Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena
S. LUCA

ANNO LX | n. 3 Maggio-Giugno 2011 | Pubbl. bimestrale € 1,00 | Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. | Spedizione in abbonamento postale | D.l. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Modena | Direz. e Amm.: Modena, p.le Boschetti, 8 | Tel. 059 24 77 11 | E-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it | www.ordinemedicimodena.it

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

**Caso "Cardiologia" del Policlinico di Modena: verità, mezze verità, mezze bugie e bugie – Riflessioni a margine -** (Il presidente)

**Una sentenza sulla quale discutere e … riflettere –** (A. Panti, S. Fucci)

**Gestione della cronicità –** (M. Andreoli)

**Intervista al Prof. Spinsanti presidente del Comitato Etico di Modena** – (F. Sala)

**Discutiamo di etica …Riflessioni sulla nascita** (G. Masellis)

**Nel cuore della maternità** (E. Cocchi)

ISSN 2035-0538

# POSTA CERTIFICATA: UN OBBLIGO DI LEGGE

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

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

**Procedura per l'acquisto di casella PEC**

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

Per la fatturazione inserire i dati richiesti:

- se titolare di partita IVA selezionare " libero professionista" e indicare la partita IVA nell'apposita casella
- se non titolare di partita IVA selezionare "persona fisica"

- Scegliere le modalità di pagamento (carta di credito, bollettino postale, bonifico)

**Informazioni**

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

*N.B. ARUBA PEC comunicherà con cadenza settimanale sia all'Ordine che alla FNOMCeO gli indirizzi delle caselle PEC attivate.*
*Per coloro che sottoscriveranno la casella di posta certificata con altro gestore, corre invece l'obbligo di comunicare l'indirizzo PEC alla segreteria dell'Ordine (fax 059/247719, e-mail: ordine.mo@pec.omceo.it).*

**CONSIGLIO DIRETTIVO**
*Presidente*
Dr. Nicolino D'Autilia
*Vice Presidente*
Dr. Beniamino Lo Monaco
*Consigliere Segretario*
Dr. Paolo Martone
*Consigliere Tesoriere*
Dr. Antonino Addamo
*Consiglieri*
Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino, Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari, Dr. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dr. Pasquale Venneri.
*Consiglieri Odontoiatri*
Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

**COLLEGIO REVISORI DEI CONTI**
*Presidente*
Dr. Roberto Olivi Mocenigo
*Componenti*
Dr. Giovanni Bertoldi
Dr. Marcello Bianchini
*Revisore dei conti supplente*
Dr. Luigi Bertani

**COMMISSIONE ODONTOIATRI**
*Presidente*
Dr. Roberto Gozzi
*Segretario*
Dr. Mario Caliandro
*Componenti*
D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato

***Direzione e Amministrazione***
Modena, p.le Boschetti, 8
Tel. 059/247711 Fax 059/247719
ippocrate@ordinemedicimodena.it
www.ordinemedicimodena.it

*Direttore Responsabile*
Dr. Nicolino D'Autilia
Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52
*Editore*
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena
*Comitato di Redazione*
Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli, Dr. Marcello Bianchini, Dr. Michele Cinque, Dr. Paolo Martone, Dr. Roberto Olivi Mocenigo, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Pasquale Venneri

**REALIZZAZIONE EDITORIALE**
*MC Offset*
Via Capilupi, 31 - Modena
Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978
*Fotocomposizione*
Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.
Via G. Dalton, 37 - Modena
Tel. 059/250033 - Fax 059/250175
*Grafica*
KRHEO GRAPHIC DESIGN
info@krheodesign.it | www.krheodesign.it

PEC 02
EDITORIALE 04
ATTIVITÀ DELL'ORDINE 06
L'OPINIONE 08
DISCUTIAMO DI ETICA 12
DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA 16
A PROPOSITO DI 18
COMITATO ETICO 24
NORMATIVA 27
MEDICINA E AMBIENTE 29
BIBLIOTECA 31
DIALETTO IN PILLOLE 33
ARTE E DINTORNI 36
TACCUINO 38

***IN COPERTINA: "L'esorcismo", olio su tela, cm 23x35 (1924) opera di Andrea Becchi***

*Un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi.*



Non era mai successo nella storia della nostra piccola realtà territoriale che si parlasse tanto a lungo di una vicenda attinente alla sanità modenese con toni così accesi da occupare ormai stabilmente le prime pagine dei quotidiani locali. Non che mancassero i riferimenti alla cosiddetta malasanità, tutt'altro. Il fatto è che nel caso "Cardiologia" sono stati coinvolti tutti gli attori del pianeta Sanità a Modena. Dall'Azienda Policlinico all'Università, dal Comitato Etico ai sindacati medici e non solo, fino alla politica, quest'ultima con la p minuscola.

I commenti si sono sprecati, si sono invocate commissioni d'inchiesta che puntualmente hanno detto la loro anche se la maggior parte degli addetti ai lavori si sono chiesti come mai non ci si fosse accorti di nulla negli ultimi due anni. Il vecchio ma mai dimenticato sport dello "scaricabarile" è stato praticato anche in questa occasione, e si è assistito ad una vera e propria corsa per individuare le responsabilità, sempre naturalmente a carico degli altri. Nessuno, dico nessuno, si è presentato davanti alle telecamere dichiarando una sua benché minima

# CASO CARDIOLOGIA DEL POLICLINICO DI MODENA: VERITÀ, MEZZE VERITÀ, MEZZE BUGIE E BUGIE - *RIFLESSIONI A MARGINE*



assunzione di responsabilità in questa vicenda, mentre tutti hanno espresso "auspici" che si facesse chiarezza sull'accaduto, come se l'accaduto non li riguardasse in prima persona o struttura. Tutti, dico tutti, erano al mare o in montagna mentre queste cosucce accadevano a Modena.

Ma in questo contesto sono stati affrontati alcuni aspetti, di stretta pertinenza ordinistica, di non trascurabile entità.

In primo luogo è stato portato agli onori della cronaca il consenso informato. Dopo l'abbuffata infatti seguita all'entrata in vigore della famosa e "famigerata" legge 196 (Privacy) mai si era sentito parlare tanto e anche tanto a sproposito di consenso informato. Ne hanno dissertato medici e politici, spesso credo senza avere molta dimestichezza con l'argomento in questione. Certo è che occorre, a parere nostro, riprendere la riflessione su questo straordinario mezzo di coinvolgimento del paziente nelle scelte che lo riguardano, senza trasformarlo in un mero atto amministrativo da sbrigarsi in tutta fretta. Se n'è parlato e discusso in Comitato Etico, è vero, ma ritengo che sussistano tutti i presupposti per favorire un confronto fra tutti gli attori del sistema sanitario sotto l'egida dell'Ordine dei medici, che è stato antesignano in questo campo. Occorre sforzarsi di modificare una certa cultura professionale da una lato troppo lassista e dall'altro eccessivamente burocratizzata.

In secondo luogo una delle criticità emerse ha riguardato la cosiddetta "integrazione", termine questo usato ed abusato da quanti credono di mettere a tacere le tante storture del nostro sistema sanitario invocandone la realizzazione. Diciamo la verità: finora sul tema della integrazione si è fatto poco, molto poco. In una provincia che detiene il primato, assai poco invidiabile, di troppi ospedali in un territorio assai limitato la scelta di ottimizzare strutture e competenze professionali diviene non più procrastinabile. Non possiamo più permetterci lo spreco di risorse per "doppioni" che in altre realtà territoriali, anche vicine a noi, hanno già provveduto ad eliminare con grossi sacrifici ma con forte determinazione. La politica deve assumersi la responsabilità di scelte che non possono essere più determinate da facili "pascoli" elettorali ma deve guardare avanti con orizzonti molto, ma molto, più ampi di quelli osservati fino ad ora. La recente discussione svoltasi all'interno delle commissioni del PAL ha dimostrato che esiste nei professionisti una volontà di cambiamento che non può essere trascurata da quanti hanno a cuore il futuro della nostra Sanità, quella Sanità modenese che è stata per tanto tempo il fiore all'occhiello dei cittadini, ma che adesso ha bisogno di un colpo di reni per riprendere quota, visto che siamo scivolati in fondo a classifiche regionali che in precedenza guardavamo dall'alto. I tempi del cambiamento in un mondo dove impera il "villaggio globale" non sono più quelli di venti o trenta anni fa. Urgono decisioni pronte e qualificate. La città di Modena ha dimostrato di possedere le competenze professionali all'altezza del compito che l'aspetta, si tratta solo di valorizzarle mettendo a loro disposizione tutti gli strumenti utili per assicurare ai cittadini una assistenza sanitaria di qualità.

***N. D'Autilia***

L'Ordine, per quanto di sua competenza, è disponibile al confronto e accetta la sfida del cambiamento.

*Il presidente*

## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 7 MARZO 2011

Il giorno lunedì 7 marzo 2011 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.
Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri.
Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara

1. Delibere amministrative (Addamo);
2. Varie ed eventuali.

## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 14 MARZO 2011

Il giorno lunedì 14 marzo 2011 - ore 21,30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.
Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Mara Bozzoli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri.
Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio Direttivo del 16.2.2011, del 26.2.2011;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Lettera del Direttore Generale AUSL MO su "consigli terapeutici": stato dell'arte;
5. Programma dell'Ordine per il 2011: proposte dell'esecutivo;
6. Ruolo dell'Ordine nella tutela dell'Ambiente; rapporti con ISDE;
7. Delibere amministrative (Addamo);
8. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
9. Varie ed eventuali.

## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 4 APRILE 2011

Il giorno lunedì 4 aprile 2011 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.
Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Francesco Cimino, Dott. Carlo Curatola, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Benimino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.
Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Francesco Malara.

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio Direttivo del 7.3.2011, del 14.3.2011;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Camere Conciliative: iniziative dell'Ordine di Modena;
5. Lettera del Tribunale dei Diritti del Malato sul consenso informato;
6. Commissione regionale ECM: valutazione dell'opportunità di restare componenti della Commissione (Reggiani, D'Autilia);
7. Problematiche relative al Pronto Soccorso riportate sulla stampa locale;
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
10. Varie ed eventuali.

## ALBO MEDICI CHIRURGHI

| | | |
|---|---|---|
| *Prima Iscrizione* | | *N. iscrizione* |
| GAGLIARDI | ANTONIO | 6581 |
| GUEX | JEAN JEROME | 6582 |
| *Iscrizione per trasferimento* | | |
| DI MURO | FRANCA MARIA | 6583 |
| *Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi art. 38 – D.Lgs 81/2008* | | |
| BERNINI CARRI | ENRICO | 3911 |
| *Cancellazione per trasferimento* | | |
| PAIOLI | ANNA | 5932 |
| *Cancellazione per decesso* | | |
| GOLDONI | BRUNO | 1156 |
| *Cancellazione Albo Medici per cessata attività* | | |
| BONOMI | FRANCO | 0729 |

## ALBO ODONTOIATRI

| | | |
|---|---|---|
| *Cancellazione per cessata attività* | | |
| SILINGARDI | GABRIELE | 0714 |

## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI | LUNEDÌ 7 MARZO 2011

Il giorno lunedì 7 marzo 2011 - ore 21,30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Medici. Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri.

1. Comunicazioni del Presidente;
2. Giudizio disciplinare avverso il Dott. XY;
3. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
4. Opinamento parcelle sanitarie;
5. Varie ed eventuali.

## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | LUNEDÌ 18 APRILE 2011

Il giorno lunedì 18 aprile 2011 - ore 21,20 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri. Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Caliandro (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato.

1. Approvazione verbale seduta di Commissione del 22.2.2011;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Valutazione posizioni di colleghi iscritti;
4. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
5. Varie ed eventuali.

## UNA SENTENZA SULLA QUALE DISCUTERE E ... RIFLETTERE

*La recente sentenza della Cassazione che ha ribaltato un precedente giudizio di assoluzione per un medico che aveva dimesso un paziente dopo una degenza per problematiche cardiache e successivo decesso dello stesso, ha innescato un lungo e, a mio parere, doveroso dibattito sulla stampa specializzata alla ricerca di una posizione che avvalori il quid del problema.*
*Si sono succedute valutazioni di natura giuridica, medico legale, bioetica, più squisitamente specialistica, ordinistica. Non ultime sono state affrontate le tematiche legate al mai abbastanza approfondito tema del rapporto tra qualità delle cure sanitarie e corretto utilizzo delle risorse. Tema assai sentito dalla professione medica che si trova ogni giorno a confrontarsi in ospedale e negli studi con i pressanti richiami delle direzioni USL ad un razionale uso di farmaci, tecnologie, presidi e così via.*
*In realtà, a parere degli esperti, questa sentenza non ha fatto altro che rimarcare una assoluta responsabilità del medico nella cura del paziente.*
*A me preme sottolineare due aspetti. Il primo attiene al ruolo delle "linee guida" che tanta parte continuano ad avere nel nostro vissuto professionale quotidiano, mentre il secondo è di stretta pertinenza ordinistica in quanto ancora una volta, come sta accadendo sempre più spesso negli ultimi anni, i Giudici si sono ispirati al nostro Codice Deontologico nel formulare la loro sentenza, facendo derivare in buona sostanza il loro giudizio dalla interpretazione degli articoli in esso contenuti. Un ruolo pertanto, quello del Codice, mai così attuale ma sul cui status giuridico occorrerà riflettere davvero considerato che, a differenza della vicina Francia, il nostro non ha valenza legislativa ma riveste la funzione di codice di autoregolamentazione della Professione.*
*Per approfondire questi temi abbiamo chiesto a due esperti della materia, il magistrato Sergio Fucci ed il presidente dell'Ordine dei medici di Firenze Antonio Panti, un contributo che offriamo alla riflessione dei colleghi i quali sono fin da ora invitati a partecipare alla discussione.*

*Il presidente*
*N. D'Autilia*

***La sentenza è consultabile sul sito www.ordinemedicimodena.it - sezione ultime notizie.***

## I PRINCIPI ESPRESSI DALLA SUPREMA CORTE

La Corte di Cassazione, nella sentenza n. 8254/11 della quarta sezione penale, ha annullato per difetto di motivazione la sentenza della Corte d'Appello di Milano che, in riforma della decisione del giudice di primo grado, aveva assolto un cardiologo imputato di omicidio colposo ai danni di un paziente, dimesso, secondo la tesi dell'accusa, impropriamente in quanto si trovava in condizioni critiche e, quindi, necessitava ancora di essere assistito in ospedale, tant'è che è deceduto poche ore dopo il ritorno a casa.
Il paziente, infatti, nella stessa notte delle dimissioni, è stato colto da dispnea e tosse e, trasportato dai familiari, è giunto in ospedale in arresto cardio-circolatorio causato, secondo gli esiti dell'autopsia, "*non da scompenso congestizio, bensì aritmia tipo tachicardia-fibrillazione ventricolare*".
La Suprema Corte, in sostanza, ha ritenuto non convincente, perché incongrua e contraddittoria, la motivazione della decisione del giudice di secondo grado, cui ha rimesso gli atti per un complessivo riesame più approfondito della vicenda al fine di verificare, anche attraverso nuovi accertamenti tecnici, se la scelta del cardiologo di dimettere il paziente in questione, ricoverato d'urgenza nel nosocomio perché colto da un grave infarto del miocardio, sia stata legittimamente operata, tenuto conto delle condizioni cliniche dell'interessato all'atto delle dimissioni.
La Cassazione, come emerge dall'analisi della motivazione della sentenza n. 8254/11, esprime una valutazione molto critica della decisione del giudice d'appello laddove, pur avendo individuato una "*persistente criticità e precarietà*" delle condizioni del paziente, ritiene corrette le dimissioni in questione, perché conformi ad alcune "*linee guida*", del cui contenuto e delle cui finalità , peraltro, poco si conosce perché, tra l'altro, non versate in atti.

Secondo la Cassazione, infatti, la condotta del cardiologo di dimettere il paziente potrebbe essere ritenuta "*giusta*" solo se venisse accertato che all'atto delle dimissioni il complessivo quadro clinico dell'ammalato si era effettivamente stabilizzato e che, quindi, non era più utile e prudente trattenerlo in ospedale.
Nel giudizio di rinvio, al quale ha dato luogo la sentenza della Suprema Corte, un'altra sezione della Corte d'Appello di Milano dovrà procedere con particolare attenzione a questa verifica relativa all'esistenza dei presupposti clinici per operare le dimissioni del paziente, in modo da accertare o escludere che il sanitario abbia agito con imprudenza ovvero con imperizia. Risolto eventualmente in modo positivo questo problema, che riguarda l'esistenza o meno del profilo di colpa addebitato al medico imputato, occorrerà poi comunque verificare se sussiste il nesso causale tra la condotta del cardiologo e l'exitus del paziente, ovvero se le dimissioni non hanno avuto una reale incidenza negativa sull'evento mortale poi accaduto.
È noto, invero, che per ritenere sussistente la responsabilità penale di un sanitario in relazione ad una contestazione di omicidio colposo è necessario che venga accertata non solo l'esistenza di una condotta colposa, ma anche il nesso di causalità tra il comportamento colposo del medico e la morte del paziente.
In questa sentenza la Cassazione sembra esprimere una preoccupazione sull'uso non appropriato delle "*linee guida*" nel processo. È noto il dibattito in medicina sul valore delle indicazioni provenienti dalle "*linee guida*" che sono certamente un ausilio per il medico nell'esercizio della sua professione, ma che possono essere correttamente utilizzate nella pratica clinica solo se rappresentano effettivamente, in un determinato momento storico, lo "*stato dell'arte*" nella cura del paziente, di "*quel*" paziente, che viene assistito dal sanitario. È, quindi, importante, che il medico indichi nella cartella clinica le ragioni della sua decisione facendo specifico riferimento allo stato di salute del paziente ed è essenziale che la sua condotta venga valutata in relazione al quadro clinico complessivo del malato all'atto delle dimissioni, quadro che, in ipotesi, può rendere "*giusta*" una scelta diversa da quella eventualmente consigliata in via astratta da una "*linea guida*".
La Cassazione, peraltro, si preoccupa anche di tutelare la salute del paziente che può essere messa a rischio se la fissazione del momento delle dimissioni venga suggerita da una "*linea guida*" che sia stata predisposta solo per conseguire "*criteri di economicità di gestione*" dell'azienda sanitaria e non tenga in debito conto le "*effettive esigenze del singolo paziente*".
Ecco perché la Suprema Corte sottolinea che occorre approfondire gli accertamenti tecnici per verificare se le dimissioni in questione erano "*compatibili*" con le "*criticità*" delle complessive condizioni del paziente, individuate nella sentenza del giudice d'appello nella "*severità dell'infarto*" (descritto come "*miocardico antero-settale molto esteso*"), nella "*grave compromissione della residua funzione meccanica*, con *frazione di eiezione ridotta al 29%*" e "*nell'elevato rischio di recidiva, anche a causa di pregresse e varie patologie*", di cui il malato era portatore. Dall'anamnesi è emerso, infatti, che il paziente "*era un soggetto a rischio coronarico, trattandosi di fumatore, iperteso da tre anni con rifiuto di terapia, affetto da ipercolesterolemia grave, da ipergliceridemia* e *obesità, tutti indicatori di una sindrome dismetabolica*".
Dalla sentenza della Cassazione traspare, quindi, l'esigenza di procedere agli accertamenti sulla responsabilità medica con la necessaria accuratezza anche metodologica, senza percorrere pericolose "*scorciatoie*" che lascino ancora da chiarire i punti salienti della vicenda in esame.
Dalla sentenza, cui è dedicato questo breve commento, emerge anche la fondamentale importanza dell'opera del medico che "*con scienza e coscienza*" deve potere tutelare la salute del malato, utilizzando tutti i presidi che la scienza offre in un determinato momento storico, con la necessaria autonomia professionale e senza farsi condizionare da altre esigenze che possano sviarlo da questo compito.
La Cassazione, infine, non nega in linea di principio importanza alle "*linee-guida*", ma esige che questi strumenti vengano utilizzati nel processo a ragion veduta e cioè dopo che ne sia stato accertato nel contraddittorio tra le parti un serio livello di scientificità finalizzato a tutelare la salute del malato "*astratto*" cui si riferiscono e, quindi, sempre che i suggerimenti ivi contenuti siano, in concreto, idonei a rappresentare una garanzia per il "*singolo*" e "*particolare*" paziente di cui si discute, secondo il responsabile giudizio espresso prima dal curante e poi da coloro che eventualmente sono chiamati - come periti o consulenti tecnici - a giudicare l'operato del clinico in quelle circostanze.

Sergio Fucci
Giurista e Bioeticista

# MOLTO RUMORE PER NULLA

Il titolo dell'articolo è solo parzialmente giusto in quanto, se è vero che i medici si sono vivamente preoccupati per le possibili conseguenze della sentenza della Cassazione n. 1873/2010 sul problema dell'aderenza alle linee guida, è altresì vero che, nel dispositivo, sono contenute affermazioni assolutamente condivisibili perché riaffermano l'indipendenza di giudizio e la libertà di scelta delle cure da parte del medico. L'allarme nei colleghi nasce dal timore che la Suprema Corte abbia inteso negare la validità delle linee guida o, ancor peggio, l'opportunità che il medico le osservi e che, anzi, ne derivi colpa professionale dall'averle osservate. Da ciò un disorientamento che certamente deriva da un esame affrettato del dispositivo.

In sintesi estrema la Cassazione ha ribaltato precedenti sentenze assolutorie delle Corti di merito, sostenendo che l'aver dimesso un paziente deceduto il giorno successivo alla dimissione per aver seguito le linee guida al di là della valutazione clinica del soggetto e, peggio ancora, per la accettata prevalenza di considerazioni economiche sull'interesse del paziente, meritava un rinvio alla Corte d'Appello per valutare il nesso causale fra la suddetta dimissione e il decesso. Una volta che tale nesso fosse dimostrabile, ne deriverebbe chiaramente la natura della responsabilità medica nell'aver sottoposto la valutazione clinica del paziente a suggestioni esterne.

Infatti la sentenza recita testualmente: "*Nulla si conosce nei contenuti di tali linee guida, né dell'autorità dalle quali provengono, né del loro livello di scientificità, né delle finalità che con esse si intende perseguire, né è dato conoscere se le stesse rappresentino un ulteriore garanzia per il paziente ovvero, come sembra di capire dalla lettura delle sentenze in atti altro non siano che uno strumento per garantire l'economicità della gestione della struttura ospedaliera. In ogni caso non risulta acquisito in atti alcun argomento che le introduca.*"

Si evince chiaramente dal dispositivo che i periti non abbiano citato e allegato alle loro perizie, al contrario di quel che è il loro dovere, linee guida o percorsi assistenziali scientificamente validati da società scientifiche nazionali e internazionali, documenti che esistono, sono facilmente reperibili e riguardano ormai tutte le discipline mediche.

Se qualcuno, incautamente, si è poi riferito ad una "Raccomandazione" interna all'Ospedale che, come spesso purtroppo accade, legasse il comportamento del medico a valutazioni economicistiche (lunghezza del ricovero, occupazione di posti letto, entità del DRG etc …) ha commesso un errore sul piano deontologico e sul piano giuridico in quanto l'obbligo di "tener conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità", come si esprime l'art. 13 del Codice Deontologico, ci ricorda che i valori a cui si deve ispirare l'agire medico sono in ordine: primo, l'efficacia delle cure, cioè l'interesse clinico del paziente, secondo, il rispetto della sua autodeterminazione , terzo, l'uso equo delle risorse.

Tutto ciò fa pensare, in conclusione, allo svolgersi di un episodio assolutamente peculiare che, sicuramente, avrebbe avuto una diversa valutazione qualora ci si fosse riferiti, nel dare supporto peritale all'agire del medico, a linee guida internazionalmente validate. Infatti nessuno può rinunciare ai dati scientificamente acquisiti e quindi alle raccomandazioni cliniche che ne conseguono e che non possono altro che ispirare il comportamento del medico proprio nel precipuo interesse del paziente.

Nessuno sostiene che la linea guida sia una sorta di salvacondotto che metta al riparo il medico da qualsiasi responsabilità deontologica civile e penale. Tutti sanno che la competenza professionale del medico si misura proprio nella capacità di affrontare ogni problema nell'ottica del paziente che ha di fronte. Tuttavia, se la Medicina è una Scienza, e lo è, essa deve essere anche confrontabile e misurabile e quindi traducibile in raccomandazioni statisticamente valide e costruite sull'esperienza di tutta la comunità scientifica.

A questo punto, per rispondere ancor meglio alle preoccupazioni dei medici, occorre ricordare che lo snodo fondamentale della citata sentenza sta in questa frase: "*Nel praticare la professione medica, dunque, il medico deve con scienza e coscienza perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di altra natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge e alle conseguenti relative responsabilità*".

Chiunque può sentire in questa frase il richiamo forte al dettato, ripetuto in molteplici sentenze della

Corte Costituzionale, che unica misura dell'agire medico è il seguire le leges artis, cioè le migliori evidenze scientifiche, nell'interesse del paziente di cui si sia acquisito il consenso dopo averlo esaustivamente informato.
La Corte Costituzionale si è riferita, nell'adottare questo principio, a numerose disposizioni contenute in leggi regionali o nazionali, che ha cassato in quanto contrarie ai valori della Costituzione. Infatti nessuna disposizione di legge nazionale o locale o nessun atto normativo, da qualsiasi fonte originato compreso le direzioni ospedaliere, può condizionare la libertà di giudizio del medico che deve svolgersi ed attuarsi secondo i principi del codice deontologico che ho sopra ricordati. Forse un incipit di questo tipo potrebbe costituire il primo comma di qualsiasi dispositivo legislativo sul cosiddetto "Governo Clinico", delineandone la temperie morale, perché il medico deve sempre decidere secondo scienza, cioè secondo le più "aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche", così come recita il già citato articolo 13 del codice, e non può ugualmente non tener conto dell'appropriatezza clinica e organizzativa, cioè dell'uso equo delle risorse, ma misura massima dell'etica del proprio comportamento è e rimane l'interesse del paziente.

*Antonio Panti*
*Presidente Ordine Medici Firenze*

Informazione pubblicitaria

# POLIAMBULATORIO PRIVATO CASTELLO

Castelfranco Emilia – Via Zanasi, 5 (al semaforo centrale)
Direttore Sanitario Dr. Gian Luigi Giordani, specialista in Radiologia

**Diagnostica per immagini**:
Radiologia, Mammografia (in convenzione), Ecografia (internistica, ginecologica, ostetrica, etc..), Ecocolordoppler vascolare, Ecocardiografia, Densitometria ossea Dexa GE Lunar (rachide e femore).

**Poliambulatorio specialistico**:
Medicina interna e malattie metaboliche (obesità, diabete), Dietologia, Neurologia (elettromiografia), Oculistica (OCT, campo visivo, etc..), Dermatologia (videodermatoscopio digitale), ORL (audiometro, impedenzometro, etc..), Ortopedia, Fisiatria, Ostetricia e Ginecologia,Urologia, Endocrinologia.

Apertura dal lunedì al venerdì 08.00 – 19.00.

***Per informazioni e prenotazioni:***
***Tel. 059-928457 Fax. 059-926232. E-mail: info@poliambulatoriocastello.it***

# ETICA DI INIZIO VITA

*Con questo numero intendiamo cominciare a proporre alla riflessione dei colleghi il tema delle problematiche bioetiche connesse all"inizio vita", convinti che sia anche questo un argomento di grande interesse ed attualità e capace di coinvolgere ciascuno di noi tanto a livello personale quanto professionale.*
*I temi della nascita e della genitorialità, al pari e forse ancor di più dei temi connessi col "fine vita", sono stati oggetto negli ultimi decenni di radicali cambiamenti a livello sociale e culturale, ancora una volta sospinti e influenzati dai grandi progressi delle scienze biomediche, che hanno reso possibili sia nell'ambito delle tecniche di fecondazione assistita sia nell'ambito della rianimazione neonatale, interventi fino a pochi anni fa del tutto impensabili.*
*Tutto questo pone peraltro profondi interrogativi in campo bioetico e crea nel contempo le premesse per una approfondita e puntuale riflessione, che intendiamo iniziare con questo numero attraverso il contributo di due figure professionali diverse, un medico ginecologo e una psicologa, con l'obiettivo di inquadrare il tema della procreazione-genitorialità nella realtà medica, sociale e psicologica di oggi. Pensiamo che ciò potrà esserci di grande aiuto nell'affrontare e comprendere i problemi bioetici veri e propri, che cominceremo a trattare dal prossimo numero.*
*Il prof.Giuseppe Masellis, già direttore del Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda USL di Modena; attualmente membro della Commissione Regionale "Percorso nascita" e Presidente della Associazione "Buona Nascita onlus".*
*La d.ssa Elisa Cocchi, psicologa e psicoterapeuta dell'età evolutiva ad indirizzo psicodinamico lavora presso il Centro di Consulenza per la Famiglia di Modena dal 2003,presso il quale si occupa delle consulenze genitoriali, evolutive e adolescenziali ed è responsabile dei corsi in preparazione al parto e dei corsi per genitori.*

# RIFLESSIONI SULLA NASCITA

Venire al mondo è un evento naturale.
È naturale perché fa parte della biologia dell'uomo.
Appartiene alla naturale evoluzione dell'uomo.
È naturale nel significato biologico.
È naturale in quanto fa parte dell'ordinarietà, è un dato di fatto consueto, abituale.
È un evento biologicamente definito che appartiene alla natura umana che garantisce la prosecuzione della vita e la storia dell'umanità.
Tutti questi aspetti di naturalità contengono perciò altrettanti presupposti di complessità.
Innanzitutto non solo è l'inizio della vita, è anche la necessità:

- di cogliere la radice dell'identità personale e relazionale;
- di scoprire il senso della nostra esistenza;
- di progettare il tempo della vita.

Venire al mondo ogni volta è un evento straordinario, unico, eccezionale, irripetibile che modifica per sempre la fisionomia delle relazioni e le biografie.
Anche quando è atteso, pianificato, previsto ha le caratteristiche dell'imprevisto.
L'inizio del percorso di genitorialità è una svolta irreversibile, la vita di sempre non sarà mai più la stessa.
La naturalità della dimensione biologica è resa sempre più complessa per la presenza di diverse culture, oggi in una società interculturale, ciò che appare naturale diventa sempre più eterogeneo per i diversi modi di vivere e interpretare la procreazione.
Tutto ciò rende complessi "i normali" spazi e tempi del venire al mondo.
È questa "la normale complessità del venire al mondo" (come recita il titolo di un convengo di qualche anno fa).

Si comprende quindi che la realtà del nascere appare sempre meno circoscrivibile alla sola area delle scienze mediche; è sempre maggiore la necessità di recuperare il profondo legame con le scienze umanistiche, mi riferisco alla filosofia, alla storia, alla sociologia, alla psicologia, discipline queste che da sempre si sono interessate alla nascita, prima ancora delle scienze mediche.
La complessità della nascita comporta una complessità del sistema di assistenza alla maternità o meglio una normale complessità dell'assistenza alla nascita.
Stiamo infatti assistendo ad un cambiamento epistemologico e professionale dell'Ostetricia moderna e del concetto di Nascita inteso come "Buona Nascita", che coinvolge non solo il medico ostetrico, ma globalmente gli operatori della salute e possiamo dire l'intera società.
Perché una nascita sia una buona nascita, deve essere vissuta nella sicurezza, ma anche nella soddisfazione, nella consapevolezza e nella serenità; se possibile deve essere vissuta nella gioia (termine in disuso nel nostro mondo).
Il concetto di buona nascita, dunque, non è sinonimo di Buon Parto (visione riduttiva), è un concetto più ampio: non corrisponde sempre e necessariamente a un parto spontaneo senza complicazioni, ma a una buona nascita intesa come una "bella nascita" per la mamma ed il bimbo, per quella mamma e quel bimbo e per quella famiglia.
L'impegno di tutti è quello di accompagnare ogni mamma verso la "SUA" buona nascita.
Il concetto di buona nascita prevede pertanto il raggiungimento di specifici obiettivi che possono essere così riassunti:

- il benessere psicofisico della donna;
- la valutazione multidimensionale e approccio globale alla persona;
- la formazione multidisciplinare degli operatori della "salute";
- il dialogo e la collaborazione fra specialisti delle diverse discipline;
- la promozione di interventi integrati e personalizzati.

Soltanto utilizzando un approccio olistico alla maternità, interventi personalizzati, "modellati" sulla singola donna e una concezione multifattoriale della salute, si può intervenire a vari livelli per un adeguamento dell'intero sistema alla tutela della maternità.
Leonardo diceva: "…la forza espressa da"insieme è maggiore della somma delle parti…" ed il concetto di buona nascita è così vasto e complesso che per poter rispondere ad esso in modo efficacie ed efficiente, tutti gli attori coinvolti devono compiere azioni volte ad un comune obiettivo.
Azioni espresse per ambiti e competenze, per professionalità e ruoli, fra territorio e ospedale, pubblico e privato, personale medico e non, devono "accordarsi" come strumenti di un'orchestra che suonano un'unica melodia.
La medicina della buona nascita dovrà essere consapevole del percorso compiuto nel corso di due secoli: percorso tecnico di acquisizione di conoscenze , percorso sociale di evoluzione delle richieste e dell'offerta.
Il mettere al mondo non è più un compito biologico ineludibile, la possibilità di scelte e l'individualità degli attori principali (le donne) hanno fortemente condizionato il modo di tutelare la maternità.
La buona nascita (buona come risultato ostetrico/neonatologico e sociale, ma buona anche per i genitori, per la famiglia e la società) non è frutto del caso: al giorno d'oggi e nel nostro modello di società, è frutto di una nuova capacità di ricerca, di riflessione e di ascolto e non un risultato automatico del "lasciare andare le cose secondo natura".
Vorrei essere ancora più chiaro e concludere che la nascita deve essere una preziosa riscoperta che richiede riflessione, tempo e lavoro: un obiettivo premiante da raggiungere come un punto di partenza scontato.

*Giuseppe Masellis*

# NEL CUORE DELLA MATERNITÀ

*"Se qualcuno è disposto ad ascoltare lo sguardo di una madre, quello sarà anche il momento in cui quella madre sarà in grado di ascoltare il pianto del suo bambino" (Selma Fraiberg)*

Mi occupo ormai da molti anni, in qualità di psicologa dell'età evolutiva, dei corsi in preparazione al parto presso il Centro di Consulenza per la Famiglia di Modena. Incontro i futuri genitori; incontro i futuri papà, spesso con le loro certezze; incontro le future mamme, per lo più piene di dubbi e di paure per il grande cambiamento che una nascita porta a livello individuale e di coppia; incontro le pance, quei ventri che crescono giorno dopo giorno per dirigersi verso il mondo; incontro i bimbi che scalciano silenziosi mentre parliamo di loro e con loro durante il percorso di preparazione al parto e li incontro dopo, quando esplorano con i loro occhioni grandi le meraviglie della vita e quando cercano fiduciosi lo sguardo rassicurante della loro mamma.
Incontro dopo il parto i papà, con un po' meno certezze e un po' più di paure e incontro le mamme, stanche, affaticate, ma piene di una luce diversa nei loro visi.
Ogni volta è un'emozione.
Ogni gruppo mi consegna un messaggio importante: al di sopra di tutto, di ogni dubbio, di ogni incertezza, di ogni impotenza, di ogni sconforto, c'è il desiderio vitale di mettersi in discussione, di crescere, di incontrare la vita. Mi capita di incontrare poi i neo genitori, con i loro piccoli doni fra le braccia, non protetti dal gruppo della formazione, ma esposti nell'intimità di un incontro di consulenza dove si dà voce all'ambivalenza della vita e dell'amore: dove si può parlare, sì, delle gioie, ma anche della fatica del cambiamento, dell'incertezza del nuovo. L'esperienza raccolta in questi anni ci mette di fronte alla potenza che l'evento della nascita racchiude ed è proprio da qui che vorrei partire.
Molti autori sottolineano il momento della nascita come "crisi evolutiva" in quanto chiede una maturazione individuale e di coppia non facile da tradurre in parole e chiede di riconoscere e di andare verso una differenziazione fra un passato individuale e un presente che riguarda il figlio, dove risulta molto faticoso creare confini e separazioni.
Interessante a questo riguardo è la **"teoria della trasparenza"**, in base alla quale il funzionamento psichico materno durante la gravidanza sarebbe caratterizzato da un abbassamento delle resistenze abituali per incontrare il mondo dell'inconscio. Ci sarebbe in questa fase un investimento sulla storia personale (l'essere stata figlia da parte della madre) e sui suoi conflitti infantili. Le rappresentazioni mentali in questa fase sarebbero centrate su una innegabile polarizzazione narcisistica che la porterebbero a percepire il feto come un oggetto interno alle sue fantasie, riattivando in lei la bimba che è stata (questo processo è indispensabile durante la gravidanza perché è funzionale al legame di attaccamento); ma dopo la nascita non è sempre così lineare il meccanismo per il quale il figlio assume uno status esterno e molte mamme rimangono nel sogno della gravidanza, sentendo di avere perso il proprio oggetto interno e quindi non riuscendo a scindere loro stesse dal neonato (questo processo di differenziazione è molto lento, per questo la simbiosi mamma- bambino incide sul legame di coppia, ma allo stesso tempo dovrebbe essere agevolato dall'entrata in scena della figura coniugale- paterna).

Creare le condizioni affinché i genitori riescano ad essere **"sufficientemente buoni"**, significa da una parte riconoscere che la nascita rappresenta un passaggio critico di grande complessità che chiede un ***riposizionamento relazionale*** e ***una ridefinizione della propria identità***, ma dall'altra, ancora prima di ciò, significa *ascoltare* e *accogliere* i vissuti emotivi che si nascondono nel cuore della maternità. La maternità porta in sé emozioni contrastanti, gioia ed entusiasmo, ma anche turbamento e confusione. C'è una sottile e forte spaccatura fra la realtà dell'essere genitore e lo stereotipo sociale in cui si è immersi; una spaccatura che, se non viene accolta, riconosciuta, contrastata, crea sofferenze e inadeguatezze. E' un tema che tocca ogni genitore: sia quello che sceglie di esserlo, sia quello che sceglie di non esserlo; sia quelli che lo diventano dopo una lunga ricerca, sia quei genitori che lo diventano "per caso"; sia quei genitori che sono fertili, sia quelli che non lo sono; sia che ci sia un aborto (spontaneo o volontario) o

che un bambino nato viva solo per poco tempo. Ognuna di queste strade scelte o subite lascerà dei segni che caratterizzano la trama entro cui quell'uomo o quella donna si muoveranno nel mondo. Oggi uno degli imperativi per una donna è lavorare, essere madre e moglie e accudire genitori non più così autonomi, ma questa sequenza di e/o può portare allo sfinimento, alla solitudine, a disagi di vario genere (crisi di coppia, depressione, sintomi psicosomatici che si rendono evidenti nella crescita evolutiva …). La maternità chiede di fare luce in quei territori ombrosi che di solito vengono taciuti: le parole, l'ascolto, la condivisione e l'elaborazione dei pensieri più solitari, aiutano a volte a toccare un equilibrio personale e di coppia che rischia di rimanere confuso o di andare perduto.

Quando incontro le mamme o ascolto i genitori nella stanza di consultazione, ciò che più arriva, lì all'altezza dello stomaco, è il potente bisogno di dare voce a quei vissuti psicologici che di norma vengono taciuti. Le lacrime a cui spesso si abbandonano le mamme, non sono quelle della patologica depressione post partum, ma quelle che vogliono uscire dalla prigionia del falso stereotipo della madre "eternamente felice". Sono lacrime che chiedono di rendere umani sentimenti di rabbia, di amarezza, di stanchezza, di solitudine che spesso accompagnano la nascita. Sentimenti che non negano e che, anzi rafforzano e vanno di pari dignità con felicità, commozione, dedizione e senso di realizzazione. Per permettere questo, per narrare la storia emotiva di una maternità, è importante creare un **"Ambiente facilitante**" che coinvolga i papà e le figure che ruotano intorno alla sfera famigliare, che consegni loro informazioni preziose riguardo il **legame d'attaccamento** e che porti a una sensibilizzazione dei contenuti emotivi legati alla maternità. Attenzione alla sfera "donna- madre", ma anche alla relazione dell'uomo con la maternità e la genitorialità. La paternità è gioia ma anche fatica: stare in relazione all'altro, ai suoi bisogni, che siano i figli o che sia la madre dei propri figli che spesso va aiutata e sostenuta. La presenza del padre che separa quella simbiosi stretta fra madre/figlio, dovrebbe aiutare a formare confini e a rafforzare l'identità di tutti: padre, madre e bambino. Porre attenzione quindi alla donna, all'uomo, ma anche a tutto il contesto famigliare: la triade madre – padre – bambino e a chi vi gravita intorno fin dal periodo di sviluppo psicologico ed emotivo precedente alla nascita.

La nascita di un figlio s'intreccia quindi con aree di cui non sempre si è consapevoli: la revisione dei propri vissuti infantili; il rapporto con i propri legami famigliari e intergenerazionali; la storia della coppia; le differenze di genere nell'essere madri e padri; la configurazione di nuove identità legate al senso di sé; la separazione, la differenziazione, il confronto con le proprie figure genitoriali.

Credo che uno dei compiti richiesti a chi si occupa di maternità, intesa come un momento di profondi mutamenti psichici, fisici e relazionali, sia quello di offrire spazi e opportunità di confronto per provocare pensabilità, dare parole a quella voce interiore che le mamme e i papà non sempre riconoscono. Così in un momento come quello della transizione alla genitorialità, in cui spesso regna il silenzio dell'incomprensione, alle volte lo spavento, altre volte l'impotenza, "il colloquio" permette alla donna, a dispetto del brusio sociale a proposito della gravidanza e del bambino, di sentire l'eco della sua voce personale". E indirettamente sarà un modo per comprendere quanto può essere necessaria la ricerca di significati sottesi ai comportamenti (individuali, genitoriali e di coppia), non solo per una maggior comprensione di se stessi, ma anche per una differenziazione fra ciò che appartiene al proprio passato e ciò che appartiene al figlio, permettendo proprio a quest'ultimo, crescendo, di contattare e dare voce in questo modo, al suo **Vero Sé**.

*Elisa Cocchi*

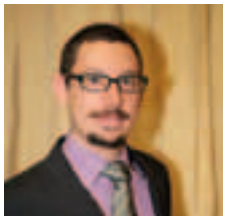
*Bibliografia essenziale di riferimento:*
- *D. Winnicott, Sviluppo affettivo e ambiente, Armando Editore, Roma 1987.*
- *G. B. La Sala, V. Iori, F. Monti, P. Fagandini (a cura di), La normale complessità del venire al mondo, Guerini Studio, Milano 2006.*
- *J. Bowlby, Una base sicura, Cortina, Milano 1958.*
- *M. Trinchero, La solitudine delle madri, Edizioni Scientifiche Magi, Roma 2008.*
- *E. Cocchi, Genitorialità: transizione e passaggi intergenerazionali, in Babele, num , 2009.*

# LE ALTERAZIONI DELLA FERRITINA E L'EMOCROMATOSI: SPUNTI DI RIFLESSIONE DALLE LINEE GUIDA EUROPEE

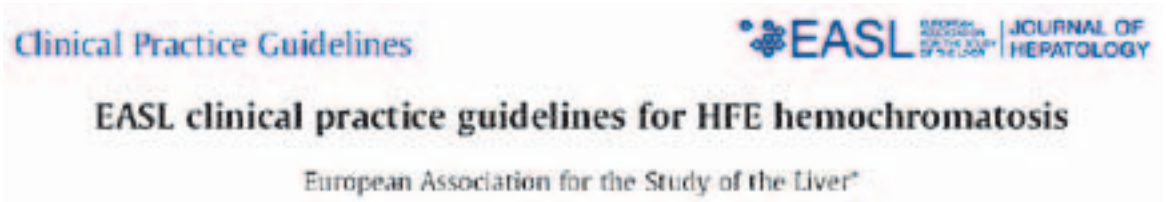
***Questa rubrica si propone di commentare brevemente articoli tratti dalle più importanti riviste internazionali che abbiano una ricaduta importante nella pratica clinica***

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

*G. Abbati*



*M. Bianchini*




Sono state recentemente pubblicate sulla rivista della *European Association for the Study of the Liver* (EASL) le linee guida per la gestione del paziente con emocromatosi ereditaria classica. Si tratta dello sforzo congiunto degli esperti europei, coordinati da un modenese, il Prof. Antonello Pietrangelo, per rispondere ai quesiti più rilevanti su questa patologia, alla luce delle più recenti evidenze cliniche. L'argomento è di interesse perché riguarda un numero significativo di cittadini europei, compresi noi italiani. La prevalenza dell'emocromatosi ereditaria classica, intesa come condizione di omozigosi per la mutazione maggiore del gene HFE, associato alla forma più comune di questa patologia, è infatti in media dello 0.38% nella popolazione europea, con punte decisamente più alte nel Nord Europa dove arriva al 12%. In Italia la prevalenza è maggiore nelle regioni del Nord dove la frequenza allelica stimata va dal 2.5 al 4.7% nella popolazione generale. Se consideriamo la frequenza dell'omozigosi per la mutazione maggiore del gene HFE nei pazienti che giungono all'attenzione dello specialista con segni clinici di emocromatosi, ovvero con documentata siderosi d'organo, si raggiunge una prevalenza dell'80%. Tra i pazienti epatopatici, con cirrosi o epatocarcinoma, la prevalenza dell'omozigosi per la mutazione maggiore del gene HFE va dal 3 al 10% nelle diverse casistiche. E' interessante notare come la prevalenza sia elevata anche tra i pazienti che si rivolgono al medico per segni o sintomi di patologie non eminentemente epatiche, come il diabete e le artropatie, note complicanze delle malattie ereditarie da accumulo di ferro. Se consideriamo invece la prevalenza di emocromatosi ereditaria tra i pazienti che si rivolgono allo specialista per alterazioni dei parametri biochimici del ferro, la genetica risulta positiva per emocromatosi, nelle diverse casistiche, in una percentuale variabile dall'1.2 al 17% dei pazienti con iperferritinemia e dal 4.3 al 21% dei pazienti con aumentata saturazione della transferrina. Viceversa, è dimostrato che solo una parte dei soggetti omozigoti per la mutazione maggiore del gene HFE manifestano alterazioni dei parametri biochimici del ferro o danno d'organo da ferro.La penetranza fenotipica del genotipo emocromatosico è infatti piuttosto bassa, tanto che solo il 26% delle femmine e il 32% dei pazienti dei maschi omozigoti hanno un'iperferritinemia o un'ipersideremia e addirittura solo il 18% maschi e il 5% delle femmine omozigoti hanno un danno epatico significativo in termini di fibrosi. Per questo motivo gli esperti europei non ritengono indicato lo screening di popolazione per l'emocromatosi HFE-correlata, che va invece considerata in tutti i pazienti con danno epatico non diversamente spiegato e segni di accumulo di ferro, utilizzando come indicatore di possibile siderosi tissutale la percentuale di saturazione della transferrina. L'iperferriti-

nemia infatti, l'alterazione di più frequente riscontro, è un dato meno specifico e non sempre esprime un reale sovraccarico di ferro: una ferritina sierica elevata pone quindi il problema della diagnosi differenziale tra l'emocromatosi ereditaria e numerose altre patologie, non necessariamente correlate al metabolismo del ferro. Qualsiasi processo infiammatorio può comportare un rialzo della ferritinemia, ma più spesso questo dato si associa a disturbi del metabolismo glico-lipidico e a quadri di epatopatia steatosica, caratterizzati istologicamente da diversi gradi di infiammazione e di fibrosi e da un accumulo di ferro diverso per entità e distribuzione da quello dell'emocromatosi ereditaria, ma che talvolta richiede un trattamento specifico. Anche le epatopatie virali, da alcol e altre epatopatie metaboliche, come quelle da accumulo di rame, possono associarsi a rialzi più o meno marcati della ferritina sierica. Alcune patologie ematologiche possono comportare rialzi della ferritina, associati o meno a siderosi tissutale. L'iperferritinemia dunque, anche quando non è espressione di un'alterazione ereditaria del metabolismo marziale, merita comunque un inquadramento clinico preciso come possibile spia di altre epatopatie, di siderosi di diversa eziologia o di patologie sistemiche infiammatorie o dismetaboliche. Di fronte ad un primo riscontro di iperferritinemia, le linee guida europee suggeriscono di determinare la saturazione della transferrina (Sideremia/(Transferrina x 1,42) x 100, normale se <50%): se aumentata, è indicato effettuare il test genetico per emocromatosi; se la saturazione della transferrina è nella norma, bisognerà comunque studiare il paziente considerando tutte le possibili cause di iperferritinemia e stabilire se vi sia un effettivo sovraccarico di ferro e di quale entità esso sia. Nella pratica clinica quotidiana, il riscontro di iperferritinemia è più spesso un reperto isolato, cioè non accompagnato da un aumento della saturazione della transferrina, e spesso la ferritina è solo di poco al di sopra dei limiti di norma: in questi casi è sempre indicato un approfondimento diagnostico? Considerando la stretta associazione tra l' iperferritinemia e un'ampia gamma di patologie del fegato e del metabolismo, la risposta sembra essere: sì. Anche laddove non vi sia l'effettivo riscontro di siderosi tissutale e non sia quindi indicato un trattamento specifico, un corretto inquadramento dell'iperferritinemia potrà consentire di definire se vi sia una patologia epatica o sistemica potenzialmente evolutiva e instaurare il trattamento più appropriato. Un'ultima considerazione nasce da osservazioni recenti sul rischio di sviluppare neoplasie extraepatiche e patologie cardiovascolari nei soggetti omozigoti per la mutazione maggiore del gene HFE. Diversi studi suggeriscono che questo genotipo si associ ad un'aumentata incidenza di neoplasie del colon e della mammella e di cardiopatia ipertensiva, indipendentemente dalla presenza di un effettivo sovraccarico di ferro corporeo. Un motivo in più per guardare con attenzione alle alterazioni dei parametri del ferro e cercare di inquadrarle correttamente.

*Francesca Ferrara*
*Medicina 2-Centro Malattie Eredometaboliche del Fegato*
*Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena*

*Riferimenti bibliografici*

- *European Association For The Study Of The Liver. EASL clinical practice guidelines for HFE emochromatosis. J Hepatol. 2010 Jul;53(1):3-22.*
- *Osborne NJ et al. HFE C282Y homozygotes are at increased risk of breast and colorectal cancer. Hepatology. 2010 Apr; 51(4):1311-8*
- *Ellervik C et al. Haemochromatosis genotype and iron overload: association with hypertension and left ventricular hypertrophy. J Intern Med. 2010 Sept 268(3):252-64*

*Le linee guida per esteso sono consultabili sul sito www.ordinemedicimodena.it sezione Bollettino.*

# GESTIONE DELLA CRONICITÀ

## PREMESSA

Quando si affronta il tema della gestione della cronicità occorre avere ben presente che si affronta il problema della sostenibilità del Sistema Sanitario Pubblico.
Sappiamo infatti molto bene che negli ultimi anni il 5% della popolazione della nostra Regione ha utilizzato oltre il 50% della spesa disponibile e che il 25% della stessa popolazione ne ha assorbito quasi il 90%.
Ci troviamo quindi ad affrontare il problema di un corretto utilizzo delle risorse, dell'appropriatezza e del governo clinico.
E' sostenibile quello sviluppo che soddisfa i bisogni del presente senza compromettere quelli del futuro, che preserva le condizioni di riproduzione delle risorse (anche quelle umane e professionali), che garantisce una partecipazione democratica alla loro utilizzazione.
In questa logica il Sistema Sanitario pubblico non è sostenibile senza un vasto coinvolgimento democratico dei cittadini e degli operatori nelle scelte di politica sanitaria che determinano la distribuzione delle risorse.

## CONCETTO DI SALUTE

Il paziente cronico, anche quando non è possibile la restitutio ad integrum, ha diritto al miglior recupero e alla migliore autosufficienza possibile, in altre parole alla migliore qualità di vita e alla migliore spettanza vitale.
L'OMS, definendo la salute non solo come assenza di malattia ma come stato di completo benessere psico-fisico e sociale ne ha fatto un obiettivo posto al di fuori ed oltre le possibilità della Medicina.
Così definita la salute, possiamo tutti contribuire secondo le nostre capacità, ma nessun singolo operatore, professionista, medico e neppure la più efficiente ed organizzata delle strutture sanitarie può da sola raggiungere l'obiettivo se non integrandosi.

## INTEGRAZIONE MULTIPROFESSIONALE

Integrarsi non dovrebbe significare soltanto sapere chi fa cosa, quando e come e neppure osservare, studiare l'altro per conoscerlo, che già sarebbe tanto, ma riuscire a pensare con la testa dell'altro, pur mantenendo la propria individualità ed il proprio pensiero.
Abbiamo tutti una nostra ottica parziale che ci permette di analizzare a fondo alcuni dettagli, ma che distorce la visione di insieme.
Pur nascendo nelle stesse aule accademiche ed essendo figlie dello stesso sapere, la Medicina Specialistica e la Medicina Generale si differenziano per setting, epidemiologia, modello, valori e metodo.
Riuscire a vedere anche con l'ottica dell'altro, scambiandoci le lenti, ci permetterebbe di cogliere i singoli dettagli e contestualmente l'immagine nel suo insieme.

## IL METODO DELLA MEDICINA GENERALE

Il metodo della Medicina Generale, soprattutto per la gestione del paziente cronico, non utilizza soltanto la visione olistica del paziente, che appartiene culturalmente anche alla Medicina Interna, ma il modello bio-psico-sociale teorizzato da L. Engel nel 1977 dove "prendersi cura del malato" non significa soltanto fare una corretta diagnosi di malattia ma confrontarsi con il vissuto di malattia del paziente e con il suo contesto sociale per poter impostare un trattamento terapeutico veramente efficace.
Derogare da questo metodo, che applicato al paziente cronico acquisisce una valenza pedagogica, significa fallire.
La malattia non è definibile soltanto in termini biologici, ma nella definizione della stessa, devono rientrare tutte le sfaccettature della realtà.
Il modello bio-psico-sociale engeliano vede l'uomo non solo come l'aggregato dei sistemi che lo compongono (visione olistica) ma lo vede anche inserito nei sistemi che lo sovrastano (famiglia, relazione, società..).
La lingua inglese ha tre vocaboli per definire la malattia, ciascuno per ogni ambito: disease cioè la malattia biologicamente intesa, illness cioè la malattia soggettivamente percepita, sikness la malattia socialmente intesa; questi sono i tre campi di azione contemporanea della Medicina Generale.
Per potere giocare su questi tre piani il MMG deve conoscere il paziente ed il suo contesto e rinunciare alla visione apostolica ed onnipotente della Medicina per sintonizzarsi sul singolo paziente, sulla sua personalità, sulla sua cultura, sul suo linguaggio in modo plastico ed elastico, con l'obiettivo dell'efficacia.

Questa capacità fa si che la Medicina Generale sia allo stesso tempo scienza ed arte. Dove ogni consultazione, ogni contatto sono originali e non producono risposte standardizzate di tipo meccanico-artigianale ma soluzioni originali, non ripetibili, la cui efficacia va misurata sul singolo caso.
Sempre avendo ben presente che tra i desideri, le aspettative dei singoli pazienti e le capacità, disponibilità del medico rimane un gap incolmabile, dovuto alla non raggiungibilità dei contenuti dell'obiettivo salute.

## LA DOMANDA DI SALUTE

Nel porci il problema gestione della cronicità e sostenibilità del sistema, vi è una domanda che sorge spontanea in premessa: sappiamo quale è la pressione che la domanda di salute esercita oggi sul sistema nel suo insieme? Abbiamo tutti i dati per quanto riguarda l'attività ospedaliera.
Per esempio in provincia di Modena nel 2009 su una popolazione di 694.580 residenti sono stati registrati 113.000 ricoveri ospedalieri e 321.000 accessi in P.S. (dati forniti dall'Azienda per il PAL). Questi dati fanno riflettere e tremare.
Ma quale è la domanda di salute sul territorio?
Una tesi di laurea recentemente presentata da due studentesse presso l'Università agli Studi di Modena e Reggio Emilia, seguita dal CeVEAS (Centro Valutazione Efficacia Assistenza Sanitaria), attraverso una rilevazione ed elaborazione esterna alla Medicina Generale, ha rilevato che in provincia di Modena ogni MMG (Medico di Medicina Generale) apre sul proprio database in ogni seduta di ambulatorio più di 50 cartelle cliniche ogni giorno escluse le visite domiciliari. Se questi dati, facilmente verificabili, saranno confermati significa che ogni MMG in provincia di Modena ha circa 12.000 contatti per anno più le visite domiciliari. E, dato importante per valutare la pressione che la domanda di salute esercita sul sistema, i 530 MMG della provincia di Modena rispondono a circa 1.300.000 contatti anno.
Questo dato fa tremare le fondamenta di qualsiasi ospedale e di qualsiasi sistema ma attesta, oltre ogni dubbio, anche in relazione al rapporto contatti MMG/accessi in P.S., che la rete sul territorio pur essendo sotto pressione tiene perfettamente bene e garantisce la sopravvivenza della rete ospedaliera.
I cinquanta contatti giornalieri di ogni MMG sono, sicuramente per la metà di natura burocratica, ma sicuramente ad alto contenuto relazionale. Dietro la semplice ripetizione di una ricetta o compilazione di un certificato ci stanno: il monitoraggio del cronico, la prevenzione con la medicina di iniziativa e di opportunità ed il mantenimento di relazioni che consentono una azione di filtro indispensabile alla sopravvivenza della qualità nel sistema ospedaliero e alla sostenibilità economica del sistema. Va anche detto che l'aspetto burocratico oggi molto complesso e pesante, oltre la valenza negativa acquisita dal termine, è uno strumento importante per il controllo della spesa e per garantire una più equa distribuzione delle risorse.
Un sistema così sotto pressione richiede interventi, ma assolutamente non improvvisati e che comportano comunque un alto rischio di collasso e di implosione.
Nessuno si sognerebbe di aprire una pentola sotto pressione senza tutte le precauzioni del caso e senza averne gli strumenti.

## DIMENSIONI DELLA CRONICITÀ

Altri dati ci danno le dimensioni della cronicità. Nella ASL di Modena vi sono 2864 posti letto ospedalieri e 458 posti letto di lungodegenza e riabilitazione. Ma vi sono anche 2273 letti in RSA e Case Protette più 473 posti semiresidenziali con un numero di operatori non rapportabile.
Ancora una volta, cosa accade sul territorio?
Sul territorio della ASL di Modena vengono seguite a domicilio 15.262 persone in Assistenza Domiciliare Programmata ed Integrata (dati 2009). Si tratta di pazienti non trasportabili in ambulatorio, polipatologici a rischio di scompenso, tra questi vi sono quasi 1300 neoplastici in assistenza domiciliare integrata oncologica che rappresentano il 64% dei morti per tumore nel 2009 nella nostra provincia (dati PAL ASL MO).
L'assistenza a domicilio di questi 15.262 pazienti (numero sottostimato rispetto al reale perché non tutti vengono inseriti in questi percorsi) viene garantita da 530 MMG e da 118 Infermieri Professionali che nell'anno 2009 hanno effettuato 359.019 accessi domiciliari.
Di questi accessi quasi 190.000 sono stati del MMG.
Ciò significa che ogni MMG ha in carico circa 30 di questi pazienti per i quali effettua tra i 350 ed i 400 accessi anno.

## GESTIONE DELLA PATOLOGIA CRONICA

Vi è poi un'altra sfida per numero di pazienti ed induzione della spesa altrettanto importante, sia per il territorio che per l'ospedale. Riguarda la gestione del paziente cronico ancora autosufficiente.
Questi pazienti come tante palline da ping-pong entrano ed escono dagli ambulatori della MMG e dagli ambulatori specialistici dove ricevono prestazioni senza alcun governo clinico con ripetizioni di esami, sovrapposizioni di competenze e di ruoli.
Occorre superare definitivamente la logica secondo la quale ognuno lavora benissimo a casa propria, senza sapere cosa accade in casa del vicino o peggio tiene perfettamente pulito il proprio giardino scaricando i rifiuti nel cortile del vicino il quale fa la stessa operazione senza che il problema trovi mai una soluzione.
Integrazione e lavoro in equipe significa riconoscere che siamo interdipendenti da un punto di vista professionale ed organizzativo, che ogni attività è un contributo pensato dentro un sistema di relazioni dove ognuno sa chi fa cosa, come e quando e che abbiamo una responsabilità condivisa sul risultato finale in un processo dove ogni elemento della catena conosce non soltanto la finalità del progetto ed i bisogni del cliente finale, ma anche i bisogni del cliente a monte e a valle.
Ben sapendo che un percorso di cura integrato è un metodo dentro al quale possono essere collocati l'analisi del processo, le responsabilità professionali, gli indicatori di valutazione e le componenti tecniche e relazionali.
Molte sono le patologie croniche che oggi necessitano di un governo clinico e di un percorso di cura integrato. Esempi: diabete mellito, scompenso cardiaco, TAO, disturbi cognitivi, ipertrofia prostatica benigna, patologie della tiroide stabilizzate, MGUS, asma e BPCO, neoplasie stabilizzate, postumi di malattie cerebrovascolari, altre malattie neurologiche in fase di stabilità, insufficienza renale cronica.
La Medicina Generale deve raccogliere questa sfida, consapevole che si gioca non solo il proprio futuro, ma il futuro del Sistema Pubblico e riportare in modo programmato, condiviso e sostenuto da apposita organizzazione, la gestione di un numero sempre maggiore di patologie croniche nell'ambito delle Cure Primarie e in particolare della Medicina Generale.
Ciò consentirebbe al paziente e al suo medico di recuperare una gestione unitaria di percorsi oggi frammentati e di non sempre facile composizione (pensiamo alla difficoltà di coordinare scadenze, accertamenti, terapie quando intervengono più specialisti). Inoltre, sarebbero disponibili risorse specialistiche da riconvertire, con abbattimento delle liste d'attesa, a favore del paziente complesso e a maggior rischio di scompenso che necessita in tempi brevi di prestazioni di secondo livello attraverso una corretta individuazione dei profili di rischio e la distinzione di ruolo tra curante e consulenti con enorme vantaggio sia della Medicina Generale che di quella Specialistica.
L'esperienza peraltro della presa in carico dei pazienti diabetici da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) è risultata (dopo l'iniziale opposizione delle Associazioni dei Pazienti) particolarmente positiva in termini di qualità dell'assistenza e di soddisfazione dei pazienti in diverse provincie della nostra Regione.
A Modena i 530 MMG assistono in gestione integrata 16410 Diabetici. Ancora 3899 pazienti con disturbi cognitivi, 2300 pazienti in TAO. Sono numeri importanti. Non tutto è ancora da fare! Certamente può essere migliorato!

## DIMISSIONI PROTETTE

Ultima sfida per l'integrazione Ospedale-Territorio sono le dimissioni protette. Molto è stato fatto e qualcosa resta ancora da fare. Nella provincia di Modena vi sono state 4223 dimissioni protette nell'anno 2009 con un aumento costante e progressivo di circa 200 dimissioni protette ogni anno a partire dal 2005.
Sono un numero enorme, a fronte dell'esiguo numero di operatori, i pazienti non autosufficienti, fragili che ritornano sul territorio grazie anche ad una tenuta ancora buona delle famiglie e al fenomeno del badantato. Essenziale in questo contesto la valutazione multifunzionale e multi professionale del paziente con una corretta individuazione dei profili di rischio.
Nella realtà di Modena importante è il contributo scientifico e culturale della Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità (Direttore Prof.ssa A. Becchi) che opera all'interno dell'Ospedale di Baggiovara. Uno studio non ancora pubblicato di A. Becchi e Coll. su 90 pazienti dimissibili ricoverati presso la Medicina Metabolica dell'Ospedale di Modena ha rilevato come la causa del prolungamento della degenza sia stato in 62 casi una difficoltà del trasferimento in una lungo-degenza ospedaliera, in 12 casi una resistenza della famiglia e soltanto

in 4 casi un ritardo di valutazione da parte delle unità di valutazione territoriali. Il problema delle Dimissioni Protette non sembra quindi essere legato ad una difficoltà di presa in carico sul territorio.

**CRITICITÀ**

Di cosa hanno bisogno il territorio, le Cure Primarie, la Medicina Generale?
Certamente di una migliore organizzazione, ma soprattutto di operatori. Oggi assolutamente non più sufficienti e ad alto rischio di burn-out. Questa è l'emergenza numero uno.
Altre criticità sono:
Non sufficiente integrazione degli operatori all'interno delle cure primarie, per esempio con i Medici di Continuità Assistenziale, troppo poco valorizzati.
Confusione di ruolo tra Curante e Consulenti.
Non sufficiente informazione/educazione sanitaria alla popolazione.
Non sufficiente coinvolgimento del MMG (che ha 12.000 contatti anno con la popolazione) nell'ambito della committenza; il MMG Referente di Distretto affianca un Direttore di Distretto senza più alcun potere reale in termini di committenza.
Preparazione accademico-ospedaliera e non sul territorio degli operatori.
Difficoltà di comunicazione dentro e fuori le Cure Primarie.
Insufficiente raccolta ma soprattutto analisi dei dati oggi disponibili.
Mancanza di una ricerca propria della Medicina Generale che lavora su progetti disegnati all'esterno con bisogni, obiettivi e finalità spesso estranee alla Medicina Generale.
Mancanza di propri indicatori ed utilizzo di indicatori mutuati dalla realtà assistenziale specialistica ospedaliera ed universitaria.
Non sempre corretta individuazione di profili di rischio del singolo paziente cronico.
Eccessiva delega al personale sanitario di funzioni burocratico amministrative.
Mancanza di un progetto maturo e condiviso di riorganizzazione del territorio. I nuovi modelli organizzativi (NCP strutturati, Case della Salute) non sono stati studiati e sperimentati a sufficienza per determinarne il costo/beneficio e la loro riproducibilità in contesti diversi da quelli oggetto di eventuali sperimentazioni.

**PROPOSTE**

I MMG sono sotto pressione per una mole di lavoro in costante aumento, appoggiata in modo pressoché totale sul singolo MMG sostenuto da una organizzazione molto scarna.
Occorrono più operatori sul territorio, preparati e motivati.
Occorrono collaboratori in ogni studio di Medicina Generale per sburocratizzare la figura del Medico ed Infermieri Professionali in ogni Nucleo di Cure Primarie.
L'organizzazione della MG, pur molto evoluta negli ultimi 20 anni (informatizzazione, Reti, Nuclei di Cure Primarie, associazionismo medico, cooperative), deve trasformarsi, per accettare le sfide dei nuovi bisogni e dei nuovi modelli di cura, attraverso una maggiore integrazione al proprio interno, con gli altri servizi territoriali e con l'ospedale.
I nuovi modelli organizzativi nell'ambito delle Cure Primarie, dovranno essere condivisi con gli altri operatori e con i cittadini, tenere conto del rapporto costo beneficio e della riproducibilità sul territorio, evitando di mettere a rischio il rapporto di fiducia medico paziente e la continuità nel tempo del rapporto assistenziale che, oggi , garantiscono il controllo della spesa e la sostenibilità economica del Sistema.
Le Case della Salute proposte dalla Regione E.R. sono aggregazioni "murarie" adatte ad accorpare servizi ove esistano strutture da riconvertire, ma nel medio periodo non si prestano a divenire il modello di riferimento delle Cure Primarie.
Prevedono una aggregazione fisica di servizi ma non diverse relazioni funzionali, non considerano l'integrazione con l'ospedale, sono molto costose, rischiano di accentrare servizi ora a distribuzione capillare, come gli studi dei MMG, con disagio della popolazione e di interferire nel rapporto di fiducia considerato essenziale da parte dei cittadini che ricorrono al medico di famiglia.
Occorre invece promuovere in modo deciso una evoluzione dei Nuclei di Cure Primarie verso unità funzionali, con sedi uniche, ove utile, o collegamenti in rete ove maggiormente rispondenti ai bisogni, con promozione di

progressive aggregazioni in medicine di gruppo e con strutture che di minima prevedano la presenza di collaboratori di studio in ogni studio medico e di infermieri dedicati in ogni NCP.
Il modello si rifà alle "Unità di Medicina Generale proposte dalla FIMMG e all'Accordo Collettivo Naz. Per la MG (Unità Complesse di Cure Primarie).
Il modello proposto può consentire anche l'integrazione tra Continuità Assistenziale e MG.
Gli operatori del territorio dovrebbero ricevere una formazione sul territorio. Molte Università della nostra Regione si stanno muovendo in questa direzione, in primis l'Università di Modena e Reggio che ha introdotto nel proprio piano formativo obbligatorio, l'insegnamento di Medicina Generale e Cure Primarie, con adeguato periodo di tirocinio/tutoraggio sul territorio. In questa logica va anche la scelta di inserire il tirocinio pratico dei Colleghi del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale non solo all'interno delle strutture universitarie, ma negli ospedali vicini alla loro residenza (possibile sede della loro attività professionale) per favorire la conoscenza e l'integrazione futura tra operatori.
Occorre fare formazione insieme e non a compartimenti stagni.
La MG, attraverso il potente strumento dell'audit nei NCP ha sposato da anni la causa dell'appropriatezza prescrittiva come dovere etico prima che come obbligo o necessità economica. I MMG ritengono che uno degli strumenti che maggiormente può favorire l'integrazione in percorsi di cura appropriati per la gestione della cronicità sia l'audit condotto in gruppi di lavoro multiprofessionali e multidisciplinari a partire dalla definizione delle priorità e dei problemi, non a partire dall'individuazione degli indicatori, per poi individuare standards di riferimento confrontabili con la pratica e l'identificazione delle aree di possibile miglioramento da sottoporre a continua e periodica verifica.
Questo approccio dovrebbe essere universalmente condiviso all'interno di tutte le categorie di operatori sanitari con l'obiettivo di offrire ai pazienti percorsi condivisi, chiari, poco burocratizzati, identificabili come "presa in carico" piuttosto che coacervo di prestazioni scollegate.
Strumento indispensabile per i percorsi di integrazione ed il governo clinico è un sistema informatico veramente in rete che permetta non solo la registrazione e la conservazione dei dati ma la condivisione e l'analisi degli stessi, mettendo in grado il sistema di misurare la domanda di salute e le prestazioni sanitarie, la creazione di registri per patologia e di favorire lo sviluppo di una ricerca originale della Medicina Generale e la definizione di indicatori propri.
Si registra nella nostra Regione l'informatizzazione e la connessione alla rete "SOLE" della pressoché totalità degli studi dei MMG. Le potenzialità della rete tuttavia sono espresse solo in minima parte e talvolta in modo non congruo rispetto alle modalità operative del MMG. La rete deve favorire, nel rispetto delle norme sulla privacy, la circolazione delle informazioni e deve facilitare e migliorare le prestazioni professionali, non tendere alla "impiegatizzazione" del lavoro medico.
E' necessario il coinvolgimento della Medicina Generale in programmi di informazione ed educazione alla popolazione finalizzati ad un corretto utilizzo delle risorse ed al coinvolgimento dei cittadini nelle scelte di politica sanitaria che determinano la distribuzione delle risorse.
Occorre infine un progetto condiviso, sostenuto da politiche forti di governo, affinche due mondi diversi come la Medicina Ospedaliera e la Medicina Generale non si tocchino soltanto attraverso le loro avanguardie, allacciando connessioni importanti quanto fragili, ma facciano sistema attraverso relazioni forti, strutturate e continuamente verificate.
Tutto questo dovrebbe avvenire nella continua e concreta consapevolezza che, per quanto grande sia il nostro bagaglio culturale sono sempre di gran lunga maggiori le cose che ancora dobbiamo apprendere e che possiamo scoprire camminando insieme.

**RISCHIO**

Nel progettare interventi di riorganizzazione dell'assistenza sul territorio e all'interno delle Cure Primarie vi sono tre rischi: 1) il pericolo di perdere, sottovalutandolo, il rapporto di fiducia Medico-Paziente, 2) il rischio di perdere la continuità nel tempo di tale rapporto, 3) il rischio per il cittadino di perdere la libera scelta del Medico di Fiducia.
Se l'ultimo rappresenta un rischio per l'utente i primi due sono la chiave di volta per la tenuta del sistema

e la loro manomissione può causarne il crollo con gravissimo danno per i cittadini e per la Medicina stessa.
Nella Medicina Generale contatti per situazioni cliniche strane, precliniche, per sintomi senza malattia che sottendono disagi esistenziali, psicologici, sociali sono la regola e non l'eccezione!
Ed ogni paziente porta in media tre problemi ad ogni accesso.
La gestione di queste problematiche indefinite può essere affrontata in modo efficace se vi è un rapporto di fiducia stretto tra Medico e Paziente che preveda la continuità nel tempo della responsabilità terapeutica.
In mancanza di questi due essenziali requisiti, che garantiscono la possibilità di filtro, inevitabilmente, come accade in ogni P.S. o consultazione specialistica, anche per motivi medico-legali, ogni mal di pancia richiede la colonscopia ed ogni mal di testa la TAC encefalo.
Prestazioni da moltiplicare per il numero di accessi in Medicina Generale con relativa insostenibile ricaduta sulla spesa sanitaria.
E la medicina dell'evidenza da sola non sarà sufficiente ad arginare questo fenomeno.
Molti autori sottolineano i limiti dell'EBM ritenendo tuttora aperto il problema se i trials siano da considerarsi il "golden standard" per trovare le prove di efficacia in Medicina Generale, dove predominano i problemi complessi, le incertezze, dove i fattori contestuali e di relazione giocano un ruolo a volte determinante nella decisione clinica.
Occorre infine tenere presente che nella gestione della patologia cronica cambia il ruolo del terapeuta, che non è più quello di curare (erogare una prestazione) ma di farsi carico (relazione di aiuto) e che la partecipazione consapevole del paziente nel percorso terapeutico-assistenziale è necessaria (empowerment). Favorire l'empowerment del paziente non è solo informare evitando implicazioni affettivo relazionali, non è neppure prescrivere o vietare attraverso un atteggiamento normativo con flusso monodirezionale, richiede invece conoscenza, ruolo fiduciario del Medico, dialogo bidirezionale, personalizzato con atteggiamento ricorsivo.
In altre parole, se nei prossimi anni la Medicina dovrà fornire solo delle prestazioni, sarà sufficiente definire dei percorsi integrati di cura e curare l'integrazione multi professionale del lavoro di equipe, ma una Medicina di questo tipo risponde ai nuovi bisogni della popolazione?
Oppure sostituiranno il Medico con lo stregone di turno alla ricerca di quella relazione di aiuto che richiede un rapporto personale, una conoscenza reciproca?
La Medicina è sempre stata arte e scienza, minare il rapporto di fiducia, modificare il ruolo attuale del MMG e sostituirlo con una equipe di fornitori, prestatori d'opera, significa cancellare la parte relazionale della Medicina e lasciare solo le prestazioni.
Ma questa è ancora Medicina?

*Mimmo Andreoli*
*MMG*

Informazione pubblicitaria

Affittasi locale di 150 mq calpestabili ad uso ufficio al terzo piano dello stabile sito in P.le Boschetti, 8 – Modena.
Ristrutturato e a norma.
Prezzo base € 14.000,00.
Per informazioni 059/214297 (orario ufficio)

# ALCUNE DOMANDE AL PRESIDENTE DEL COMITATO ETICO DI MODENA PROF. SANDRO SPINSANTI

**1 Che cos'è un Comitato Etico?**

Per definire i Comitati Etici abbiamo a disposizione due vie: possiamo partire dalle norme che, a partire dal DL del 18 marzo 1998, li ha istituiti in Italia, oppure riferirci al bisogno al quale i Comitati cercano di rispondere. Le due prospettive non si sovrappongono con esattezza. Più precisamente: i Comitati previsti per legge hanno accolto solo parzialmente le istanze espresse dal movimento della bioetica. Le linee guide di riferimento, che hanno istituito i Comitati Etici e ne hanno dettato le regole di funzionamento, hanno attribuito loro un compito autorizzativo per le sperimentazioni cliniche dei medicinali sottoposti alla loro valutazione. Le regolamentazioni che si sono succedute nel tempo sono andate sempre più determinando criteri di composizioni, durata dei comitati, modalità di funzionamento e responsabilità. Sempre, però, con l'attenzione rivolta alle sperimentazioni.

Il movimento della bioetica aveva invece a cuore anche altri aspetti della pratica medica. I cambiamenti radicali nella pratica della medicina intervenuti negli ultimi tempi – una ventina d'anni, a essere generosi – richiedono un altro modo di affrontare i problemi che prima rientravano nell'ambito di competenza dell'etica medica. La novità è nel metodo, prima ancora che nei contenuti. L'etica medica attribuiva piena autonomia e responsabilità al medico, il quale era tenuto a prendere le decisioni "in scienza e coscienza". Ora è necessario tener presente una pluralità di punti di vista: per questo lo strumento più consono alla bioetica è il comitato. Per definizione, un comitato è composto di persone con competenze diverse, ma tutte dotate di uguale valore e dignità. Mentre l'etica medica può essere equiparata a un canto solista, la bioetica assomiglia piuttosto a un coro polifonico: voci diverse, ma che cantano insieme.

**2 Quali competenze devono essere presenti in un comitato, se assume come suo compito la promozione della "buona medicina" intesa nel senso più ampio e comprensivo?**

Alcune delle competenze sono quelle necessarie per controllare la sperimentazione e analizzare i protocolli di ricerca. Nel Comitato devono essere presenti, perciò, clinici che conoscano la metodologia della ricerca, biostatistici, farmacisti, farmacologi, medici di direzione sanitaria. Ma anche esperti di etica, di diritto e rappresentanti di istituzioni che tutelano i diritti dei cittadini. Se poi si considerano gli altri compiti del Comitato che si iscrivono nell'orizzonte della bioetica, è necessario includervi altre professionalità sanitarie oltre ai medici (in primo luogo infermieri, ma anche psicologi, assistenti sociali) e professionalità non sanitarie (come i ministri del culto e anche antropologi competenti, dal momento che la sanità è sempre più il luogo dove si incontrano culture e religioni diverse).

**3 Il Comitato, dunque, detta le regole e gli operatori le mettono in pratica...**

Non si può dire che le cose stiano proprio così. Certo, per quanto riguarda la ricerca farmacologica il parere del Comitato è obbligante: se il comitato boccia – motivatamente, con riferimento ai criteri esplicitati dalle regole della Good Clinical Practice –una sperimentazione, questa non può essere avviata. Da questo punto di vista il parere del comitato ha un valore autorizzativo. Ma, per quanto riguarda gli aspetti etici della pratica clinica, il parere del comitato è solo consultivo. Le decisioni spettano sempre al clinico, che ne conserva la responsabilità sia di fronte al magistrato, per quanto riguarda i vincoli di legge, sia nei confronti del proprio ordine professionale, per quanto riguarda le norme deontologiche ( per tacere della responsabilità morale di fronte alla propria coscienza). Non sarebbe auspicabile diffondere una pratica in cui un Comitato prendesse delle decisioni "al posto" del clinico, facilitandogli di scaricare su questa istituzione le sue responsabilità.

Tuttavia un parere del Comitato allarga la visuale e istituisce un valido sostegno alla decisione. Queste potenzialità di un Comitato che estende il suo interesse anche alla pratica clinica, ci inducono a rammaricarci che i Comitati etici siano così poco consultati dai clinici e dai cittadini stessi. Potrebbero costituire un notevole aiuto per chi deve affrontare situazioni molto complicate e prevenire conflitti dolorosi.

**4 Che cosa si potrebbe fare per rendere la presenza del Comitato etico più incisiva nella realtà locale?**

Vorrei intanto precisare che il Comitato etico di Modena ha un profilo peculiare. E' stato preceduto da un Comitato etico istituito dall'Università e dalle Aziende Sanitarie di Modena con sede presso l'Ordine dei medici: era una iniziativa pionieristica, proposta in un'epoca in cui strutture di questo genere, nate nel contesto culturale anglosassone, in Italia erano sconosciute. Successivamente all'istituzione per legge dei Comitati, piuttosto che moltiplicare le strutture nelle diverse realtà aziendali, a Modena si è preferito istituire un Comitato provinciale, che servisse i tre enti istitutivi: l'Università, l'azienda Policlinico e l'azienda Usl.

In seguito questa soluzione è stata autorevolmente proposta dalla Regione anche a quelle realtà locali che avevano optato per una pluralità di Comitati. Non era solo una questione di economicità: nella scelta modenese leggiamo piuttosto la volontà di mettere in sinergia le diverse componenti che costituiscono il mondo della sanità.

Malgrado questo eccellente disegno istituzionale, si deve riconoscere che il Comitato provinciale è rimasto una realtà piuttosto marginale nel contesto della sanità modenese.

Quello che forse è mancato è stata una visibilità maggiore del Comitato. I ricercatori ovviamente lo conoscono, anche per la buona ragione che costituisce l'interlocutore obbligato al quale sono tenuti a sottoporre i loro progetti di ricerca. Molto meno noto è invece alla più vasta comunità dei professionisti sanitari e della popolazione. Credo che il Comitato debba esprimere uno sforzo per far conoscere la sua presenza e la sua disponibilità a proporsi come luogo di confronto.

**5 Tornando all'attività del Comitato etico nell'ambito della ricerca, quali sono le principali criticità che emergono nell'analisi dei protocolli?**

Sono molti gli aspetti che rendono "etica" una ricerca. Alcuni gravitano sul versante scientifico – metodologico: ciò che si intende investigare deve essere rilevante, portare un aumento delle conoscenze, tener conto dello stato attuale delle ricerche a livello mondiale, utilizzare metodologie, statistiche valide ecc. Altre dimensioni sono invece tutelate dai principi etici che negli ultimi decenni del XX secolo sono diventati la koinè della ricerca scientifica: la non nocività per il soggetto sperimentale (ovvero bilanciamento corretto tra rischi e benefici) , l'equità (ovvero la non discriminazione, Per evitare che il peso della ricerca sia portato da alcune categorie a vantaggio di altre), l'autonomia (ovvero l'esigenza che la persona coinvolta sia informata e dia il consenso senza costrizione). Su questo aspetto il Comitato etico pone particolare attenzione alla valutazione del foglio informativo per il paziente ai fini dell'eventuale acquisizione del consenso informato. Le informazioni per il paziente devono essere complete, chiare e facilmente comprensibili. Una volta che il Comitato etico ha ritenuto adeguata tale modulistica, è d'altra parte fondamentale che il medico sperimentatore, nel momento in cui propone ad un paziente di partecipare ad una sperimentazione clinica, riservi un tempo adeguato al colloquio con il paziente, gli consegni il foglio informativo e lasci al paziente il tempo necessario per decidere. Il Comitato etico valuta anche l'adeguatezza del foglio informativo destinato al medico di famiglia, verificando che contenga le informazioni essenziali relative alla sperimentazione e le eventuali interazioni clinicamente significative del farmaco in sperimentazione con i farmaci in commercio. In tal modo il medico di famiglia, può essere anche un importante punto di riferimento per il paziente, a cui poter chiedere parere prima di decidere se aderire o meno alla sperimentazione proposta.

A questi due poli – correttezza scientifica e rispetto delle esigenze etico/sociali – si devono anche aggiungere esigenze di tipo amministrativo, come la copertura assicurativa e la fattibilità nelle strutture nelle quali la ricerca viene proposta. Senza dimenticare i vincoli che riguardano la pubblicazione di dati e il finanziamento delle ricerche stesse. Proprio perché il Comitato deve confrontare i protocolli proposti con tutte queste esigenze, devono essere presenti le competenze più diverse.

**6 Si ha a volte l'impressione che il ruolo dei Comitati etici non sia quello di favorire la libera ricerca, ma piuttosto di frapporvi ostacoli. E' possibile migliorare il rapporto tra i Comitati e i ricercatori?**

Il primo mandato del Comitato Etico deve sempre essere la tutela dei diritti dei cittadini, garantendo la corrispondenza della ricerca con obiettivi rilevanti di conoscenza e di cura.

Fatta questa premessa, migliorare il rapporto è non solo possibile, ma assolutamente necessario: senza una buona collaborazione tra comitati e ricercatori non si potrà avere una buona ricerca. Non è infrequente, invece, che tra le due entità si istauri una competizione, nutrita da una svalutazione reciproca: i ricercatori ritengono il comitato non all'altezza di comprendere il razionale scientifico e clinico che li induce ad avviare una sperimentazione, mentre il Comitato può mettere uno zelo eccessivo nel "fare le pulci" ai protocolli di ricerca, evidenziandone i limiti metodologici, e svalutando, in pratica, la competenza dei ricercatori.
Un secondo fronte di competizione può essere quello degli obblighi formali ai quali la sperimentazione è sottoposta. Gli sperimentatori tendono a considerarli come propensione alla burocratizzazione, mentre i Comitati sanno che non possono scavalcarli con leggerezza. Un esempio tra tanti: se il Comitato avalla come "non sponsorizzata" una ricerca che invece risulta finanziata dall'industria, può vedersi imputato un danno erariale e essere chiamato a risarcirlo! L'auspicio è, dunque, che tra il Comitato e la comunità dei ricercatori ci sia un'interfaccia diretta e frequente, che dissipi i malintesi e cancelli le rappresentazioni distorte che possono farsi gli uni degli altri.

**7 Come possiamo immaginarci il futuro dei Comitati etici in Italia?**

I comitati etici hanno un breve passato e un futuro problematico. Uno dei pericoli che intravedo è che si irrigidiscano in strutture di controllo della ricerca, limitandosi ad applicare procedure standardizzate per la conduzione della ricerca in medicina. Di fatto ai Comitati sono attribuiti anche compiti burocratici ( per esempio la vigilanza sulla distinzione tra ricerca sponsorizzata e non sponsorizzata), che potrebbero diventare prevalenti.
Se vogliamo progettare un futuro positivo ai comitati, bisogna che il centro di gravità si sposti sull'attività che ogni Comitato deve svolgere al proprio interno, ovvero all'autoformazione dei componenti. Un Comitato è un organismo peculiare, del quale si può dire che il tutto è più della somma delle parti. Per quanto competenti nel proprio ambito – clinico, assistenziale, giuridico, filosofico o più genericamente riconducibile a qualcuna delle scienze umane – i componenti del Comitato non sono formati a pensare e ad agire in quanto Comitato. Per questo è necessaria una pratica di integrazione dei saperi e di ascolto reciproco: è necessario un allenamento a un modo diverso di ragionare e di decidere, che non fa parte abituale del modo in cui funzionano le organizzazioni sanitarie.
Possiamo derivare le necessità di questo apprendimento dalla radice verbale latina alla quale si può ricondurre la parola "comitato": il verbo comitari , vale a dire " far strada insieme". Quando un comitato viene istituito, deve iniziare un lungo percorso comune, nel quale il camminare insieme, nella diversità ma nell'unità di intenti, sia piacevole e fecondo. L'etica che costituisce la sua ragione d'essere – in quanto Comitato che si definisce etico – non è affidata al Comitato come proprietà o come compito ad esso delegato, secondo la logica delle "commissioni" – dal latino "committere", cioè affidare – le quali vengono create, se vogliamo credere a un detto popolare, quando non si vuol risolvere un problema... L'etica è l'orizzonte comune nel quale si muovono tutti i protagonisti delle scelte finalizzate a proteggere, risanare e accompagnare la vita. Il Comitato è una struttura di servizio, affinché tutti - clinici e ricercatori, ma anche i cittadini - si possano sentire a casa loro nella sanità: non secondo la modalità della contrapposizione, ma secondo la logica dell'integrazione dei punti di vista.

*A cura di F. Sala*

Informazione pubblicitaria

Affittasi porzione di locale per studio medico o ufficio – abilitato per qualsiasi tipo di attività medica (eccetto studio odontoiatrico) – sito in C.so Canalchiaro in prossimità di P.zza Grande – dotato di ampie cantine - metratura 50 mq circa.

*Per informazioni: 338/2430517 dalle ore 9,00 alle ore 12,30 e dalle ore 16,00 alle 19,00*

POLIZIA DI STATO
**QUESTURA DI MODENA**
***Ufficio Sanitario***

OGGETTO: Codice della Privacy ed esigenze connesse con speciali disposizioni normative. D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150. Certificazioni ed attestazioni di malattia. Chiarimenti.

Questo Ufficio incontra frequenti difficoltà nella trattazione delle certificazioni ed attestazioni di malattia redatte dai medici curanti nei confronti di appartenenti alla Polizia di Stato, soprattutto in relazione al rifiuto di apporre la diagnosi, in virtù di esigenze di tutela dei dati sensibili riguardanti lo stato di salute, ovvero al rifiuto di consegnare una certificazione o attestazione su modulo cartaceo, completo di firma e timbro del certificatore, in virtù di una pedissequa applicazione delle nuove norme riguardanti la trasmissione telematica delle certificazioni.
Per tale motivo si ritiene necessario fare alcune precisazioni, con preghiera di darne diffusione ai medici iscritti all'Albo di Modena ed ai medici di medicina generale convenzionati con il S.S.N.

## INDICAZIONE DELLA DIAGNOSI SUI CERTIFICATI MEDICI

L'art. 61 del D.P.R. 28 ottobre 1985, n. 782 (Approvazione del regolamento di servizio dell'Amministrazione della pubblica sicurezza), pone in capo al personale della Polizia di Stato, in caso di assenza per malattia, l'obbligo di presentare il certificato medico da cui risulti, oltre alla prognosi, anche la diagnosi; cita infatti tale articolo: "*Il personale della Polizia di Stato che per ragioni di salute non ritenga di essere in condizione di prestare servizio deve darne tempestiva notizia telefonica al capo dell'ufficio, reparto o istituto da cui dipende, trasmettendo, nel più breve tempo possibile, il certificato medico da cui risulti la diagnosi e la prognosi*".
Il successivo Decreto del Ministro dell'Interno, 21 giugno 2006, n. 244 *("Regolamento recante identificazione dei dati sensibili e giudiziari trattati e delle relative operazioni effettuate dal Ministero dell'Interno, in attuazione degli articoli 20 e 21 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196")*, ha ulteriormente ribadito la necessità, per l'Amministrazione della Pubblica Sicurezza, del trattamento dei dati relativi anche alle patologie pregresse ed attuali del personale della Polizia di Stato, limitatamente alle operazioni strettamente indispensabili per svolgere le pertinenti funzioni istituzionali (artt. 22, comma 9, e 112 del Codice). Le "*Linee guida in materia di trattamento di dati personali di lavoratori per finalità di gestione del rapporto di lavoro in ambito pubblico*" emanate dal Garante della Privacy il 14.06.07 e pubblicate sulla G.U. 13 luglio 2007, n. 161 (consultabili sul sito del Garante della Privacy, all'indirizzo http://www.garanteprivacy.it/garante/doc.jsp?ID=1417809#nota_60), stabiliscono che "*in assenza di speciali disposizioni di natura normativa, che dispongano diversamente per specifiche figure professionali, il datore di lavoro pubblico non è legittimato a raccogliere certificazioni mediche contenenti anche l'indicazione della diagnosi*"; deriva che, essendoci una speciale disposizione normativa, il Dipartimento della Pubblica Sicurezza risulta pienamente legittimato nel trattamento dei dati sensibili riguardanti lo stato di salute del proprio personale.
Resta ferma la facoltà, per il medico certificatore, a scopo di autotutela, di specificare, nella certificazione o attestazione di malattia, che la diagnosi viene posta su richiesta dell'interessato, per gli scopi di legge, potendosi richiedere anche una eventuale firma per liberatoria da parte del paziente.

## TRASMISSIONE TELEMATICA DI CERTIFICATI ED ATTESTAZIONI DI MALATTIA

Il Dipartimento della Funzione Pubblica ed il Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica, istituiti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, hanno ema-

nato, alcuni mesi orsono, la Circolare n. 2/2010/DFP/DDI recante in oggetto: "art. 55-***septies*** **del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall'art. 69 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 - Trasmissione per via telematica dei certificati di malattia. Ulteriori indicazioni"** (consultabile sul sito del Dipartimento della Funzione pubblica, all'indirizzo: http://www.innovazionepa.gov.it/media/586708/circolare_n2_2010.pdf).

Il documento si è occupato di fornire chiarimenti circa l'obbligo, in capo ai medici curanti, di trasmissione telematica dei certificati e degli attestati medici per la giustificazione delle assenze per malattia dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni; in particolare è stato stabilito che la disposizione non riguarda il personale in regime di diritto pubblico, di cui all'art. 3 del citato D.Lgs. 27.10.09, n. 150, e, nella fattispecie, il personale appartenente alle forze di polizia, oltre ad altre categorie, come i magistrati, gli avvocati dello stato, i professori universitari, il personale appartenente alle forze armate, il corpo nazionale dei vigili del fuoco, il personale delle carriere diplomatica e prefettizia e altre categorie disciplinate da propri ordinamenti.

Per tale personale rimane vigente la tradizionale modalità cartacea, ferma restando, una volta compiuti i necessari ulteriori approfondimenti istruttori, la possibilità, di una applicazione futura di modalità telematiche di trasmissione anche nei loro confronti.

Nel frattempo, perciò, i medici compilano i certificati e gli attestati in forma cartacea e le amministrazioni accettano i relativi documenti nella stessa forma, con le consuete modalità di produzione o trasmissione da parte del dipendente interessato.

Al solo fine di non aggravare il compito dei medici curanti, qualora risulti agli stessi più pratico redigere il certificato nella modalità telematica, sono state date indicazioni, agli Uffici Sanitari della Polizia di Stato, di accettare come attestazione di malattia anche le copie di certificati telematici, considerandoli equivalenti alla certificazione cartacea, purchè completi in ogni loro parte: intestazione del medico, generalità dell'assistito, diagnosi, prognosi, firma e timbro del medico certificatore; resta inteso che la trasmissione all'INPS, oltre ad essere inutile, non esistendo alcun rapporto di tipo previdenziale tra questa Amministrazione e tale Ente, potrebbe configurare una illecita trasmissione di dati sensibili a terzi non interessati.

A proposito dei requisiti di completezza delle certificazioni ed attestazioni, si coglie l'occasione per ricordare che, nel rispetto delle disposizioni emanate in materia dal Dipartimento della Funzione Pubblica, dall'intestazione del certificato, ovvero dal timbro del medico, deve emergere, in maniera inequivocabile, lo status di medico appartenente ad una struttura pubblica ovvero operante in regime di convenzione con il S.S.N.; all'uopo sembrerebbe sufficiente la specificazione del Codice Regionale; nel caso di sostituto, occorrerà riportare anche il timbro o l'intestazione del medico titolare del rapporto di convenzione.

Vale la pena ricordare che il rifiuto, da parte del medico curante, di redigere un certificato completo in ogni sua parte, ne comporta la mancata accettazione da parte dell'Amministrazione di appartenenza, e può tradursi, per il paziente, in una contestazione disciplinare per assenza ingiustificata, ove non concorrano altre fattispecie penalmente o civilmente rilevanti.

*Eugenio Di Ninno*
*Medico Capo della Polizia di Stato*
*Dirigente dell'Ufficio Sanitario della Questura di Modena*

## DECRETO SULLA PATENTE DI GUIDA

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 99 del 30 aprile 2011 il decreto legislativo n. 59 del 18 aprile 2011. Il decreto recepisce le direttive europee relative agli obblighi dei medici per la comunicazione di patologie compromettenti l'idoneità alla guida.

Grazie al tempestivo intervento della Federazione Nazionale degli ordini viene prevista **l'esclusione dei medici di fiducia di cui all'art. 119 del Codice della Strada da tale obbligo,** in quanto è stato recepito il principio che questa prassi avrebbe minato il rapporto medico paziente compromettendone il rapporto di fiducia.

# COSTITUITA A MODENA LA SEZIONE PROVINCIALE DELL' ISDE (International Society of Doctors for the Environment)

Che l'Ambiente sia uno dei principali determinanti della salute umana non è una cognizione recente (già Ippocrate ne sottolineava l'importanza). Tuttavia, nel corso del XX secolo, l'emergere persino drammatico della questione ecologica ha posto il nesso ambiente e salute all'attenzione del dibattito politico e scientifico internazionale, per l'impatto che ha sulla qualità della vita e sullo sviluppo economico e sociale[1]. La popolazione, i cittadini, le istituzioni, devono (e vogliono) essere partecipi della conoscenza sui temi ambientali e sanitari, non ultimo *sull'incertezza* che in questo ambito occorre sempre doverosamente dichiarare. In effetti è bene poi non dimenticare un tratto essenziale della società moderna: la crisi del ruolo della scienza e della tecnologia che si accompagna ad una profonda crisi della rappresentanza politica. Scienza e tecnologia, nell'opinione comune, non sono più in grado di offrire le certezze e le sicurezze di un tempo. D'altra parte i tradizionali canali di rappresentazione e di aggregazione (istituzioni, partiti, sindacati e le stesse religioni) sono in profonda crisi di identità e di legittimazione.

L'Emilia Romagna occupa una posizione di rilievo soprattutto per quanto concerne la qualità della vita.[2] A livello locale la gestione dei problemi ambientali e delle politiche per la salute mette in gioco le capacità di governo dei territori nei suoi vari aspetti, rappresentando un ponte tra politiche diverse[3]. Tanto che possono anche esserci rischi importanti, quali timori e diffidenze.
In effetti è esperienza diffusa che, malgrado gli indiscussi positivi risultati del *Sistema Emilia-Romagna,* si creino spesso conflitti tra amministrazioni locali e cittadini sulle decisioni che riguardano temi come i rifiuti, l'energia, la mobilità, etc[4].
Perché i medici? Sicuramente perché, a parte l'interesse professionale su un tema che ha come *focus* la "salute" e che può quindi variare a seconda della specializzazione, occorre considerare che il medico, in generale, abbia la caratteristica di essere testimone diretto e per quanto possibile attivo della *sofferenza* (evitandola o alleviandola), e questo non lascia mai indifferenti. Accanto a questo però, occorre ricordare che il tema della medicina che si occupa di sanità pubblica diventa sempre più l'oggetto di un interesse e di una pratica sociale condivisa[5]. Se a questa considerazione si accompagna il dato del CENSIS secondo il quale la fonte informativa principale sui problemi connessi con la salute è il medico (soprattutto quello di famiglia)[6], ci si rende conto di quanto la competenza scientifica, politica ed etica del medico su temi di rilevanza sociale come quella della qualità dell'ambiente, in riferimento agli effetti sulla salute, è sicuramente cruciale.

Per queste ragioni la sera del 2 maggio 2011 si è costituita a Modena una Sezione Prov.le della Associazione Italiana Medici per l'Ambiente i cui obiettivi principali sono quelli di:

- Recuperare il ruolo etico della professione medica.
- Privilegiare le politiche di prevenzione e le iniziative volte a modificare gli stili di vita
- Informare la popolazione sui rischi dell'inquinamento e sul modo per contribuire a prevenirlo

1 Nel mondo, secondo l'OMS, il 24% delle malattie e il 23% delle morti sono attribuibili a fattori ambientali modificabili. Nei bambini questi valori superano il 30%. In Europa peraltro, tali valori si collocano a livelli più bassi, specie nell'area che comprende l'Italia.

2 Nel 2008 il Sole24ore ha registrato cinque province emiliano - romagnole nelle prime venti posizioni.

3 Come riferito recentemente in uno studio condotto nella Provincia di Modena (pubblicato su ARPA Rivista nell'agosto 2009) emerge che per quanto concerne "La qualità ambientale percepita ed effettivamente rilevata" tale percezione è una componente importante dell'identità del terrtorio

4 Peraltro dare spazio ed ascolto al conflitto apre la strada al cambiamento, alla crescita, alla ristrutturazione emotiva e cognitiva. Per dirla con le parole di Watzawick: "L'ordine senza una componente di disordine diventa pericoloso perché soffoca ogni possibilità di evoluzione". I conflitti, nella società e nei suoi ambiti costitutivi […]sono destinati presumibilmente ad aumentare. Si tratta di raccogliere la sfida posta da una società che esprime nuovi bisogni e nuove percezioni di sé […]. (Valambrini, 2008)

5 Prodromo R, problemi etici in epidemiologia e prevenzione in: *Bioetica e Cultura della Prevenzione* (2002) Apèiron, Bologna

6 I 63.6% delle fonti di informazione sono i camici bianchi, il 12,2 il nucleo famigliare, il7,4% gli amici, il6,4% il farmacista , il 3,6% i colleghi di lavoro, il 30,3% la televisione, il 35,7% la carta stampata (il totale è superiore a 100 perché le risposte non erano mutuamente esclusive) da Rosati E. Il problema dell'informazione in Medicina In: ibidem

- Sottoporre ogni prodotto a prove adeguate di innocuità e privilegiare tecnologie capaci di consentire uno sviluppo sostenibile
- Ridurre l'attuale pressione sull'ambiente stesso
- Promuovere la salute come priorità nelle scelte politiche delle amministrazioni
- Svolgere sulle tematiche "Ambiente e Salute" un ruolo di interfaccia tra agenzie governative e non a livello locale, nazionale e internazionale e la popolazione

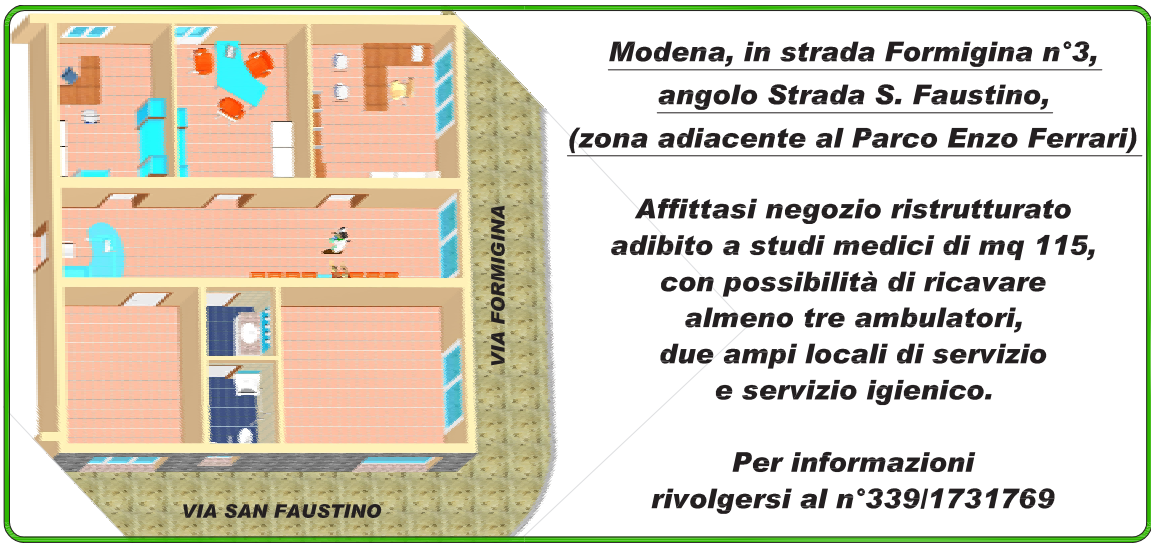
Su queste basi si è concordato di avviare una serie di iniziative innanzi tutto informative: newsletter e bollettino Ordine dei medici di Modena per gli iscritti e sulla stampa in generale.
Successivamente verranno identificate ed organizzate iniziative che prevederanno il coinvolgimento dei medici, in primo luogo formative. Ci si cimenterà poi su esperienze di rapporto con la popolazione su temi di educazione ambientale e sanitaria e di verifica degli effetti sulla salute.

Nella seduta del 2 maggio son stati eletti: Presidente il Dott. Gabriele Romani, Vice-presidente la Dott.ssa Giuliana Ricci Ghiselli, Tesoriere e addetto stampa: Dott.ssa Fiorenza Torricelli.

Sarà cura del gruppo che ha fondato questa sezione rendersi disponibili per sostenere iniziative sul tema ambiente e salute. E' però importante ricordare che la possibilità che su tali tematiche si possa incidere in modo concerto dipenda principalmente (esclusivamente) dalla possibilità che altri colleghi manifestino il loro interesse ad impegnarsi.

*Per la sezione ISDE di Modena*
*Paolo Lauriola*

Informazione pubblicitaria



## "L'OSPEDALE ESTENSE" di PAOLO BERNABITI

Dopo la storia degli ospedali e delle confraternite della città di Modena, è uscito il nuovo lavoro di Paolo Bernabiti, mio amico personale e cultore della storia della nostra città: anche questa volta l'attenzione dell'autore è diretta, con una ricerca precisa ed originale verso la storia delle istituzioni sanitarie modenesi.
Dall'impegno e dalla grande passione di Paolo, è scaturita così questa breve storia dell'Ospedale Estense, la storica istituzione sanitaria tradizionalmente legata alla assistenza e alla cura degli anziani.
Come è sua abitudine, Paolo riesce a confezionarci una storia viva, basata non tanto sull'ufficialità dei documenti, che pure egli cita e riporta con la precisione e il puntiglio dello storico, ma piuttosto su flash di vita quotidiana che l'autore ci propone con brevi ed incisive pennellate.
Ne scaturisce così un racconto mai retorico nè banale, un racconto semplice ma palpitante, nel quale le pietre dell'edificio sembrano parlarci e animarsi nel ricordo delle persone che a vario titolo esse hanno accolto. Perchè questo è ciò che in fondo più interessa l'autore, in questa come nelle altre storie che la sua passione di storico modenese ci ha consegnato: raccontare la storia delle persone che hanno avuto in sorte di precederci in questo angolo di mondo nel cuore della pianura padana. E al tempo stesso riuscire nella difficile impresa di umanizzare e rendere palpitanti di vita, vecchi edifici dismessi e pile di carte ingiallite.
Così è stato anche questa volta, in particolare nel bellissimo racconto e nella descrizione del vecchio edificio che pare rianimarsi e prendere vita attraverso gli occhi e le parole del professor Paolo Gaddi, che lo inaugurò nel 1843, così come toccante ci è parso il ricordo della donna (la signora Merope Bedotti) che condusse tutta la propria vita all'interno di quelle mura.
Una lettura che, alla fine, ci sentiamo di raccomandare a tutti i colleghi che amano questa nostra città e i luoghi che ne hanno fatto la storia.

*F. Sala*

## "PSICANALISI DELLA FERRARI" di LUCIANO CASOLARI

Il collega Luciano Casolari ha scritto il libro **Psicoanalisi della Ferrari**. Alleghiamo la presentazione e proponiamo ai colleghi interessati la possibilità di riceverne una copia omaggio.
Per richiederla basta telefonare al 3356610404 oppure inviare una mail a: luciano.casolari@alice.it
Buona lettura.

*Il presidente*

**Prefazione Prof Antonio Andreoli , psicoanalista Università di Ginevra (CH)**

L'immagine di una Ferrari rossa e rombante, lanciata a tutta velocità o al limite delle sue possibilità di aderenza su un tracciato di Formula 1, rappresenta probabilmente uno degli stimoli più potenti della nostra voglia di sognare. A questa rappresentazione si associa una festa dei sensi, fatta di folle variopinte, carrozzerie scintillanti, chassis che d'improvviso lascian partire sciami di faville e poi grida di motori in fuorigiri, fischiar di gomme, stridio di freni portati all'estremo, odore forte di benzine rare, opulenti getti di champagne e fiumi di esultanza. Insomma tutto lo spettacolo che ci attende periodicamente in giro per il mondo e ci é largamente dispensato nei suoi minimi dettagli da media capaci di filmare tutto, o quasi, in presa diretta, dal di dentro della lotta del pilota per dominare o esaltare il suo mezzo meccanico, e dal di fuori…Che invito a nozze per la fantasia, e che occasione per dimenticare la realtà del presente e ritrovare il mondo fiabesco del bambino che sta acquattato dentro di noi…! Nel rigido rituale della corsa, si

officia d'altronde un culto antico in cui i gesti del pilota e il suo rapporto con la folla rinviano lo spettatore, non solo alla ordinaria mitologia del trionfo sulla difficoltà e all'ambizione del primato, ma anche al senso ancestrale della competizione come la sfida sessuale e vittoria sulla morte. La società e l'etica moderne han cercato di cancellare questa anima pagana della festa che sopravvive ormai solo in qualche rara forma di avventura sportiva, vedi l'automobilismo o la corrida. Oltre a solleticare il nostro segreto desiderio di compiere cose inebrianti, il desiderio di guidare una Ferrari é legato al senso di possedere qualcosa di straordinario e quindi di corrispondere ad un'immagine prestigiosa, quella di quell'eroe che il bambino ha sognato di essere da grande. La Ferrari parla in effetti in modo del tutto speciale alle nostre aspirazioni di successo, di lusso o di trionfo. Ciò deriva forse dal fatto che fra i tanti modelli di vettura sportiva, questa marca presenta delle caratteristiche irripetibili ed uniche nel suo genere.. Perfette ed elegantissime come le Rolls e le Bentley, sono però più potenti e veloci, ipertecnologiche come le Aston Martin, le Maserati o le Porsche, vincono ancora, a differenza di queste ultime, le corse vere, prime ai gran premi come le Mercedes o le Renault, escono però da una officina artiginale e non soffrono, ai Saloni internazionali della vicinanza, o della parentela, con placide berline e vili utilitarie. Sognando di guidare la sua vettura, si può immaginare di aver acquistato dal rivenditore, con una macchina da corsa anche la capacità di correre e magari vincere un gran premio. C'é, infine, qualcosa di politico nella Ferrari, che é poi la sua capacità di metter d'accordo il ricco ed il povero. Certo, é una macchina per nababbi americani, ma é rossa come la bandiera rossa. E' una vettura molto select, ma é fatta con la semplice maestria di artigiani che votano a sinistra, ha un'aura da multinazionale, ma viene da un paesino di provincia. A noi che siamo di Modena, ricorda i tempi di Bartali e di Coppi, le Mille Miglia viste coi nostri babbi nelle curve e dietro una semplice balla di fieno, la smania di avere una macchina decappottabile, ma anche le gare in macchina cogli amici di nascosto dai nostri genitori, le mascherine rialzate per andare più in fretta e le prime multe e ritiri di patente per eccesso di velocità. Ma anche l'orgoglio di paese e il ricordo di una popolazione che credeva al lavoro ben fatto ad un mondo in cui tutti avevano il diritto di pretendere, a differenza di oggi, il progresso e la giustizia insieme, e in cui non era proibito, perché « politically not correct » sperare di avere un giorno una Ferrari per andare più veloci degli altri e uscire la sera della guazza di S. Giovanni con delle ragazze straordinarie. Grazie dunque all'amico Luciano Casolari di parlarci con acume, sapienza psicologica ed affetto di questo nostro mito, al tempo stesso privato e collettivo, locale ed universale. Freud ci ha introdotto a quelle fantasie che emergono dalla dimensione più privata della nostra vita interiore, e che l'immaginario collettivo, più aperto ed accessibile alla nostra conoscenza delle fantasie profonde, ci restituisce con una incredibile e sfacciata evidenza. Certo la macchina da corsa rossa ed invincibile ne é un esempio fra i più classici. Se il lettore è emiliano, si troverà, leggendo questo libro, un poco in psicoanalisi. E forse anche se é di fuori. Certo però potrà gustare in queste pagine oltre delle interessanti ed originali interpretazioni di un fatto di società e di costume, anche dei sapori «locali» del mito «Ferrari» che non sapran dargli, senza questa introduzione, la liturgia ormai impersonale dei gran premi o i must rosso-gialli delle nuove linee di prodotti commerciali.

Informazione pubblicitaria

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

## A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

In questa puntata parliamo di quella che in quei tempi, che sembrano molto lontani, ma non lo sono esageratamente, avrebbe potuto chiamarsi "medicina alternativa, governata dalla:

*L. Arginelli*

**Steriòuna=Guaritrice**

A fianco della medicina ufficiale, sono sempre esistite e continuano ad esistere: "él steriòuni", "le guaritrici".
Questa sorta di "stregone femmine", sono specializzate nel curare piccole artrosi, mal di schiena, verruche e nell'impartire "benedizioni", per alleviare alcuni disagi.
Dire in maniera razionale, comprensibile da dove derivi questo potere è molto difficile, ma l'effetto "placebo" ben conosciuto in medicina sicuramente ha fatto e fa la sua parte.
Secondo alcuni studiosi sarebbe direttamente legato alla "magia bianca", la magia buona, che viene tramandata in ambito famigliare la vigilia di Natale con una sorta di cerimonia iniziatica.
Difficilissimo è poi capire su cosa si basino i sortilegi: quando la vecchietta guarisce la "storta", o la "slogatura", recita la seguente formula:
"**Ingistrio della Vergine Maria- aqua éd la viva éd la mòrta-ch'la tè strìsa sta stòrta e in nome del Padre e così sia-tò la stòrta e portla via**".
Ma la cosa strana è che il più delle volte la storta se ne andava davvero…..

"**Avérta**": pratica magica, un misto di superstizione e religione, in qualche caso ancor oggi svolta, soprattutto in campagna da una donna anziana, capace di guarire distorsioni, sciatiche e malanni muscolari di uomini ed animali con la semplice imposizione delle mani, accompagnata da segni tracciati sulla parte colpita e da una litania di speciali formule.

"**Avérta móia**": praticata con le mani bagnate di acqua raccolta contro corrente e fatta bollire in un tegame sotto due stecchi di vite disposti a croce.

"**Avérta sótta**": consisteva nel tracciare in aria con le mani cerchi o croci, sulla parte malata che a volte veniva palpeggiata o massaggiata con accompagnamento di formule propiziatorie spesso pronunciate in dialetto

Secondo il Riccardi, significa "Apertura".
Più verosimilmente la voce deriva dalle prime parole del rituale latino che il Sacerdote pronunciava (Averte quaesumus, Domine, a fidelibus tuis cuncta propitius flagella) = allontana ti preghiamo ogni male dai tuoi fedeli a propizio Signore, quando aspergeva d'acqua benedetta un animale ammalato.
Probabilmente l'aspersione dell'acqua lustrale e la prima delle parole latine hanno colpito la fantasia di qualche vecchietta che, magari in buona fede, si è sentita autorizzata a fare le veci del Sacerdote, non solo nel caso delle malattie degli animali, ma anche in quelle delle persone.
In liturgia, indicava l'Ave Maria del mattino che, con lo scampanio ed i successivi rintocchi, avvisava i parrocchiani, secondo la tradizione, delle condizioni metereologiche: un rintocco se era sereno, due se era nuvoloso, tre se pioveva e quattro se nevicava.

**L'è propria acsè, a v-al dégh mè, ch'a g'ho avù un nòn e un zio campanèr.**

## VIGNETTE A CURA DI PAOLO MARTONE

*P. Martone*

# HAI TITOLI E FONDI? TRASFERISCILI IN FINECO.

**PER I TUOI INVESTIMENTI, SCEGLI FINECO**

- **3.500 FONDI DI 56 CASE DI INVESTIMENTO**
- **ZERO COSTI DI CUSTODIA TITOLI**
- **ACCESSO A 26 MERCATI**

CARLO DALLARI - Ufficio Promotori Finanziari FINECOBANK
Via Emilia Est 903 - Direz.le Toscanini - 41122 Modena
tel. 059 371426 cell 338 8506306 - carlo.dallari@pfafineco.it
Convenzione in corso con Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena.

**STAI DAVANTI.**

FINECO
THE NEW BANK

Banca del Gruppo UniCredit

FinecoBank - L'iniziativa è valida fino al 30/06/2011. Trasferimento minimo 10.000 euro. Dettagli disponibili su www.fineco.it/titoli.
Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Per le condizioni contrattuali relative ai prodotti e servizi pubblicizzati è necessario fare riferimento ai fogli informativi nonché alla diversa documentazione informativa prescritta dalla normativa vigente, disponibili sul sito www.fineco.it o presso i Promotori Finanziari di FinecoBank.


## 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 degli uffici dal 16 al 20 agosto.***

## A CURA DI LODOVICO ARGINELLI | ANDREA BECCHI

Nacque a Carpi (Mo), nel 1848 e morì a Carpi nel 1926.
Ha perseguito gli studi presso l'Accademia di Belle Arti, grazie ad un pensionato concesso dal comune di Carpi.
Allievo di **Ferdinando Manzini**, quando fu padrone dei suoi mezzi partì per Buenos Aires, rispondendo a quella richiesta di decoratori e scenografi, costantemente rivolta alla cultura europea, nella quale già l'avevano preceduto tra gli altri: **Luigi Manzini**, ed i carpigiani **Lelio Rossi e Fermo Forti**.
Nel 1886 ritornò a Modena e riprese la collaborazione con il maestro.
Alla morte ereditò poi da questi l'incarico di scenografo del Teatro Comunale dove, dalla poetica romantica si passerà alla concezione verista, quindi una maturazione rivolta ad una costruzione storica fedelmente rappresentata.
Il Becchi seguendo l'esigenza innovatrice che stava maturando nell'Europa industrializzata, si propose anche nell'elaborazione grafica di mobili, ferri battuti e suppellettili.
Personaggio dunque di transizione, nel quale tuttavia l'uomo nuovo respira le sue ansie di spazio e di prova e non ci meraviglia che il suo piacere pittorico si affondi in una generistica minore come la natura morta, eseguita con precisione fiamminga ed affidata ad un mero compito di ornamento ambientale o di "boiserie".
Il suo "verismo", in genere articolato su una quotidianità locale, come nel "cocomero", e nei "saltimbanchi", presentati all'esposizione nazionale di Torino nel 1880, sono una delle espressioni della sua arte.

Altre sue opere:
"L'esorcismo", olio su tela, cm 23x35 (1924) - (opera di copertina);
"Le età dell'uomo", olio su tela, cm 43x107 - Carpi (Museo Civico);
"Contadina sull'asino", olio su tavoletta, cm 20x25 - Carpi (Museo Civico);
"Bozzetto per decorazione e arredo di sala", matita, penna, acquarello e porporina su cartoncino, cm 44,5x33,8 - Carpi (Museo Civico);
"Bozzetto per decorazione di parete", matita e acquarello su cartone, cm 23,2x35,8 - Carpi (Museo Civico);
"Schizzi eseguiti durante il viaggio di ritorno da Buenos Aires".

## "A.M.E.S.A." *(ASSOCIAZIONE MEDICI E SANITARI ARTISTI)*

Carissimi,
vi comunico con piacere che il **18 settembre a Pavullo presso il Palazzo Ducale si svolgerà la 20° Mostra di Pittura, Fotografia con spettacolo d'Arte varia dell'Associazione Medici ed Odontoiatri Artisti**. E' una domenica, e l'inaugurazione della mostra sarà alle 16,30 circa, con inizio dello spettacolo alle 17,30 circa.
Seguirà il solito ricco e gradito rinfresco-cena.
Le opere rimarranno esposte da una a due settimane (stiamo trattando), così potranno essere ammirate con calma.
L'Ordine ci aiuterà nella raccolta delle opere, così in un unico giro a Pavullo ed in due giorni, con qualche volontario, allestiremo la mostra.
La montagna è felice di questa decisione,e noi cercheremo come al solito di dare il massimo per avere il successo che abbiamo sempre meritato.
La stampa ha sempre ben interpretato il nostro intento artistico, ed ha messo più volte in evidenza come un Medico, un Sanitario in genere, nel momento in cui espone o si espone artisticamente verso un pubblico formato spesso da suoi pazienti, rinforza comunque il rapporto medico-paziente.
Forza ragazzi all'opera, scovate poesie nei cassetti, provate brani musicali, pulite i pennelli e preparate le tele, mettete le batterie nelle vostre macchine fotografiche, accordate gli strumenti, preparatevi vocalmente, perché il pubblico ci aspetta con la consueta curiosità.
Vi contatterò tutti personalmente, ma se avete domande o dubbi telefonatemi al 338-9368726.
Buon lavoro e a presto

*L. Arginelli*

*Ci sono due tipi di malattie: quelle che guariscono senza l'aiuto del medico, e quelle che guariscono nonostante l'aiuto del medico"*

*Valdoni*

***R. Olivi Mocenigo***

*La differenza fra la donna disonesta e l'onesta è che, di solito, la prima è bella.*

*Roberto Gervaso*

*Il maiale è un animale di Dio come tutti gli altri, a cui si fa l'atroce torto di paragonarlo a certi uomini.*

*Anonimo*

*Non è che ho paura di morire. È che non vorrei essere lì quando succede.*

*Woody Allen*

*"I veri padroni dell'ospedale sono i malati"*

*(Innocenzo III° - Bolla Istitutiva dell'Ospedale Santo Spirito di Roma - 1202)*

Informazione pubblicitaria

UNIPOL UGFASSICURAZIONI Agente Generale

ASSICOOP MODENA spa

Siamo presenti in Modena e Provincia a:

Modena Via C. Zucchi, 31/h
Modena C. Comm.le "I Portali" via dello Sport, 50/25
Modena C. Comm.le "La Rotonda" via Casalegno, 45
Modena Via Giardini, 465/1
Modena Via Vignolese, 439
Modena K1 via Dalton, 55
Castelfranco Emilia C. Comm.le "Le Magnolie" via Loda, 6
Campogalliano Via Dei Mille, 68
Nonantola Via Veneto, 25/2
Carpi Via Cantina della Pioppa, 1/2
Sassuolo Via Adda, 76
Vignola Via Bellucci, 2
Mirandola Via Circonvallazione, 172

CST Centro Servizi Telefonico

Numero Verde 800-992220

www.assicoop.com
cst@assicoop.com

## AMMI - MODENA

Lunedi 11 aprile alle ore 21 presso la sede dell'Ordine dei Medici si è tenuta la Conferenza sul tema: "La tiroide: verità e leggenda".
Relatori: Prof Cesare Carani, Direttore dell'Unità Operativa di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo dell'Ospedale Sant'Agostino-Estense, Prof.ssa Manuela Simoni, Ordinario di Endocrinologia e Malattie del Metabolismo Univ. di Modena e Reggio E., Dott.ssa Valentina Gnarini e Dott.ssa Giulia Brigante della Scuola di Specialità in Endocrinologia.
Ha presieduto l'incontro il Dott. Nicolino D'Autilia, Presidente dell'Ordine.
L'iniziativa sostiene un progetto di ricerca, tuttora in corso, condotto dalla Cattedra e Servizio di Endocrinologia diretto dal Prof. Carani volto ad individuare eventuali rapporti genetici con i tumori della tiroide.
L'AMMI ha dato la propria adesione al progetto invitando le socie a sottoporsi ad ecografia tiroidea per essere inserite nel progetto di ricerca.
Chi fosse interessato a partecipare a tale studio può contattare la Dott.ssa Gnarini Valentina al 059-3961829 (dalle 9 alle 13 Lun-Ven)

## LUIGI ALBERTO PINI PRESIDENTE DELLA SOCIETÀ ITALIANA PER LO STUDIO DELLE CEFALEE

*2500 pazienti seguiti ogni anno al Policlinico di Modena*

Importante riconoscimento per il **Centro Cefalee dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Modena**. Il professor **Luigi Alberto Pini,** Direttore del Centro Interdipartimentale Studio Cefalee e Responsabile della Struttura Semplice Centro Cefalee del Policlinico, **dal 1 gennaio 2011 ha assunto la carica di "Presidente della Società Italiana per lo Studio delle Cefalee**" (SISC). Pini è il secondo modenese, dopo il suo maestro il professor Emilio Sternieri, fondatore del Centro Modenese, che aveva guidato la SISC dal 1995 al 1997, ad essere chiamato alla guida di questa società medica.
Al collega, stimato ed apprezzato professionista che è stato anche Segretario del nostro Ordine, le congratulazioni del Consiglio dell'Ordine a nome di tutti i medici modenesi.

### NOTE TRISTI

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
Alla famiglia, al Dott. Giovanni e al Dott. Guido Vaccari per il decesso del Prof. Riccardo Vaccari.
Alla famiglia e al Dott. Marco Baraldi per il decesso del padre Dott. Luigino Claudio Baraldi.
Alla famiglia, alla D.ssa Licia e al Dott. Demetrio Petropulacos per il decesso del padre Dott. Dionisio Petropulacos.
Alla famiglia per il decesso del Prof. Giovanni Beduschi.

# il Bollettino dell'Ordine

**le tue idee, le tue proposte i tuoi consigli**

## bollettino@ordinemedicimodena.it

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

*Il Comitato di Redazione*