha la liquidazione da parte di ogni gestione verso cui si è, nel tempo, contribuito, per quota di pensione in relazione alla contribuzione accreditata.

Deve riguardare tutti e per intero i periodi assicurativi aventi un minimo di tre anni.

Il risultato è un'unica pensione costituita dagli assegni pagati pro quota dalle varie gestioni.

Le norme prevedono che il lavoratore abbia almeno 20anni di contribuzione complessiva e 65 anni d'età ovvero abbia almeno 40 anni di contribuzione complessiva, a prescindere dall'età.

### FONDO di PREVIDENZA GENERALE

"QUOTA A":

...Gli iscritti di qualunque età, che contribuiscono nella misura intera, possono chiedere di effettuare, il *riscatto di allineamento* alla contribuzione per gli ultra quarantenni di uno o più anni prodotti a contribuzione ridotta.

"QUOTA B":

...Gli iscritti di anzianità contributiva superiore a 10 anni non contribuenti, al momento della domanda, ad altra forma di previdenza possono *riscattare* gli anni del corso di Laurea e della Specializzazione, il periodo di attività libero professionale svolta in epoca precedente l'inizio della contribuzione, i periodi di servizio militare obbligatorio.

...Gli iscritti con anzianità contributiva non inferiore a 5 anni possono richiedere il *riscatto di allineamento* per uno o più anni di attività nei quali la contribuzione risulti inferiore all'importo del contributo più elevato fra quelli versati nei tre anni precedenti la domanda.

### FONDO dei MEDICI di MEDICINA GENERALE

Sono previsti:

...il *riscatto* della Laurea, del Corso di formazione in medicina gene-

rale, della Specializzazione per i pediatri, il servizio militare o civile obbligatorio, i periodi prestati per conto di enti ex mutualistici, i periodi oggetto di restituzione contributiva, di sospensione per maternità, di malattia, di aggiornamento all'estero;

...l'*allineamento contributivo* alla media degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione.

### FONDO degli SPECIALISTI AMBULATORIALI

Sono previsti:

...il *riscatto* della Laurea, del Corso di specializzazione, il servizio militare o civile obbligatorio, i periodi di attività precontributiva prestato per enti ex mutualistici, i periodi oggetto di restituzione contributiva, di sospensione per maternità, malattia aggiornamento all'estero;

...l'*allineamento orario* a quello medio tenuto durante l'intera attività coperta da contribuzione;

...l'*allineamento contributivo*, per i soli iscritti transitati alla dipendenza, alla media degli ultimi 36 mesi coperti da contribuzione.

### FONDO degli SPECIALISTI ACCREDITATI ESTERNI

E' previsto:

...il *riscatto* della Laurea e del Cor-

so di specializzazione, del servizio militare o civile obbligatorio, i periodi di attività precontributiva prestati per conto di enti ex mutualistici.

...Il *versamento del riscatto* può essere effettuato in unica soluzione o in rate semestrali.

...Il *pagamento rateale* è in un numero di anni non superiore quelli riscattati aumentati del 50%.

...In caso di invalidità o di decesso prima del completamento del versamento il riscatto viene considerato come effettuato e il debito, senza interessi, è a carico dei superstiti (rate 20 %).

### LA RICONGIUNZIONE

L'istituto della ricongiunzione sia attiva (contributi verso l'Enpam) sia in uscita (contributi dall'Enpam) opera tra il Fondo di Previdenza Generale, i Fondi Speciali gestiti dall'Enpam, e i Fondi gestiti da altri Enti e Casse Previdenziali.

### I CONTRIBUTI DEL RISCATTO SONO TOTALMENTE DEDUCIBILI DALL'IMPONIBILE IRPEF

C. Testuzza



## DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

### Servizio Farmaceutico Territoriale AUSL di Modena

**S**i informa che sulla G.U. n. 141 del 20 giugno 2009 è stata pubblicata, a firma del Viceministro Ferruccio Fazio, l'Ordinanza 16 giugno 2009 "Iscrizione temporanea di alcune composizioni medicinali nella Tabella II, sezione D, 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".

**T**ale Ordinanza **in vigore dal giorno stesso della pubblicazione, 20 giugno 2009**, iscrive temporaneamente, per un periodo massimo di 12 mesi, alcune composizioni medicinali nella Tabella II sezione D del Testo unico.

**C**ome è già successo nel corso del 2008 per alcuni medicinali a base di ossicodone con la ricollocazione dalla Tabella II sezione A alla Tabella II sezione D si modifica il tipo di ricetta medica necessario per la loro prescrizione: dal 20 giugno scorso il **ricettario** da utilizzarsi non è più il ricettario a ricalco, ma

è quello rosso **del Servizio Sanitario Nazionale** ed il tipo di ricetta richiesto è la **Ricetta medica Non Ripetibile (RNR)**.

**L**e composizioni temporaneamente iscritte nella sezione D della Tabella II sono:

- ...composizioni per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale contenenti codeina e diidrocodeina in quantità, espressa in base anidra, superiore a 10 mg per unità di somministrazione o in quantità percentuale, espressa in base anidra, superiore all'1% p/v (peso/volume) della soluzione multidose;
- ...composizioni per somministrazione rettale contenenti codeina, diidrocodeina e loro sali in quantità, espressa in base anidra, superiore a 20 mg per unità di somministrazione;
- ...composizioni per somministrazioni ad uso diverso da quello parenterale contenenti fentanyl, idrocodone, idromorfone, morfina, ossicodone e ossimorfone;
- ...composizioni per somministra-

zioni ad uso transdermico contenenti buprenorfina.

L'elenco dei medicinali riclassificati provvisoriamente in Tabella II sezione D prescrivibili con Ricetta medica Non Ripetibile è consultabile sul sito [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it) sezione ultime notizie.

Rimangono prescrivibili con Ricetta Medica a Ricalco (RMR) i medicinali: Cardiostenol, Temgesic fiale e compresse sublinguali, Metadone cloridrato, Morfina cloridrato e Roipnol.

**I**n attesa che la Regione invii una nota che fornisca chiarimenti e dettagli applicativi conseguenti all'Ordinanza ministeriale emanata, nota che sarà premura dello scrivente servizio inviare non appena disponibile, si consiglia di adottare nella prescrizione le regole per la ricetta in vigore per il ricettario rosso del Servizio Sanitario Nazionale.

**A** disposizione per fornire eventuali ulteriori informazioni, si porgono cordiali saluti.

*L. Gamberini*

## NOTA INFORMATIVA IMPORTANTE CONCORDATA CON L'AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO (AIFA)

**D**econgestionanti nasali a base di simpatico mimetici per uso sistemico:

**TACHIFLUDEC** polvere per soluzione orale

**ACTIFED** compresse e sciroppo

**ACTIFED COMPOSTO** sciroppo

**ACTIGRIP** compresse e sciroppo

L'Ufficio di Farmacovigilanza

dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha effettuato una rivalutazione del profilo rischio/beneficio in età pediatrica dei medicinali decongestionanti nasali a base di simpaticomimetici per uso sistemico.

**I** dati a supporto dell'efficacia di questi farmaci nei bambini, sono

molto scarsi e il rischio di reazioni avverse gravi, pur molto ridotto, ne controindica l'impiego.

**P**ertanto l'AIFA, al fine di uniformare le informazioni disponibili relative all'uso di tali farmaci, ha introdotto, per TACHIFLUDEC, ACTIFED, ACTIFED COMPOSTO e ACTIGRIP, controindicazione d'uso nei bam-

bini di età inferiore a 12 anni.

**T**achifludec contiene fenilefrina cloridrato, associata ad altri principi attivi (paracetamolo e acido ascorbico) ed è indicato per il trattamento sintomatico dell'influenza, dei raffreddore e degli stati febbrili e dolorosi ad esso correlati, con azione decongestionante sulle prime vie aeree superiori.

**A**ctifed, Actifed Composto e Actigrip contengono pseudoefedrina cloridrato, associata ad altri principi attivi (triprolidina cloridrato, destrometorfano cloridrato, paracetamolo) e hanno varie indicazioni (decongestionante della mucosa nasale, specie in caso di raffreddore; trattamento sintomatico della tosse e delle affezioni congestizie delle prime vie respiratorie, in particolare su base allergica; tratta-

mento dei sintomi dell'influenza e delle affezioni congestizie delle prime vie respiratorie).

**A**ttualmente nel Foglio Illustrativo e nel Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto di Tachifludec, Actifed, Actifed Composto, Actigrip è riportata l'avvertenza che queste specialità medicinali non vanno somministrate nei bambini sotto i 12 anni se non sotto il controllo medico.

**O**ttenuta l'approvazione da parte dell'AIFA, verranno immesse in commercio le confezioni di Tachifludec, Actifed, Actifed Composto, Actigrip con gli stampati aggiornati, riportanti cioè la controindicazione d'uso nei bambini di età inferiore a 12 anni.

**T**achifludec, Actifed, Actifed Composto, Actigrip sono medicinali di

automedicazione, dispensati quindi senza obbligo di ricetta.

**S**i ritiene pertanto necessario richiamare l'attenzione dei **pediatri**, raccomandando loro di prescrivere/consigliare i decongestionanti nasali ad attività simpaticomimetica per uso sistemico previa attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio di ogni singolo paziente e comunque **mai nei bambini al di sotto dei 12 anni di età**.

**S**i raccomanda inoltre ai farmacisti di far presente i possibili rischi e la controindicazione al di sotto dei 12 anni al genitore che richieda un decongestionante nasale ad uso sistemico, onde evitare un uso improprio nei bambini.

*L'AIFA coglie l'occasione per ricordare a tutti i medici e ai farmacisti l'importanza della segnalazione delle sospette reazioni avverse da farmaci, quale strumento indispensabile per confermare un rapporto beneficio rischio favorevole nelle reali condizioni di impiego.*

www.gruppobper.it



Gruppo BPER. La nostra forza è la tua forza.

Banca Popolare dell'Emilia Romagna  
Banca CRV - Cassa di Risparmio di Vignola  
Banca della Campania  
Banca di Sassari  
Banca Popolare del Mezzogiorno  
Banca Popolare di Apulia



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

Questo è il marchio del Gruppo BPER. Un gruppo bancario composto da 11 banche con 1200 sportelli e 11000 uomini.

GRUPPO BPER



## GULTU' = PAROTITE EPIDEMICA

**S**inonimi: "urciòun" (orecchioni), significato di facile comprensione; "gatòun" (gattoni), dall'allargamento che normalmente ha la testa del gatto comune; "sranquioun", forse riferito alla pesantezza di stomaco ed al singhiozzo che a volte accompagna questa patologia.

Secondo il Galvani (dal Maranesi), deriva dalla parola "gola" o "guia" e quindi dal latino "guttur". Ma come spesso accade nel dialetto modenese, per "epentesi", possiamo inserire una "elle", per cui avremo "gultur" e quindi "gultù".

Per quanto riguarda la terapia, i colleghi sicuramente non hanno bisogno dei miei suggerimenti, ma desidero ricordar loro un antico rimedio (v. Di Genova: Rimedi e Superstizioni):... bastava infatti un segno di croce fatto con una scure, oppure un impacco con urina calda..."

Nell'Italia meridionale, invece, il segno di croce lo facevano con una matita copiativa.

Il popolo credeva che per guarire bisognasse stare lontano dall'acqua; addirittura, non si poteva nemmeno usare un ponte per attraversare un ruscello.

E ora a gentile richiesta di un attento e curioso collega:

## SIMIÒT = SCIMMIOTTO

**D**istrofia muscolare, atresia (grave deperimento organico, specialmente nei lattanti) dal Neri.

Il bambino affetto dal *mél dal simiòt*, veniva posto su una pala, infornato nel forno tiepido e sfornato tra volte con lo scongiuro: "a t'infóren e a-t desfóren, che al simiòt al rèsta in dal fóren..."

In altri casi è una forma di rachitismo infantile, che fa assumere "aspetti scimmieschi".

In altri casi ancora si può tradurre in "monello, birichino, vispo ed irrequieto bambino" (Maranesi).



P. Martone



**L. Arginelli**

**N**acque a Modena il 21 febbraio 1898 e morì nel bombardamento aereo che colpì la città il 14 febbraio 1944.

La sua arte finì nel momento in cui stava evolvendosi attraverso una febbrile attività legata alla matita ed a superfici improvvisate e povere come la carta da pacchi, e spesso avvalorata da leggeri accordi cromatici che sembravano aleggiare verso soluzioni di più intensa poesia. Si trattava in prevalenza di immagini giovanili, tanto che nei giorni precedenti la morte, dipinse forse la più vibrante tela, ispirata ad un'immagine di bimba.

Forghieri era un temperamento libero, che attraverso una propria esigenza di isolamento trovava il modo di vivere e di fare. Non finì i corsi all'Accademia, forse per un'istintiva rivolta ad una coercizione d'indirizzo e per rispondere al richiamo che gli proveniva dalla sua terra, dalle colline, dalle piazze delle città e dalla vita reale dei personaggi nei loro riti domestici.

Va ricordato che fu anche restauratore di dipinti antichi.

Nel 1910, dopo l'esperienza bellica espose in mostre locali, per poi affacciarsi a Ferrara, Bari, Padova, Monza, quindi Firenze, Roma, Milano e Torino.

Nel 1921 partecipò al concorso "Poletti" e lo vinse con la tela "Il fabbro Malagoli".

Dopo un breve periodo trascorso a Roma, preferì tornare nella sua città. Nel 1923 allestì due mostre personali a distanza di due mesi: una a Milano e l'altra al Cenacolo Francesco Francia di Bologna; e sia il Secolo d'Italia, che il Resto del Carlino, gli riservarono attestati elogiativi per la genuinità espressiva e l'attenta ricerca di cromatismi armonici.

La riflessione cromatica si acui nella scoperta della Liguria, dei contrafforti del golfo di La Spezia, delle altitudini di Portofino, poi della campagna di Ventimiglia.

**Giovanni Forghieri "Nudo", olio, cm 100x70**

Alla suggestione per i valori cromatici, Forghieri si dedicò fino all'assorbimento dell'immagine in un'unica atmosfera ritmata da tonalità violacee che diedero presto ai suoi dipinti una caratteristica personale.

Nelle sue tele, il grigio rosso, l'azzurro, le pennellate di giallo, manifestano una prevalenza di scelta atmosferica che risponderà al lirismo malinconico ed interpretativo che l'artista impone alle cose.

Forse è per questo che, prima e dopo il 1940, egli ritornò con più pressante nostalgia al disegno e tracciò immagini di bambini che suonano o leggono, di spazzacamini, di nudi femminili, di popolani, lasciando cadere su di essi leggere macchie che suggeriscono calde tonalità, accentuando la luce.

Ricordiamo che partecipò alla seconda e terza Quadriennale Romana ed alla nona e decima Biennale di Venezia. Da ricordare anche la sua attività di incisore che, specie in età giovanile si espresse in leggere acqueforti ed in acquetinte a colori.

Alcune sue opere:

"Savignano" 1925, olio, cm 33,5x48;

"Testa di spazzacamino" olio, cm 28x26;

"Natura morta" olio, cm 63x84;

"Testa di bimbo" olio, tondo, diam. cm 35;

"Le amiche" olio, cm 57x70;

"Scorcio di paese" 1934, olio su legno, cm 63x70, Modena Cassa di Risparmio;

"Maternità" olio, cm 54x67;

"Nudo" 1936, olio cm 100x70;

"Autoritratto" olio, cm 63x84 (opera di copertina);

"Paesaggio con case" cm 18x18;

"Ritratto di Virginia Pagliani" olio, cm 60x80;

"Bimba seduta" 1935, olio su carta, cm 31,5x44,5.



## A CURA DI ROBERTO OLIVI MOCENIGO | LE STORIELLE

*E' più facile essere savi per gli altri che per sé stessi*

*François de La Rochefoucauld*

*Nella vita l'importante è guardare avanti, mai indietro. Non so se sia una verità assoluta, ma è un buon modo per evitare i pali in faccia*

*Flavio Oreglio*



**R. Olivi Mocenigo**

*La luna brilla ma non riscalda.*

*Proverbio Russo*

*Il denaro è come il letame che non serve se non è sparso*

*Francis Bacon*

## UN RICORDO DEL PROF. CARLO MAURI

**C**onobbi il prof. Mauri quando entrai come studente interno nell'istituto di Patologia Medica nel lontano 1953. Si era trasferito a Modena da poco, venendo da Pavia, dove si era laureato nel 1939. Era l'aiuto anziano di Storti, e di lui si diceva che Storti l'avesse portato con sé con il compito preciso di lavorare alla stesura della nuova edizione del manuale di ematologia di Ferrata e Storti. Compito che egli svolse evidentemente molto bene, tant'è vero che da semplice manuale il testo divenne un voluminoso trattato in due volumi, che rimase il testo di riferimento per molti anni per tutti gli ematologi italiani. Ma la compilazione precisa ed erudita di cui era capace era solo un aspetto secondario della sua personalità scientifica. In realtà, metteva un impegno appassionato nello sforzo di far luce sui fenomeni biologici più complessi che sono alla base del funzionamento di tessuti essenzialmente "dinamici" come quelli emopoietici. Di questo mi resi conto benissimo quando cominciammo le nostre ricerche sulla attività proliferativa delle cellule ematiche, studiando l'incorpora-

zione della timidina marcata con tritio nel DNA cellulare. Vedere un uomo della sua età (aveva sedici anni più di me) passare ore contando al microscopio i granuli neri sugli autoradiogrammi delle cellule mi fece capire cosa è la passione per la ricerca scientifica. E fui molto contento per lui quando potemmo concludere che le nuove ricerche con la timidina marcata portavano a un risultato del tutto in accordo con quanto aveva concluso più di dieci anni prima impiegando una tecnica molto diversa: contrariamente a quanto allora si riteneva, i blasti della leucemia acuta si moltiplicano molto meno dei precursori normali. Ma ricordando la passione di Carlo Mauri per la ricerca scientifica, non posso non ricordare un'altra sua grande passione: la musica, la grande musica classica, che aveva coltivato sin da ragazzo, quando aveva partecipato a competizioni nazionali tra giovani universitari. Ancora oggi, a distanza di tanti anni, ricordo con piacere i consigli che mi dava sul modo giusto di ascoltare il violino di grandi composizioni, come il concerto di Beethoven o quello di Mendels-

sohn. Tante sono le cose che ho appreso dal prof. Mauri nel corso di tanti anni: alcune riguardavano l'ematologia, come guardare uno striscio di midollo, o una sezione di linfonodo, ma altre riguardavano qualcosa di molto più difficile, come la valutazione del comportamento umano. Questo accadde particolarmente quando egli fu per sei anni preside della Facoltà di medicina del nostro ateneo ed io mi trovai ad essere per quattro anni segretario della facoltà stessa, essendo l'ultimo arrivato. Fu allora che mi resi conto di quanto profondo e radicato fosse in lui il senso dell'Istituzione. Quando si trattava di prendere una decisione che comportasse scelte importanti, era essenziale per lui stabilire se questa decisione avrebbe avuto un effetto importante sull'efficienza e il prestigio della Università. Carlo Mauri era un uomo di grandissima cultura, e sempre avido di nuove conoscenze; negli ultimi vent'anni della sua lunga vita viaggiò moltissimo in tutti i paesi del mondo, visitandoli sempre con l'occhio attento e sistematico che gli era proprio.

*U. Torelli*

## RICORDO DI ALBERTO BERGAMINI

**H**o incontrato Alberto, il professor Alberto, l'ultima volta una quindicina di giorni fa a casa sua a San Felice. "Ciao. Vieni, entra..." mi ha detto sulla soglia. Sono le stesse parole con le quali mi ha accolto quasi quaranta anni fa nel suo studio di Primario dell'Ospedale di San Fe-

lice, quando mi sono presentato, studente in medicina, con un immacolato e mai indossato camice piegato sul braccio, chiedendo di frequentare. Seguendolo nel giro delle visite ho imparato la prima e forse più importante lezione. Tutti, con applicazione e costanza, ci si può laureare in medicina, ma solo

con una guida e un maestro si può imparare a essere medici e a fare la differenza è l'uomo.

**D**i lui colpiva la grande intelligenza, pronta, vivace, versatile, che si imponeva spontaneamente senza che mai ne facesse sfoggio o esibizione, misurato e sobrio com'era nelle parole e negli atteggiamenti.

**M**etteva chiunque a proprio agio di fronte a lui, lo studente intimidito dalla sua fama e il paziente fiducioso della sua competenza.

Per tutti i sanfeliciani è stato semplicemente il Professore, il Primario, visto il ruolo ricoperto presso il nostro Ospedale per tutti gli anni sessanta fino a metà dei settanta. Gliene sono stati e tuttora gliene sono particolarmente grati, ben consapevoli che le sue riconosciute capacità umane e professionali potevano aspirare a ben altri riconoscimenti, come poi è avvenuto con gli incarichi al Sant' Agostino-Estense e al Policlinico. È stato un punto di riferimento per più generazioni di medici dai più anziani a quelli che con lui hanno avuto il primo approccio alla professione.

**H**o detto prima intelligenza vivace e versatile e davvero non c'era aspetto del sapere che trascurasse, rivelando al conversatore attento una conoscenza profonda delle cose.

**L**eggeva moltissimo, non solo di scienza e medicina; buon consoci-

tore di musica, mi piace ricordarlo per la passione per la pittura che conosceva e che esercitava con pregevoli risultati, partecipava sempre alle mostre che organizzavamo come Medici Artisti: in mezzo a tante opere, in cui si vedeva più buona volontà che estro, i suoi quadri erano immediatamente riconoscibili, indice di una personalità che aveva trovato il suo linguaggio coerente nella misura del segno e del colore.

**I** nostri incontri negli ultimi tempi sono state, di nuovo, tante lezioni di vita.

**L**ucido, sereno e consapevole del suo stato di malattia, ha fatto la cosa più difficile che possa fare un medico: ha accettato il ruolo di paziente senza voler interferire coi colleghi che lo curavano, lui che aveva conoscenza e autorevolezza per poterlo fare. Parlava con me nei nostri incontri periodici a casa sua della sua malattia e a me rimaneva ben poco da dire: ascoltavo e spero di essergli stato di conforto perché a volte è importante parla-

re con un altro quando può essere doloroso parlare con se stessi...Ma parlavamo poco di malattia e quasi sempre in termini molto tecnici. Passavamo a parlare della famiglia, delle nostre famiglie. Si trasformava e rivelava un altro aspetto della sua personalità: marito, padre e nonno tenero e affettuoso. L'amore per la sua grande famiglia, la fede cristiana vissuta in coerenza e senza ostentazioni, la medicina sono state la pienezza della sua vita.

**È** stato un grande medico perché è stato anche un grande uomo, uno degli ultimi medici umanisti e la sua perdita è ancora più sentita, in tempi di molti professori e pochi maestri. Non è un ritratto o una biografia ufficiale. Questo è solo il ricordo affettuoso di un medico di campagna che ha avuto con lui il primo incontro con la professione e che, grato della stima e della fiducia accordate, a nome dei colleghi e di tanti pazienti vuol dire grazie e lui e alla famiglia.

*D. Novi*

## "SCOMMETTI CHE SMETTI?" HA PREMIATO CHI HA ABBANDONATO LA SIGARETTA

**S**i è svolta il 6 giugno la cerimonia di premiazione del concorso a premi per diventare non fumatore promosso dall'Azienda USL e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena nell'ambito del Programma interaziendale "Comunicazione e promozione della salute". Con l'occasione sono state assegnate anche i due riconosci-

menti attribuiti dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri al medico e al pediatra di famiglia che si sono maggiormente impegnati a far partecipare i fumatori a "Scommetti che smetti?". La prima menzione speciale è stata consegnata dal Presidente, dott. Nicolino D'Autilia, ad **Antonina Gasperetti**, il medico di medicina generale che ha annovera-

to il maggior numero di iscritti al concorso tra i suoi assistiti, mentre la targa di pediatra di libera scelta che più ha contribuito alla promozione dell'iniziativa è andata a **Maria Giovanna Fedele**.

**"Scommetti che smetti?"** è un originale concorso a premi rivolto a quanti fumano in provincia di Modena con l'obiettivo di favorire l'abbandono dell'abitudine tabagica e



sviluppato con una metodologia partecipativa che utilizza un carattere ludico e "competitivo". L'iniziativa è giunta alla quarta edizione raccogliendo ogni anno un numero crescente di adesioni e riscuotendo vivo interesse sia da parte dei fumatori, sia da parte dei soggetti della comunità che si impegnano in azioni per la lotta al fumo. Con un aumento delle iscrizioni pari al 30% rispetto all'anno precedente, i

partecipanti all'edizione 2009 sono stati 361. Tra tutti gli iscritti che si sono impegnati ad abbandonare le sigarette nel periodo compreso fra il 2 e il 29 maggio, ben 25 hanno ricevuto uno dei premi assegnati a seguito di un'estrazione (e dopo le verifiche previste dal regolamento, cioè la misurazione del valore di monossido di carbonio nel respiro e la quantità di nicotina presente nelle urine).

Il concorso rappresenta una originale e innovativa modalità per supportare chi tra quel 29% di modenesi fumatori (Studio PASSI - Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia - 2007) decide di abbandonare la sigaretta mettendo a disposizione incentivi e motivazioni (in particolare i premi in palio per chi diventa ex-fumatore) nonché competenze ed informazioni. A ciò si aggiunge il decisivo ruolo del professionista della salute in un intervento di comunità quale "Scommetti che smetti?" nel sostenere coloro che intraprendono il percorso della disassuefazione dal fumo. Infatti, ben il 61% dei fumatori modenesi intervistati da PASSI 2007 ha riportato di aver ricevuto il consiglio di smettere da parte di un operatore sanitario, il 39% ha tentato di farlo e il 31% degli iscritti al concorso ha affermato di aver appreso della sua esistenza in un ambiente sanitario.

*G. Fattori - N. D'Autilia*

## AD UN MEDICO DI MODENA IL PREMIO FONDAZIONE PREVIASME ONLUS

*La premiazione nel corso del convegno Immigrazione e sanità un contributo dei medici italiani.*

**C**on il lavoro *Prevalenza e fattori di rischio del disagio psicosomatico tra nativi e immigrati in Italia* **Cinzia Giubbarelli**, dell'Ordine dei Medici di Modena, si è aggiudicata la seconda edizione del Premio Fondazione Previassme Onlus, il concorso indetto dalla Fondazione nel giugno 2008 che ha inteso sviluppare una ri-

flessione sulla ricerca e lo studio delle problematiche e delle opportunità che nascono nell'incontro tra un medico ed un paziente immigrato.

Grazie al sostegno ed all'adesione di oltre 60 Ordini dei Medici, sono stati 56 i lavori dei medici italiani che, tra progetti, racconti e riflessioni, sull'assistenza sanitaria agli

immigrati hanno partecipato al premio.



**I**l lavoro, selezionato dalla Commissione composta dal Presidente della SIMM Prof. S. Geraci, dal Vice-Presidente Onorario della Fondazione Previasme Onlus Prof. M. Negri, dal giornalista sanitario C. Fassari, dai Presidenti degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri Dott.ri E. Cotrozzi, R. Mancini, N. Romeo, ha indagato le differenze nell'espressione somatica del disagio all'interno di campioni di popolazione generale rappresentata da nativi italiani e immigrati di paesi non industrializzati.

**A**ntonio Amato, medico di Roma, vincitore del secondo premio, ha illustrato, invece, i risultati di un'esperienza pilota finalizzata all'identificazione e informazione dei soggetti migranti portatori di talassemia e di emoglobinopatie.

**E'** stato assegnato, infine, a Michele Farina, dell'Ordine dei medici di Vicenza, il terzo premio, per la sua ricerca finalizzata all'analisi dei flussi e delle percezioni da parte dell'utenza immigrata in un ambulatorio pubblico.

**U**n premio che il dottor Farina ha voluto dedicare a sua cugina Giovanna Reggiani, la donna romana uccisa nel novembre del 2007 da un ragazzo di origine rom, devolvendo inoltre parte del premio alla Chiesa Valdese per l'istituzione di una borsa di studio per un giovane rom.

**M**enzione speciale invece per Roberto Nasorri, di Arezzo, per la capacità narrativa di ricostruire una particolare esperienza del rapporto medico-paziente immigrato.

**U**n ulteriore contributo alla discussione è giunto dai medici partecipanti al concorso che hanno ricevuto una segnalazione di merito. Maurizio Bagnato e Maurizio Sprovieri dell'Ordine dei Medici di Roma, Doris Mascheroni dell'Ordine di Como, Luigi Giannachi dell'Ordine di Milano, Rosa Maria Caliandro dell'Ordine di Nuoro.

**L**a premiazione dei lavori si è svolta nell'ambito del convegno *Immigrazione e sanità un contributo dei medici italiani*, che si è tenuto venerdì 8 maggio presso la sala conferenze Enpam di Roma promosso dalla Fondazione Previasme Onlus

**D**iversi, nel corso della mattinata i contributi e le testimonianze sul complesso rapporto tra medico e paziente immigrato. «L'Italia non è un Paese razzista. Ma dobbiamo lasciare liberi i bambini di andare a scuola e garantire l'assistenza sanitaria ai pazienti immigrati» ha dichiarato il Presidente dell'Associazione Medici di origine Straniera in Italia,

**U**n appello raccolto dal Prof. Geraci, Presidente della Simm che ha sottolineato come ciascun medico sia obbligato a prestare la sua opera indipendentemente dalla regolazione giuridica dei propri pazienti. «Sono proprio i pazienti immigrati – ha dichiarato Scavone, vice-segretario nazionale vicario FIMMG – che necessitano di maggiore attenzione».

**I**l convegno, promosso dalla Fondazione romana per favorire una riflessione sul rapporto medico –

paziente immigrato, ha analizzato il ruolo dei medici di famiglia nel delicato processo di integrazione sociale e sanitaria della popolazione immigrata in Italia, ponendo l'accento sulle problematiche che le nuove disposizioni legislative potrebbero introdurre nell'assistenza sanitaria a gruppi già svantaggiati ed esclusi dal Ssn.

«**I**l medico si deve adoperare nel facilitare un percorso assistenziale – ha sostenuto il Vice-Presidente FNOMCeO Benato – così come ribadito nel Manifesto di Padova». La proposta dei medici, condivisa anche dal Consigliere Nazionale Sumai Barcaioli, è quella di rivisitare il rapporto tra medico e soggetto immigrato attraverso un profondo cambiamento culturale. **U**n mutamento che i sindacati e le associazioni riunite nella sede Enpam individuano anche nella distinzione netta tra sanità e legalità.

«**N**essuno vuole eludere i problemi sulla sicurezza – ha spiegato il Segretario Regionale FP CGIL Medici Stefano Mele – ma non si risolvono negando l'accesso all'assistenza sanitaria» La funzione dei medici appare, in sintesi, secondo quanto emerso dai diversi contributi del convegno, quella suggerita in apertura dei lavori dal Presidente della Fondazione Previasme Onlus Giancarlo Mosca: garantire inclusione ed integrazione sociale anche attraverso l'assistenza sanitaria.

## 38° CAMPIONATI ITALIANI TENNIS MEDICI



Cari amici e colleghi tennisti,

dal 22 al 29 agosto 2009 si svolgerà a Milano marittima (RA) il 38° campionato nazionale di tennis per medici e odontoiatri italiani.

Per tale evento sono previsti una infinità di tabelloni per tutte le età e tutti i livelli di gioco, (con gare di campionato, di contorno e tabelloni di consolazione) ma soprattutto è l'interesse per lo scambio amicale e culturale a rendere particolare questo appuntamento annuale. E' inoltre occasione per una settimana di relax e mare con la famiglia.

Le iscrizioni al torneo dovranno pervenire (via Posta o via Fax) entro il 14 agosto 2009 alla Segreteria del Torneo presso il New Country Club via Acqua Acetosa Anagnina, 2 00044 FRASCATI (RM) tel e fax 06. 940.92.43 06.940.92.44

Per l'iscrizione e la convenzionata prenotazione alberghiera online consulta il nostro sito web

[www.tennismedici.com](http://www.tennismedici.com) (area download)

Vi aspettiamo.

Paolo Frugoni (consigliere nazionale AMTI-delegato rapporti FNOMCeO)

[paolofrugoni@tiscali.it](mailto:paolofrugoni@tiscali.it)

[www.tennismedici.com](http://www.tennismedici.com)

## FIOCO ROSA

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite felicitazioni con l'augurio di un prospero avvenire alla piccola Matilde, alla mamma Maria e al papà Dott. Antonello Sannicola

## NOTE TRISTI

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

Alla famiglia per il decesso del Dott. Alberto Bergamini.

Alla famiglia per il decesso del Prof. Carlo Mauri.

Alla famiglia per il decesso del Dott. Stefano Stefanini.

Alla famiglia per il decesso del Dott. Paolo Levi.

Al Dott. Alessandro Scolavino per il decesso del padre Dott. Luciano Scolavino.



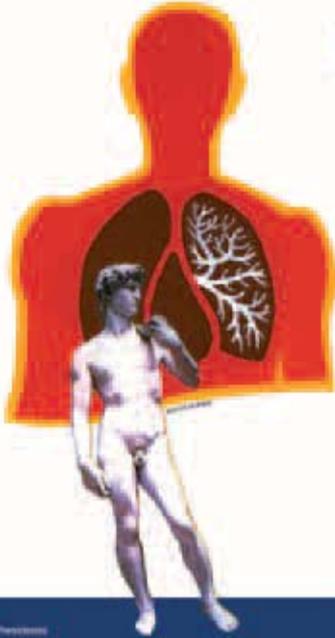
**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena  
Pediatria



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
MODENA E REGGIO EMILIA**

## WORKSHOP IL CONTROLLO DEL DOLORE E DELLE INFEZIONI IN CHIRURGIA TORACICA

**Modena, 19 settembre 2009**  
Aula Magna - Centro Servizi - Facoltà di Medicina e Chirurgia  
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia



**ore 8:30 Registrazione dei partecipanti**

**ore 8:30 Apertura dei lavori ed introduzione**  
M. Senese

**SESSIONE - Controllo del dolore in chirurgia toracica**  
Moderatori: A. Ricci

**ore 8:45 Il progetto ospedale senza dolore**  
E. Longhitano

**ore 9:00 Fisiopatologia del dolore in chirurgia toracica**  
D. Ricci

**ore 9:20 Anestesia, analgesia loco regionale ed endovenosa**  
V.L. Invernizzi

**ore 9:40 Ruolo del chirurgo nella prevenzione del dolore**  
C. Rappelli

**ore 10:00 Gestione dei presidi per il controllo del dolore**  
M. Buzzi

**ore 10:20 Dolore cronico e terapia dimittente**  
M. Nocerri

**ore 10:45 - 11:00 Break**

**SESSIONE - Controllo delle infezioni in chirurgia**  
Moderatori: U. Morelli

**ore 11:00 Preparazione del paziente**  
F. Riccioli

**ore 11:15 Sistema di sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico**  
P. Marchegiani

**ore 11:30 Short term therapy: vantaggi e svantaggi**  
A. Zoller

**ore 11:45 Anestesiointensivisti**  
P. Zuretti

**ore 12:00 La condotta dell'anestesia**  
A. Iacorelli

**ore 12:15 La condotta del chirurgo**  
C. Conti

**ore 12:30 Monitoraggio delle infezioni postoperatorie**  
P. Natali

**ore 12:45 - 13:15 Discussioni, quesiti e considerazioni conclusive**

**ore 13:35 - 13:50 Post test per ECM**

**ore 13:50 - 14:00 Chiusura dei lavori**

**Partecipano:**  
Prof. Ugo Morelli  
Cattedra e Servizio Clinico di Chirurgia Toracica  
Dipartimento Integrato di Chirurgia Generale e specialità Chirurgiche  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, P.O. Bizio

**DMC, X, Tori**  
Servizio di Anestesia e Rianimazione II  
Dipartimento Integrato di Chirurgia Generale e specialità Chirurgiche  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, P.O. Bizio

**Segreteria Organizzativa:**  
Ufficio Formazione e Aggiornamento  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, P.O. Bizio  
Tel. 059/422000

**Segreteria su modifica:**  
Dott. C. Rappelli - Chirurgia Toracica, Università di Modena e Reggio Emilia  
Tel. 059/422011-2191, Fax 059/422036, email: [obsc@osped.unimore.it](mailto:obsc@osped.unimore.it)  
Dott. V. Invernizzi - Servizio di Anestesia e Rianimazione II  
Tel. 059/422042, Fax 059/422041, email: [inverv@osped.unimore.it](mailto:inverv@osped.unimore.it)

  
**HESPERIA HOSPITAL**  
41100 Modena - Via Arquà, 80/A  
Tel. (059) 449.111 - Fax (059) 394840

Segreteria organizzativa:  
Sig.ra Anna Bosio  
Hesperia Hospital: 059/440506

### Prevenzione delle Patologie Genitali HPV - correlate

Hesperia Hospital Modena

**19 SETTEMBRE 2009**

Il programma per esteso è consultabile sul sito  
[www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)



