





Questo nostro strano paese (editoriale)

La funzione dei medici nel lavoro in equipe con le altre professioni sanitarie – competenze infermieristiche – individuazione e delimitazione dell'atto medico – tutela della salute del cittadino (gli Ordini della Regione Emilia Romagna)

Il tema della comunicazione di una diagnosi con prognosi infausta (Pantusa – D'Autilia)

La gammopatia monoclonale di incerto significato (Leonardi)

Posta elettronica certificata: cos'è (Ferrari)

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA





**LA SERENITÀ
SI COSTRUISCE
GIORNO PER GIORNO
con MODENASSISTENZA**

MODENASSISTENZA

*SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE
A CASA E IN STRUTTURE OSPEDALIERE*

PER ANZIANI, HANDICAPPATI, MALATI, DISABILI E PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

MODENA - VIALE V. REITER 38 - 059.221122 - CARPI - 059.654688

CONSIGLIO DIRETTIVO*Presidente*

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Stefano Reggiani

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino,

Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari

Dr. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi,

Dr. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi,

Dr. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI*Presidente*

Dr. Roberto Olivi Mocenigo

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Marcello Bianchini

Revisore dei conti supplente

Dr. Luigi Bertani

COMMISSIONE ODONTOIATRI*Presidente*

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvigionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

Dr. Marcello Bianchini, Dr. Michele Cinque,

Dr. Raffaele Lucà, Dr. Paolo Martone,

Dr. Roberto Olivi Mocenigo, Dr. Giovanni

Palazzi, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Pasquale

Venneri

REALIZZAZIONE EDITORIALE*Poligrafico Mucchi*

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

Fotocomposizione

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | www.krheodesign.it

EDITORIALE	04
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	05
LETTERE ALLA REDAZIONE	09
DISCUTIAMO DI ETICA	11
FNOMCeO	14
DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA	16
DI PARTICOLARE INTERESSE	20
A PROPOSITO DI	29
PEC	30
FLASH	31
ENPAM	32
CORSI CONVEGNI CONGRESSI	33
BIBLIOTECA	35
DIALETTO IN PILLOLE	37
ARTE E DINTORNI	39
TACCUINO	41

In un paese come il nostro nel quale è stato depenalizzato il reato di falso in bilancio il Ministro Brunetta ha decretato che il medico che certifichi falsamente deve essere radiato dall'Ordine dei medici.

Permettetemi di dire con molta serenità e altrettanta fermezza che non sono d'accordo.

È naturale che il collega che certifica il falso compie un atto deontologicamente scorretto e passibile di ogni sanzione possibile e immaginabile, compresa la fustigazione in piazzale Boschetti a Modena in mezzo ad una folla di cittadini plaudenti al ritrovato senso della Giustizia.

Ma la radiazione dall'Ordine vivaddio no.

Perché si dovrebbe in primo luogo accertare in che cosa è falsa la certificazione incriminata: troppe volte si è verificato che una prima sommaria analisi del documento sia stata poi smentita nei fatti da successivi doverosi approfondimenti. Secondariamente occorre che si faccia piena luce sulla corretta interpretazione di sintomi e segni che non sempre, anzi poche volte, corrispondono a diagnosi codificate. E comunque mi sia consentito di non essere d'accordo sul fatto di assimilare una certificazione falsa (o presunta tale) con lo

spaccio di droga quali reati che impongono ope legis la radiazione dall'Ordine.

Mi pare, ma credo di poter essere in buona compagnia, che sussista un abisso tra i due reati.

L'Ordine dei medici di Modena, va detto ad alta voce, si è sempre distinto anche a livello nazionale per una particolare sensibilità sui temi della responsabilità professionale ed in primis su quelli della certificazione. Abbiamo per questo organizzato nella nostra provincia, d'intesa con l'AUSL, l'INPS, l'INAIL e le associazioni dei medici di medicina generale, numerosi corsi ripetuti negli anni sulle corrette modalità nella redazione dei certificati e sulle ricadute penali di una loro falsità.

Ed è proprio per questo che non accettiamo di dover radiare un collega per legge, senza averlo prima ascoltato e senza aver prima accertato la verità dei fatti. Troppe volte di fronte ad un medico convocato per un'audizione centrata sulla certificazione, in deciso incremento in questi momenti di crisi, abbiamo registrato una versione dei fatti ben precisa e non rispondente ad una ipotetica "falsità" del documento.

La libertà di giudizio del Consiglio dell'Ordine dei medici va salvaguardata, nel



N. D'Autilia

rispetto delle leggi vigenti e del nostro Codice deontologico che ha sempre rappresentato lo strumento di valutazione dei colleghi nel momento di un loro eventuale procedimento disciplinare. Abbiamo la coscienza pulita di aver operato in questi anni a tutela del cittadino e difendendo quei principi di legalità, patrimonio comune di ogni società civile, anche nella professione medica.

I colleghi devono sapere che il loro Ordine professionale vigilerà affinché sia mantenuta la libertà di giudizio per i propri iscritti dettata dalle leggi vigenti. Quelle stesse leggi che crediamo siano maturati i tempi per una loro revisione sistematica. E chissà che il Ministro Fazio non ci dia una mano....

*Il presidente
N. D'Autilia*

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 11 GENNAIO 2010

Il giorno lunedì 11 gennaio 2010 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

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

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

1. per discutere il seguente ordine del giorno:
2. Approvazione verbali sedute di Consiglio Direttivo del 3.12.2009 e del 21.12.2009;
3. Variazioni agli Albi professionali;
4. Comunicazioni del Presidente;
5. 3.bis Assemblea Ordinaria annuale e premiazione 50° e 60° di laurea.
6. Iniziativa FNOMCeO- Ministero della Salute su vaccinazioni;
7. Sistema di formazione e accreditamento dei provider: ECM. Individuazione di referenti del Consiglio;
8. PEC: la proposta della FNOMCeO per i medici italiani;
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
11. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
AL JALBOUT	SAMER	6372
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
ROMANI	GABRIELE	6373
<i>Cancellazione</i>		
AGNATI	LUIGI FRANCESCO	3286
DELKHOSH	MAQSOD	2563
DI PIETRO	PERICLE	0137
FRISOTTI	ENNIO CLAUDIO	4714
FRENI	NAZZARENO	1320
MANENTI	FRANCESCO	1776
SCUTARI	RAFFAELLA	5819

ALBO ODONTOIATRI

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
ABDALHADI	MOHAMMED H A	0731
GARUTI	GIOVANNA	0732
GUALANDI	GABRIELE	0733
LEONI	MANUELE	0734
LUGLI	ELEONORA	0735
MIGLIARESE	LUIGI	0736
PIRONDI	CLAUDIA	0737
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
MANCUSO	MARIAGRAZIA	0738
<i>Cancellazione</i>		
FRISOTTI	ENNIO CLAUDIO	0303

Il giorno lunedì 8 febbraio 2010 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

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

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

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo dell'11.1.2010;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Corso FNOMCeO sulle vaccinazioni;
5. PEC: la proposta dell'Ordine di Modena (D'Autilia, Addamo);
6. 4 bis) Documento sul "see and treat";
7. INPS: problemi relativi a certificazioni telematiche;
8. Sentenza del Tar di Bologna sulla pubblicità sanitaria (Reggiani, Gozzi);
9. Prova attitudinale di odontoiatria: riaperti i termini (Gozzi);
10. Gestione separata INPS-ENPAM (Addamo);
11. Delibere del personale dipendente (Lo Monaco);
12. Delibere amministrative (Addamo);
13. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
14. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Iscrizione per trasferimento

ABU FARAH	ALI KHALIL SABER	6374
DE CARLO	PAOLA	6375
DEL GIUDICE	MARCO	6376
MASTEL	MICHELA	6377
RONSINI	GIULIA	6378

Inserimento elenco di "Formazione specifica in Medicina Generale" ai sensi art. 29, comma 3 del Dlgs 17/8/99 n. 368 e successive modifiche e integrazioni

LUPPI	DAVIDE	5943
MASTEL	MICHELA	6377

Cancellazione

FORTE	ERMINIA	5657
MARINI	MARIO	1406

ALBO ODONTOIATRI

Prima iscrizione

DELLE DONNE	MARCO	N. iscrizione 0739
-------------	-------	-----------------------

Il giorno martedì 16 febbraio 2010 - ore 12,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Francesco Cimino, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Francesco Sala.
 Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

1. Variazioni agli Albi professionali;

ALBO MEDICI CHIRURGHI		
<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
ANDREOTTI	ALBERTO	6379
ANGELI	LETIZIA	6380
BARALDI	MARCELLO	6381
BENATI	ELISA	6382
BERNABEI	CHIARA	6383
BERTELLI	LUCA	6384
BETTELLI	ELENA	6385
BETTELLI	MARGHERITA	6386
BIANCO	VALENTINA	6387
BONETTI	FRANCESCO	6388
BORSARI	LUCIA	6389
BOSCAINI	GIULIA	6390
BUFI	MARIAGRAZIA	6391
BURSI	SERENA	6392
CAMELI	MICHELA	6393
CARBONE	ANTONIO	6394
CARRA	ELENA	6395
CASARI	FEDERICO	6396
CAUTELA	JENNIFER	6397
CAZZATO	LUCIA	6398
CUOGHI	GIULIA	6399
DI GANGI	PIETRO	6400
DOMENICONI	GIULIA	6449
ESSOME NDOUMBE	ERIC WILLIAM	6401
FANTUZZI	VALERIA	6402
FAVALE	MARCELLA	6403
FENU	VALENTINA	6404
FONTANESI	FRANCESCA	6405
FORNASARI	ELISA	6406
FRESA	FRANCESCO	6407
GIOVANNINI	SARA	6408
GORLATO	GIULIA	6409
GRINZI	GIORGIA	6410
GRISANTI	DANIELA	6411
GUERZONI	VALENTINA	6412
KENGNE FOGUONG	CARINE	6413
LA COLLA	LUCA	6414
LATELLA	SILVIA	6415

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Prima iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
MARTUCCI	GIANFRANCO	6416
MAZZOTTA	RITA	6417
MISELLI	MANUELA	6418
MONTORSI	MARIKA TERESA	6419
MORABITO	PAOLO	6420
NERI	LAURA	6421
NESCI	JESSICA	6422
OLARU	IONELA ALINA	6423
OMARINI	CLAUDIA	6424
PALMIERI	LUCIA	6425
PATRUNO	CARMELA BENEDETTA	6426
PIANCONE	PAOLA	6427
PIETRANGIOLILLO	ZAIRA	6428
POLASTRI	CLAUDIA	6429
PUZZOLANTE	ANNETTE	6430
PUZZOLANTE	CINZIA	6431
ROMPIANESI	GIANLUCA	6432
ROMPIANESI	MARIA CHIARA	6433
RUBINO	LAURA	6434
SALVINI	ANNAMARIA	6435
SERAFINI	FABIO	6436
SIMONE	ANTONIO RODOLFO	6437
SPAGGIARI	EUGENIO	6438
SPEZZANI	VALENTINA	6439
SPINELLA	AMELIA	6440
TELLINI	MARCELLO	6441
TOMASELLO	CHIARA	6450
TOSS	ANGELA	6442
UGOLINI	GIULIA	6443
VALERINI	SARA	6444
VALZANI	YVONNE	6445
VENTURELLI	CRISTINA	6446
ZAZZI	ORNELLA	6447
ZENOBII	MARIA FRANCESCA	6448

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MARTEDÌ 26 GENNAIO 2010

Il giorno martedì 26 gennaio 2010 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri. Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Caliandro (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Prof. Mario Provvigionato.

1. Approvazione verbale seduta di Commissione del 15.12.2009;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. ECM;
4. Varie ed eventuali.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA

Scuola di Specializzazione di Medicina di Comunità

Direttore: Prof. Maria Angela Becchi

Dipartimento Integrato di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria
Nuovo Ospedale S. Agostino-Estense, via Giardini 1355, 41.100 Baggiovara (Modena)
Tel 059.3961810 Fax 059.3961322 e-mail mariaangela.becchi@unimore.it

Caro Presidente

ti scrivo in merito all'articolo comparso sul Bollettino di Novembre-Dicembre nel quale il Dott. Bianchini, oggi Medico Specialista in Gastroenterologia, fa una sintesi del Convegno tenuto a Bari il 18 Settembre 2009 sulla formazione pre-laurea e specialistica.

L'articolo è corretto, già conoscevo l'argomento e se ti scrivo non è certo per criticare, ma per indicare, approfittando dell'articolo, alcune "disinformazioni" che l'Ordine potrebbe avere l'interesse a correggere.

Nell'articolo si parla di "carenze curriculari" del Corso di Medicina e Chirurgia, citando fra queste la mancanza di un corso di Medicina Territoriale.

Il termine "Medicina Territoriale" mi fa pensare subito alle "Cure Primarie" nel quale il medico di medicina generale (mmg) rappresenta una parte importante, anche se non unica, dal momento che nella Medicina Territoriale-Cure Primarie compaiono anche altre figure mediche, infermieristiche, sociali.

A tutti è noto che la Medicina Territoriale-Cure Primarie può svilupparsi solo se a monte c'è una adeguata formazione. E da qui nascono le mie riflessioni, con particolare riferimento alla formazione medica.

Nella Regione Emilia Romagna, virtuosa per lo sviluppo del modello dei servizi in rete, e quindi anche dei servizi di Cure Primarie c'è un Ateneo virtuoso, l'Ateneo di Modena e Reggio Emilia nel quale sono in atto da vari anni interventi formativi che delineano il modello del Long Life Learning nell'area delle Cure Primarie.

Nel CdL in Medicina e Chirurgia è stato attivato, prima in via sperimentale per studenti volontari (a.a. 2005-06), poi curricolare per tutti gli studenti (a.a. 2007-08) il Corso "Medicina Generale e Cure Primarie". E' un corso teorico-pratico che si sviluppa dal 3° al 6° anno ed è formato da una parte teorica (seminari universitari) e da una parte pratica nei vari settings della Medicina Generale (studi dei mmg, domicili dei pazienti, residenze) e delle Cure Primarie delle Aziende USL di Modena e Reggio Emilia (ambulatori territoriali e residenze). Dall'a.a. 2010-11 con la applicazione del DM 270 di Riforma della Laurea Magistrale, il Corso diventerà un Corso Integrato, comprendendo la disciplina Medicina di Comunità (termine accademico per indicare le Cure Primarie e che io insegno dal 1992) ed altre discipline accademiche affini alle Cure Primarie.

Quindi il virtuoso Ateneo di Modena e Reggio Emilia si è già attivato per colmare la lacuna del pre-laurea.

Fra le Specializzazioni mediche dell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia è poi attivata dall'a.a. 2000-01 la Specializzazione in Medicina di Comunità. Con i DM di riordino delle Specializzazioni (1.8.05 e 29.3.06) la Specializzazione è divenuta di Area Medica, Classe Medicina Clinica Generale. Il percorso formativo prevede la frequenza dei medici in tutti i nodi della rete (reparti ospedalieri per acuti e lungodegenze, ambulatori di Medicina Generale e domicili dei pazienti, residenze, semiresidenze, hospice territoriali, servizi ambulatoriali territoriali medici e infermieristici, direzione del Distretto e dei Dipartimenti di Cure Primarie. La Specializzazione conferisce competenze cliniche e gestionali nei percorsi di cura alla persona per garantire continuità delle cure nella rete dei servizi e presa in carico globale del paziente complesso. Nella Scuola insegnano docenti universitari ed un ampio numero di professionisti aziendali fra cui mmg.

Quindi il virtuoso Ateneo di Modena e Reggio Emilia si è già attivato per colmare anche la lacuna del post-laurea.

Per finire nell'Ateneo di Modena e Reggio Emilia, nell'ambito dei Corsi ECM gestiti da Agefor e organizzati anche all'interno dei Dipartimenti Integrati (Università-Aziende Sanitarie) vengono tenuti da anni Corsi ECM nell'area delle Cure Primarie Integrate con le Cure Ospedaliere. Ricordo solo alcuni titoli (Approccio multiprofessionale e interdisciplinare al paziente complesso; Il ruolo del caregiver nella presa in carico del paziente complesso nella rete dei servizi) nati dalla collaborazione fra la componente universitaria ed ospedaliera del Dipartimento integrato di Medicina, Endocrinologia, Metabolismo e Geriatria del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense di Baggiovara. Anche questi Corsi sono un tentativo da parte dell'Ateneo di Modena e Reggio di colmare lacune su tematiche che la nostra Regione ritiene prioritarie: attività di equipe multiprofessionali, integrazione ospedale-servizi territoriali, empowerment del paziente e della famiglia...

Tenendo conto di queste evidenze universitarie, desidero allora focalizzare la attenzione su alcune "disinformazioni".

La prima scaturisce da una frase riportata nel Documento della Regione Emilia Romagna "I nuovi strumenti della programmazione regionale: la sfida del profilo di comunità e dell'atto di indirizzo e coordinamento triennale". A pagina 68 si legge: "Merita citare anche il richiamo all'Università affinché adegui maggiormente i piani di studi per i professionisti delle Cure Primarie affinché siano sempre più in grado di cogliere il mutamento delle esigenze del territorio". Questa frase è l'esempio chiaro di mancanza di comunicazione fra Istituzioni che pur con mission diverse, perseguono lo stesso obiettivo, ovvero avere medici competenti per rispondere ai bisogni della popolazione.

La seconda "disinformazione" è relativa alla Disciplina e Specializzazione di Medicina di Comunità. Si continua a dire che è un duplicato della Igiene, che non ha contenuti clinici, che i metodi e strumenti che insegna sono solo organizzativi e lontanissimi dalla Medicina Generale territoriale.

Ma così non è !!! Lo specifico culturale e professionale della Medicina di Comunità è diffondere cultura e formazione ai metodi e strumenti delle Cure Primarie integrate al bisogno con le cure ospedaliere, per sviluppare percorsi integrati e continui, centrati sul paziente e la sua famiglia. Questa disinformazione si sta trasmettendo senza approfondirne gli aspetti, con ricadute negative per la Specializzazione.

L'Ordine, attraverso una informazione corretta, da studiare nei tempi e nei modi, potrebbe sciogliere dubbi, magari aprendo un dibattito fra competenti. Che ne dici?

Angela Becchi

Caro Presidente,

ti scrivo per rispondere alla missiva della Prof.ssa Becchi a commento dell'articolo che ho pubblicato sul nostro Bollettino di Novembre-Dicembre u.s. intitolato "Formazione prelaurea e specialistica...". Sono veramente soddisfatto che il mio articolo abbia sollevato una discussione, segno che il problema è caro a diverse figure che compongono il puzzle della formazione.

Le obiezioni sollevate dalla Prof.ssa Becchi, con cui peraltro ho avuto il piacere di confrontarmi già in altre occasioni durante le sedute del nostro Osservatorio Regionale per la Formazione Specialistica, mi paiono delle valide precisazioni legate alla realtà modenese mentre l'articolo voleva avere un respiro più ampio, visto che il Congresso in oggetto prendeva in considerazione problemi di ordine nazionale. Infatti come sottolinea la Prof.ssa Becchi solo alcuni Atenei "virtuosi" sentono l'esigenza di affrontare le tematiche territoriali o di cure primarie o di comunità, e per di più solo da qualche anno mentre la realtà nazionale è ancora più scoraggiante. Per quanto riguarda poi la formazione post-laurea e in particolare la Scuola di Specialità in Medicina delle Comunità preme sottolineare che il numero dei contratti si è ultimamente ridotto a soli 2 annui in tutta l'Italia (vedi DM 5 febbraio 2010) divisi tra gli Atenei di Modena e Padova. Mi pare che la situazione sia tutt'altro che soddisfacente e ancora molto ci sia da fare in questa direzione o magari sondando ogni altra direzione possibile. Giusto quindi, preso atto dell'inefficacia dell'attuale sistema, interrogarsi e confrontarsi come è stato fatto a Bari in maniera produttiva per dare risposte univoche ed omogenee possibilmente a livello nazionale.

M. Bianchini

IL TEMA DELLA COMUNICAZIONE DI UNA DIAGNOSI CON PROGNOSI INFAUSTA

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

IL CASO

Giovanni, 62 anni, da qualche tempo non si sentiva bene. Il medico gli ha prescritto alcuni accertamenti, che egli ha eseguito e dei quali ha ritirato i referti; ora si trova dal medico che dovrà valutarli e dargli la risposta tanto attesa e temuta. Giovanni non sa ancora che la sua situazione è molto grave e che dovrà sottoporsi a una serie di cure, che però avranno ben poche possibilità di successo. Il medico comincia a parlare.....

I° COMMENTO

Il caso proposto affronta un tema che presenta molte sfaccettature, le più importanti delle quali, a mio parere, sono il diritto individuale a una informazione completa e corretta su tutto quanto attiene alla persona, specie in tema di salute, e quella che io chiamo: "l'etica della pietas". La normativa, la logica, la morale non consentono, io credo, di tacere al soggetto la gravità del suo stato, specie se essa porta a un probabile o addirittura certo decesso.

La normativa:

se le leggi vigenti, in particolare quella riguardante la privacy, impongono di parlare della salute di un individuo esclusivamente allo stesso, tanto da non poter consegnare la risposta di un qualsiasi esame a persone diverse (compreso il medico curante) se non su delega scritta, come

si pensa sia possibile trasgredire all'obbligo di informazione corretta e accurata, posto che di solito si viene meno alla suddetta obbligazione per avvertire invece un congiunto, un parente o una persona definita o, peggio, autodefinitasi "vicina"?

La logica:

un individuo deve poter affrontare in modo consapevole ogni istante della propria esistenza. Tale assunto vale in assoluto come diritto individuale e in termini relativi ogni volta che interessi economici, situazioni affettive da risolvere o qualunque altro problema rendano necessario assumere decisioni sostanziali per la vita futura della famiglia o comunque delle persone che circondano il soggetto ammalato a lui legate da vincoli affettivi o anche solamente economici.

La morale:

esistono situazioni legate a credo religioso, fatti e azioni commesse alle quali si vorrebbe porre rimedio, dubbi irrisolti su se stesso nelle quali una persona si dibatte e che, giunta al limite della propria esistenza, può voler risolvere per giungere in pace all'ultima meta. Chi di noi può ergersi a giudice per negare un tale diritto?

"L'etica della pietas" (o meglio: la morale pelosa):

ferme restando le debite ecce-

zioni riguardanti quelli di noi che, dedicando a ogni malato tutto e più del tempo necessario ad assisterlo sul piano morale oltre che su quello professionale, certo che costoro siano la gran parte dei medici, consentite al sottoscritto, che ha fatto per anni l'oncologo in un reparto ospedaliero, di esporre una tesi che sarà di certo contestata con profondo e accanito risentimento.

La via più breve per "educare" un figlio è concedergli tutto quello che vuole in modo da non avere seccature. La via più breve per "gestire un rapporto" con un paziente avviato al decesso è tacergli la gravità del suo stato per evitare seccature. Se si dice al malato la verità, tutta la verità, non ci si può limitare a lasciarlo andare con una rassicurante pacca sulla spalla. Bisogna dedicargli molto, moltissimo tempo! Bisogna parlargli, confortarlo, accompagnarlo nel suo percorso; non solamente curarlo. E quanti sono quelli di noi che hanno il tempo (e la voglia) di seguire un tale percorso umanitario?

Come considerazione finale risulta evidente che un argomento così pregnante non possa essere trattato in modo esaustivo in poche righe. Pertanto codesta mia risposta al quesito che il Consiglio dell'Ordine ha posto è da considerarsi una mera riflessione su una tematica importante al solo scopo di porre a me stesso e alla classe medica alcuni

spunti di meditazione, lasciando alla coscienza e alla professionalità di ciascuno la ricerca di una soluzione etica e valida anche sul piano della salvaguardia dei diritti individuali della persona fisica.

M. Pantusa

II° COMMENTO

Mai come negli ultimi anni si è prepotentemente posto all'attenzione dei mass media, prima che dei medici, il tema del rapporto che si instaura tra medico e paziente nel momento di una comunicazione che entra nel merito di una diagnosi per la quale la prognosi non è certamente favorevole. È un tema questo su cui si è molto discusso e molto credo si discuterà ancora dal momento che purtroppo non sono mai venute meno le malattie gravi e neppure la morte che conclude tutte le nostre vite, belle o brutte che siano state.

E forse c'è una ragione di fondo, a ben pensarci, se oggi si discute tanto di questo tema. Forse, in un mondo intriso di tecnologia e di risposte (ai quesiti diagnostici) sempre più asettiche e/o caratterizzate da un linguaggio riservato a pochi "eletti", viene riscoperto il valore di una comunicazione efficace soprattutto nel momento difficile della definizione di un "percorso" che è quello che separa il cittadino/paziente dall'exitus. Percorso a volte tortuoso, costellato di procedure diagnostiche non sempre rispettose della sua dignità di persona anche se finalizzate

ad una migliore definizione diagnostica, utile spesso più al medico che al paziente. Ed è proprio in questa "terra di nessuno" dove nessuno vuole soffermarsi più di tanto e che molti sfuggono con artifici vari, compresa la delega a terzi, in questo ambito temporale si consuma quel breve, o meno breve, lasso di tempo nel quale l'uomo affronta l'uomo, il medico guarda negli occhi il paziente. E parla.

Ma nessuno di noi è stato formato per questo, come peraltro per tante altre cose, e allora ci si plasma nel parlare sulla nostra esperienza (ammesso che serva davvero in questi frangenti), sulle reazioni del nostro interlocutore che si manifestano col trascorrere delle nostre parole, sulla emotività che spesso sovrappiunge.

Dire o non dire? Tutto o quasi tutto? Capirà o non capirà? E se capirà cosa capirà?

L'articolo 33 del Codice di Deontologia medica non lascia dubbi di sorta sul comportamento del medico in questi casi e dichiara alcuni principi che mantengono inalterati nel tempo il loro valore. Vale la pena rammentarli alla nostra memoria.

Informazione e consenso

Art. 33

- Informazione al cittadino -

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

Come si può dedurre dal testo restano ben sanciti i criteri della prudenza nell'informare il paziente, dell'utilizzo di termini non traumatizzanti e della non esclusione di elementi di speranza. In questo intersecarsi di principi che potremmo definire universali, se non fossimo tacciati di esasperazione degli stessi, sta il centro della relazione tra medico e paziente in un momento così traumatico per entrambi. Perché se è vero che la cattiva notizia riguarda in primis il cittadino che si affida alle nostre cure, è altrettanto vero che quella stessa notizia turba le nostre coscienze di curanti, soprattutto nel caso del

medico di famiglia che ha seguito nel corso della vita quella persona "vivendo" con lei i momenti più o meno felici che si susseguono in ogni esistenza terrena.

Informare, non c'è dubbio, si deve, tenendo conto delle capacità di comprensione del paziente e delle sue sensibilità, senza traumatizzarlo oltre il dovuto e con la consapevolezza che siamo di fronte ad un essere umano che spesso vede in noi la fonte di speranza basata sulla fiducia. E qui si apre il capitolo che ritengo più importante per il caso in questione: la fiducia.

Solo se il medico è riuscito nel corso degli anni a maturare un rapporto di reciproca fiducia con il cittadino/paziente, fondato sul rispetto dei rispettivi ruoli e sulle competenze acquisite da entrambi, solo se questo rapporto si è consolidato strada

facendo con il divenire degli eventi, solo a questa condizione la comunicazione di una diagnosi a prognosi infausta sarà vissuta da entrambe le figure con serenità e con la consapevolezza che è una delle tappe della strada percorsa insieme. Non è facile, lo sappiamo bene, costruire nel tempo quel rapporto, ma una volta costituitosi sarà un fondamento solido.

D'altro canto il medico resta una figura di riferimento per il paziente soprattutto in un'epoca come la nostra caratterizzata da una forte impronta tecnicistica. La smoderata richiesta di accertamenti diagnostici e l'evidente accanimento terapeutico che caratterizza ormai alcune patologie, in primis quelle oncologiche e/o comunque a prognosi spesso infausta, sta creando le condizioni per una altrettanto forte valorizzazione dell'ele-

mento "uomo" da intendersi come sottolineatura del ruolo che riveste il medico quando si spoglia della sua veste di "tecnico della salute" e si siede sul letto a fianco del paziente. E soprattutto gli parla.

Oggi il medico deve riscoprire una virtù che avevano i nostri predecessori: la capacità di dialogare con le persone, il che significa anche saper ascoltare. La comunicazione di una prognosi infausta rientra in questo percorso e non è mai un evento a se stante, pur rappresentando una tappa dolorosa. Dobbiamo impegnarci a viverlo con la consapevolezza di aver fornito al nostro paziente tutti gli strumenti possibili perché lui affronti dignitosamente quella parte del percorso dandogli anche la certezza che non siamo poi tanto lontano da lui.

N. G. D'Autilia

Informazione pubblicitaria

www.gruppobper.it



MAX INFORMATION 7

Gruppo BPER. La nostra forza è la tua forza.

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



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

Questo è il marchio del Gruppo BPER. Un gruppo bancario composto da 11 banche con 1200 sportelli e 11.000 uomini.

 GRUPPO BPER



Sul sito della FNOMCeO un' intervista del presidente D'Autilia sull'attività estera della Federazione Nazionale



D'Autilia: FNOMCeO, protagonista delle scelte ordinistiche europee.

Da anni le attività dell'Ufficio Esteri della Federazione Nazionale dei medici sono tra le più intense e qualificanti. Relazioni e convegni, tavoli di incontro e sviluppo di strategie comuni con gli Ordini europei e mediterranei sono diventati un elemento fisso delle agende FNOMCeO. Da alcuni anni è il presidente OMCeO di Modena, Nicolino d'Autilia, a guidare queste attività. Gli abbiamo chiesto di sintetizzare le attività recenti sul piano "estero", anche nell'imminenza del Convegno di Sanremo (11 e 12 marzo), dove i temi internazionali della professione medica saranno messi sotto la lente d'ingrandimento.

Presidente D'Autilia: ci può illustrare in sintesi quali sono le attività internazionali più significative su cui è impegnata attualmente la FNOMCeO?

Facendo un po' di storia recente, direi che non vi è dubbio che il 2009 sia stato l'anno nel quale si è consumata la nostra uscita definitiva dal CPME, uno dei massimi organi di rappresentanza dei medici in Europa, una scelta attuata d'intesa con Francia, Spagna, Slovenia e presto il Portogallo. Non erano state assicurate le condizioni di una adeguata rappresentatività sulla base del numero dei professionisti iscritti in Italia e per questo ce ne siamo andati. Nel contempo abbiamo valorizzato il ruolo della CEOM, la Conferenza Europea degli Ordini dei Medici, che rappresenta il naturale referente delle problematiche di natura ordinistica nel nostro continente. Abbiamo per questo presentato un nostro documento in Portogallo in dicembre e ora aspettiamo la commissione a Sanremo – all'inizio di marzo - in occasione dell'iniziativa promossa dalla FNOMCeO.

Quali sono i temi cardine delle riflessioni ordinistiche internazionali? Formazione e circolazione dei professionisti - ci riferiamo alla direttiva Zappalà - sono ancora al centro dell'agenda? E il team del confronto tra Codici Deontologici?

Certamente il tema della circolazione dei professionisti, come anche quello dei cittadini, resta al centro dell'agenda dei lavori. Naturalmente, correlati a questo, vi sono i grandi problemi della formazione professionale e della sicurezza delle cure. Ma, essendo Ordini dei medici, siamo altresì molto attenti ai temi della responsabilità professionale e della privacy.

Le sigle delle Commissioni più note sono UEMO, UEMS, CEOM. Ci può aiutare a comprendere valore e attualità di questi ambiti di lavoro?

La UEMS rappresenta senza dubbio la commissione più rappresentativa di tutte ed è costituita dai rap-



presentanti di molte specialità mediche. Non va dimenticato che è stata proprio la UEMS a definire l'atto medico, punto di riferimento ben netto per la nostra professione. Quanto alla UEMO essa si caratterizza per la connotazione della medicina generale e dei problemi ad essa connessi. Uno dei temi oggi in campo è la formazione del medico generale in Europa, ancora troppo poco omogenea nei percorsi sia universitari sia extra-accademici. La CEOM infine, fortemente supportata dal nostro presidente Bianco, si sta affermando come la vera rappresentanza degli Ordini Europei e si propone di affrontare i temi peculiari della professione sotto il profilo della Deontologia. Negli ultimi mesi abbiamo fatto un grosso sforzo per mettere a confronto i Codici deontologici europei su alcuni temi di indubbio interesse per tutti come il consenso informato, la pubblicità sanitaria, il doping ed altri ancora. L'obiettivo è quello di formalizzare a Sanremo una carta di principi condivisi in Europa.

COMEM sta dimostrando la possibilità di uscire dai soli confini europei per un ragionamento ordinistico condiviso? E se ci fosse l'opportunità di un dialogo anche con i medici degli Usa?

La COMEM è una iniziativa forte della Federazione nazionale che ha creduto in una scommessa che è insieme culturale e etica. Perseguire l'obiettivo di mettere intorno ad un tavolo i professionisti provenienti da paesi che si affacciano sul Mediterraneo con differenti culture e diversi background formativi ha rappresentato un momento di crescita per tutti noi perchè ha messo in gioco certezze ma ha anche permesso di acquisire una ricchezza di esperienze che altrimenti si sarebbero perse in una frammentarietà di interventi. Un confronto tra culture diverse ma spesso molto affini non solo è auspicabile ma anche doveroso per i professionisti della salute come sono i medici. Per quanto concerne il dialogo con i medici USA non vedo francamente motivi per cui non affrontare il tema che attualmente non è in agenda, ma può rappresentare un momento di riflessione per il comitato Centrale. Non vi è dubbio che la assoluta maggioranza delle nozioni acquisite dai medici europei, italiani inclusi, deriva dalla cultura statunitense e per questo sarà opportuno un confronto anche con i medici USA.

Per finire: quali sono gli appuntamenti di rilievo su cui vi concentrate nei prossimi mesi?

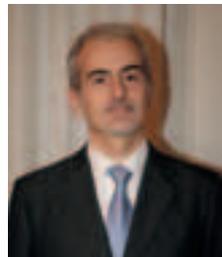
Certamente il convegno di Sanremo che si avvia a diventare un evento di risonanza europea per la rilevanza dei temi trattati, e poi l'appuntamento della COMEM in Barhein, in Aprile, che è il primo incontro dopo l'approvazione dello statuto avvenuto a Palermo. Infine tutti gli incontri della CEOM, della UEMO e della UEMS. Insomma c'è da lavorare e i nostri delegati sono impegnati fortemente su vari fronti.

W. Gatti

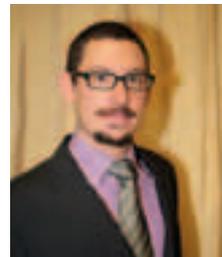
LA GAMMOPATIA MONOCLONALE DI INCERTO SIGNIFICATO

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

bjh guideline

UK Myeloma Forum (UKMF) and Nordic Myeloma Study Group (NMSG): guidelines for the investigation of newly detected M-proteins and the management of monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS)

Le linee guida per l'inquadramento e la gestione della gammopatia monoclonale di incerto significato (Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance-MGUS) elaborate dai gruppi inglese e nordico per lo studio del mieloma pubblicate nell'agosto del 2009 sul British Journal of Haematology (Byrd et al, Br J Haematol 147:22-42; 2009) ci permettono di focalizzare la nostra attenzione su un aspetto che riguarda spesso la pratica clinica.

La presenza di una componente monoclonale (CM) al tracciato elettroforetico delle proteine è spesso un riscontro occasionale che avviene nel corso di accertamenti eseguiti per i motivi clinici più vari. Nella popolazione caucasica con età superiore a 50 anni tale reperto ha una prevalenza intorno al 3.2%, mentre questo valore sale a circa il 5.3% per soggetti con età superiore a 70 anni. (Kyle et al NEJM 354, 1362-1369, 2006).

La CM è definita dalla presenza nel siero o nelle urine di una immunoglobulina monoclonale prodotta in quantità variabili da un clone plasma cellulare anomalo. L'immunoglobulina può essere:

- completa: quando la catena pesante (IgG, IgA, IgM) è associata alla catena leggera kappa o lambda
- incompleta: quando viene prodotta soltanto la catena leggera libera kappa o lambda (free light chain FLC).

L'immunofissazione sierica e/o urinaria è il metodo che conferma la presenza della CM ed identifica il tipo di catene pesante e leggera coinvolte. La negativizzazione spontanea di una CM è un evento più che eccezionale così che la gammopatia, una volta rilevata, accompagnerà il paziente per tutta la vita. L'immunofissazione sierica ed urinaria, quando positiva, è un dato acquisito che non si modifica spontaneamente nel corso della storia clinica.

La presenza di una CM confermata dall'immunofissazione richiede a completamento:

- misurazione quantitativa della componente monoclonale. La quantità della CM non corrisponde al valore assoluto della classe di Ig coinvolta, ma ne rappresenta una frazione più o meno rilevan-

- te. Il dosaggio della CM è un parametro importante per l'inquadramento clinico
- determinazione sulle urine attraverso l'immunofissazione ed il dosaggio FLC nelle 24 ore.

Dal punto di vista clinico la gammopatia monoclonale può essere:

- Associata ad una ben definita patologia: La CM caratterizza alcune neoplasie linfo-plasmacellulari come il Mieloma Multiplo (MM), l'Amiloidosi AL, il Plasmocitoma Solitario e la Macroglobulinemia di Waldenstrom, e può essere associato a patologia linfoproliferativa come i linfomi non Hodgkin (LnH) e la Leucemia Linfatica Cronica o a patologia non neoplastica come molti disordini autoimmuni, epatopatia virus indotta, infezione da HIV.
- Non associata a patologia: questa condizione rappresenta circa il 70% delle CM e definisce sostanzialmente la MGUS.

La diagnosi di MGUS è una diagnosi che quindi si pone dopo avere escluso altre patologie e si caratterizza per:

- basso livello di CM: sierica: <3 gr/dl; urinaria: < 1 gr/24 ore
- infiltrato midollare plasmacellulare clonale <10%
- assenza di danno d'organo correlabile a MM, In particolare assenza di anemia (Hb<10 gr/dl), lesioni osteolitiche o fratture patologiche, insufficienza renale, ipercalcemia, sintomi che vengono identificati mediante l'acronimo CRAB (**C**alcium elevated, **R**enal failure, **A**nemia, **B**one lesions), assenza di segni o sintomi clinici di patologia linfoproliferativa, autoimmune e virale.

I pazienti con MGUS hanno un aumentato rischio di sviluppare patologia neoplastica rispetto alla popolazione sana ed in particolare MM e patologia linfoproliferativa. In uno studio della Mayo Clinic il rischio cumulativo di progressione era del 10% a 10aa, del 21% al 20 aa e del 26% a 25aa. Il rischio complessivo di progressione era stimato di 1% per anno e questo rischio si confermava oltre i 25 aa dalla diagnosi. (Kyle et al NEJM 346, 564-569, 2002). Il rischio di sviluppare patologia neoplastica è più elevato nei pazienti in cui la gammopatia viene diagnosticata in età più giovane rispetto ai pazienti oltre i 70 aa. In questa coorte di pazienti la speranza di vita è influenzata prevalentemente dalle patologie croniche non correlate alla CM.

Diversi studi hanno tentato di individuare fattori di rischio per la trasformazione di MGUS in patologia neoplastica. Tra i più significativi possiamo ricordare:

- tipo di classe Ig coinvolta: una CM di classe A (IgA) rappresenta un rischio maggiore di evoluzione verso il MM. Una CM di classe M (IgM) è più frequentemente associata a evoluzione verso patologia linfoproliferativa indolente (Macroglobulinemia di Waldenstrom, LnH);
- concentrazione della proteina monoclonale: il progressione a 20 anni si modifica in modo consistente sulla base del dosaggio della proteina monoclonale passando dal 14% per CM inferiore 500 mg/dl, fino al 64% per CM intorno a 3 gr/dl;
- infiltrato plasmacellulare clonale nel midollo osseo: un infiltrato plasmacellulare tra 6-9% rappresenta un rischio due volte maggiore di progressione rispetto ad un infiltrato tra 0-5%;
- alterato rapporto catene libere kappa/lambda seriche (FLC ratio): il normale rapporto tra le catene leggere libere varia tra 0.26-1.65. L'alterazione di questo rapporto comporta un rischio di trasformazione significativamente incrementato rispetto ad un rapporto normale. Questo parametro inoltre si dimostra un fattore indipendente dal tipo e dalla concentrazione della CM.

E' stato proposto da Rajkumar nel 2005 un modello per la stratificazione del rischio di progressione neoplastica che prende in considerazione tre variabili: CM di tipo IgG, concentrazione inferiore a 1.5 gr/dl, normale rapporto delle catene leggere libere. Queste tre variabili identificano un sottogruppo con bassa probabilità di progressione. (Rajkumar et al. Blood. 2005; 106: 812-817).

Il modello proposto per la stratificazione del rischio viene riportato in tabella adattata

Gruppi di rischio	Caratteristiche	Rischio relativo CI 95%	Rischio di progressione a 20 anni (%)	Rischio di morte a 20 anni (%)
Basso	CM<1.5 gr/dl FLC ratio.normale CM IgG	1	5	2
Intermedio basso	Solo 1 dei parametri è alterato	5.4	21	10
Intermedio alto	Due parametri sono alterati	10.1	37	18
Alto	Tutti i parametri sono alterati	20.8	58	27

Il paziente con gammopatia monoclonale sia alla diagnosi che nel follow-up deve essere sottoposto ad un attento esame clinico e ad alcuni accertamenti di laboratorio al fine di ottenere un giusto inquadramento della sua condizione e definire un adeguato monitoraggio nel tempo.

È importante, infatti, distinguere tra una malattia che si esprime con produzione di CM e l'MGUS, alterazione della produzione anticorpale in assenza di malattia con potenziale evolutivo.

L'anamnesi e l'esame obiettivo sono indispensabili per individuare sintomi e segni che possono orientare verso una patologia correlabile alla gammopatia. Calo ponderale, sudorazione notturna, febbre, adenomegalie e/o splenomegalia orientano per una patologia linfoproliferativa. Dolore osseo o fratture in assenza di trauma, insufficienza renale orientano verso il mieloma multiplo. Insufficienza cardiaca non spiegabile da precedenti eventi cardiaci, neuropatia periferica, edema possono suggerire un danno da amiloide. Questa parte è naturalmente fondamentale per mettere in evidenza eventuali patologie non neoplastiche che si associano a gammopatia

Gli esami di laboratorio permettono sia la identificazione delle caratteristiche qualitative e quantitative della CM, che si correlano con il rischio evolutivo, sia la presenza di un danno d'organo. Sono pertanto uno strumento indispensabile per mettere in luce la presenza o meno di una patologia. I parametri bioumorali da monitorare sono:

- emocromo con formula,
- dosaggio frazionato delle Ig G/A/M,
- determinazione quantitativa della CM,
- rapporto delle catene leggere libere nel siero (Free Chain Light – FCL),
- parametri di funzione renale quali la creatinemia e azotemia,
- calcemia,
- LDH,
- esame urine, proteinuria 24 ore, dosaggio delle catene leggere urinarie nelle 24 ore,

La diagnostica strumentale per immagini identificata per il singolo paziente sulla base dei segni e sintomi clinici è utile per studiare o definire un eventuale danno d'organo.

Sulla base dei dati raccolti si possono ipotizzare scenari clinici diversi:

- 1) gammopatia monoclonale associata a chiari elementi patologici clinici e/o strumentali e/o di laboratorio. Questi pazienti devono essere riferiti allo specialista ematologo per la definizione diagnostica e la pianificazione di eventuale terapia
- 2) MGUS a rischio evolutivo basso. In questo gruppo rientrano tutti i pazienti con CM IgG, dosaggio

CM<1.5 gr/dl, normale rapporto delle catene leggere libere sieriche, assenza di sintomi, nessuna alterazione dell'emocromo, della funzione renale, proteinuria di Bence Jones< 500 mg/dl. Questi pazienti non richiedono l'intervento dello specialista, possono essere seguiti presso l'ambulatorio di medicina generale con controlli periodici ogni 4 mesi per il primo anno e successivamente ogni 6-12 mesi se i parametri permangono stabili

- 3) MGUS a rischio evolutivo intermedio-basso. Sono quelle condizioni in cui vi è l'alterazione di solo uno dei parametri identificati da Rajkumar. Questo gruppo di pazienti ha una bassa probabilità di progressione a 20 anni, e può essere mantenuto in osservazione dal medico di medicina generale a scadenze come sopra indicate.
- 4) MGUS a rischio evolutivo intermedio-alto/alto. Sono quelle condizioni in cui vi è l'alterazione di 2 o 3 parametri identificati da Rajkumar. Questo gruppo di pazienti è da riferire allo specialista ematologo che è chiamato a decidere quando e come completare l'approfondimento diagnostico comprensivo di Biopsia Osteomidollare.

Quello che è stato brevemente descritto sopra è in sintesi quanto la letteratura ci fornisce per seguire al meglio i pazienti con Gammopatia Monoclonale.

E' necessario però sottolineare che la pratica clinica nel nostro territorio è necessariamente diversa da quanto la letteratura descrive.

A tutt'oggi non è ancora possibile sul nostro territorio effettuare il dosaggio della CM in tutti i casi di gammopatia monoclonale. Inoltre, il dosaggio delle catene leggere libere sieriche ed il loro rapporto non è stato ancora implementato in nessun laboratorio della provincia.

Per quanto riguarda la quantificazione della CM è un dato che può essere acquisito solo dietro richiesta esplicita.

Per quanto riguarda il dosaggio delle catene leggere libere sieriche attualmente la metodica non è a disposizione in nessun laboratorio, anche se in fase di implementazione. Quello che oggi viene determinato è il dosaggio complessivo delle catene kappa e lambda sia libere che coniugate. Questo non è il parametro corretto utile per valutare il rischio evolutivo.

Giovanna Leonardi

L'articolo nella sua versione integrale è consultabile sul sito www.ordinemedicimodena.it sezione Bollettino.

Informazione pubblicitaria



AFFITTASI

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

Per informazioni telefonare
al numero
338 1592352

Da alcuni anni a questa parte si sono sviluppati nel paese modelli di assistenza integrata nell'ambito ospedaliero che cercano di rispondere in modo adeguato alle richieste dei cittadini di sempre maggiore utilizzo delle risorse sanitarie soprattutto in alcuni settori come quello del Pronto Soccorso. Ne sono derivati alcuni modelli assistenziali come quello toscano che hanno suscitato un ampio dibattito nella professione e che hanno posto al centro della integrazione medico-infermiere differenti competenze e acquisizioni di ruoli non sempre ben definiti.

La Federazione regionale degli Ordini ha approfondito questo tema portandolo alla discussione di ogni Consiglio provinciale e ne è scaturito il documento che segue il quale rappresenta un contributo che i medici emiliano-romagnoli hanno inteso offrire in primis all'attenzione dei propri politici e amministratori e in secondo luogo alla FNOMCeO che organizza nel mese di maggio un convegno proprio su questo tema.

Gli Ordini dei medici intendono con questo documento ribadire la specificità e unicità dell'atto medico quale garanzia della qualità dell'assistenza al cittadino, pur nella consapevolezza di una indispensabile integrazione con le altre figure sanitarie, in primis quella infermieristica, in un Servizio sanitario efficace ed efficiente ma rispettoso dei ruoli professionali e delle competenze acquisite con la formazione universitaria.

N.D.G.

FRER ORDINI Federazione Regionale Emilia Romagna degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri			
Presidente: Dot. Giancarlo Pizzi	Consiglieri: Dot. Luigi Bagnoli Dot. Andrea Bocelli Dot. Tiberio d'Alcia Dot. Nicolino D'Autria Dot. Bruno Di Lascio Dot. Stefano Falcinelli	Rappresentanti Odontoiatri: Dot.ssa Marina Grandi Dot. Maurizio Grossi Dot. Beniamino Lo Monaco Dot. Giuseppe Miserotti Dot. Stefano Rufini	Rappresentanti Odontoiatri: Dot. Angelo Di Mola Dot. Carlo D'Achille
Vice Presidente: Dot. Pierantonio Muzzetto			
Segretario: Dot. Giancarlo Aulizio			
Tesoriera: Dot. Salvatore De Franco			

LA FUNZIONE DEL MEDICO NEL LAVORO IN EQUIPE CON LE ALTRE PROFESSIONI SANITARIE. COMPETENZE INFERMIERISTICHE. INDIVIDUAZIONE E DELIMITAZIONE DELL'ATTO MEDICO. TUTELA DELLA SALUTE DEL CITTADINO.

Come noto con la modifica del Titolo V della Costituzione sono state definitivamente conferite alle Regioni le competenze in ambito organizzativo assistenziale sanitario rimanendo in capo alla legislazione statale le norme per la formazione e l'attribuzione di funzioni e competenze delle diverse figure professionali.

Partendo da tale presupposto alcune regioni, in particolare Emilia-Romagna e Toscana, hanno deciso di implementare una particolare organizzazione sanitaria in ambito assistenziale che preveda l'attuazione di percorsi di diagnosi e cura assegnati

attraverso validazione di "talu-ni protocolli" che siano affidati non più soltanto a medici ma a personale infermieristico, di fatto allargando le competenze in campo sanitario a quelle figure professionali impiegate in ambito sanitario ma non in possesso della laurea in medicina.

Le ultime vicende in Toscana ed analoghe situazioni prospettate in altre Regioni hanno portato la Federazione Emiliano Romagnola degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FRER) ad approfondire l'argomento sulla scorta di quanto ipotizzato nei progetti in fieri con l'intento di

valutare il significato, opportunità e conseguenze di tali iniziative.

In particolare si è considerato prioritariamente il possibile impatto che una tale modifica gestionale della salute possa avere sul cittadino, ponendo attenzione alla salvaguardia dell'imprescindibile diritto alla salute, alla sua tutela, alle implicazioni sul rapporto medico-paziente, all'alleianza terapeutica e all'incidenza sull'atto medico.

Regione Emilia-Romagna

La problematica coinvolge l'individuazione dei criteri sulla base

dei quali delimitare competenze ed attività esercitabili, in via autonoma e/o sotto la supervisione di personale medico, da parte degli esercenti la professione sanitaria infermieristica.

La necessità di intervenire con particolare urgenza nella definizione di tali parametri è stata posta all'evidenza a seguito della presa visione e dell'analisi del documento elaborato dal Comitato Regionale per l'Emergenza denominato *"Il Triage in Pronto Soccorso in Emilia-Romagna"*.

Tale atto si pone come obiettivo quello di fornire indicazioni per lo sviluppo e l'implementazione delle funzioni infermieristiche all'interno delle strutture di Pronto Soccorso sia in ambito di triage che di attività di trattamento dei pazienti, attribuendo al personale infermieristico – tra le altre – la titolarità di competenze che potrebbero essere suscettibili di sconfinare nell'alveo dell'atto medico vero e proprio. A mero titolo esemplificativo si richiama quanto ivi previsto al punto 1 B) in merito alla *"possibilità di effettuare in PS pratiche assistenziali e terapeutiche in autonomia da parte di personale infermieristico"*, seppur *"in presenza di protocolli, procedure, istruzioni operative sottoscritte dal medico responsabile dell'UO"*; in particolare si individuano ambiti nei quali *"il percorso del paziente può essere svolto sotto la responsabilità dell'infermiere"*, elencandose alcune tipologie: *"medicazione e bendaggi di ustioni di 1° grado a estensione corporea limitata [...] trattamento di ferite ed abrasioni ad interesse del solo tessuto cutaneo [...] odontalgia in presenza di evidente interessamento dentario [...] anticipazione terapeutica per il trattamento del dolore"*, ecc.

Ancora – e citandosi sempre a titolo esemplificativo – si propone di introdurre la *"possibilità autonoma del personale infermieristico di inviare direttamente al medico specialista, in presenza di protocolli procedure sottoscritte dal medico responsabile dell'UO, pazienti con specifici segni e sintomi di pertinenza specialistica"*, fornendo altresì un elenco di situazioni diagnostiche da trattarsi secondo tale procedura semplificata.

Ferma restando la già riconosciuta e disciplinata competenza infermieristica nel triage ospedaliero, l'ampliamento di tale funzione e degli interventi delegabili al personale infermieristico del pronto soccorso è suscettibile di porsi in contrasto con i limiti posti alle attività esercitabili da tali professionisti sanitari e potrebbe comportare l'improprio affidamento di atti di natura medica a personale non in possesso dei requisiti professionali richiesti. Si rende pertanto necessario compiere un breve excursus nelle fonti normative di riferimento al fine di individuare i criteri ed i parametri di delimitazione della professione infermieristica, anche considerando la notevole evoluzione intervenuta in materia di formazione e di inquadramento professionale.

Tale compito si dimostra tuttavia di non agevole attuazione a causa del complesso ed articolato panorama normativo e dell'assenza di un sistema di delimitazione in positivo mediante elencazione circoscritta delle attività esercitabili da infermieri dotati di preparazione generica o specialistica; al contrario, le fonti rinviano a riferimenti aperti, caratterizzati da indicazioni prive di tassatività e riferite alle specificità del percorso formativo post-

base del singolo soggetto.

Risalendo a ritroso il D.P.R. 225/1974 identificava funzioni, compiti, mansioni e competenze di quello che allora veniva definito all'art. 6 *"infermiere generico"*. Oggi il principale e più generale riferimento normativo è dato dalla successiva Legge n. 42/1999, la quale all'art. 1, oltre ad eliminare la dizione *"ausiliaria"* dalla denominazione ufficiale che rimane perciò riferita alle *"professioni sanitarie"*, abroga il citato D.P.R. 225/1974, costituente il mansionario della professione, con eccezione – e dunque mantenimento in vigore – della norma relativa alle funzioni di quello che allora veniva definito *"infermiere generico"* (art. 6, D.P.R. 225/74).

Contestualmente la medesima disposizione comunque determinava *"il campo proprio di attività e di responsabilità"* delle varie professioni sanitarie sulla base

- *"dei contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali,*
- *degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché*
- *degli specifici codici deontologici"*.

Per quanto concerne il primo parametro di riferimento occorre richiamare il D.M. 739/1994, rubricato quale *"Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"*, il quale all'art. 1 comma 3 enuclea in via generica un elenco delle funzioni affidate all'infermiere; tra queste, da citarsi in quanto particolarmente rilevanti nella fattispecie sopra esposta ed ai

fini dello svolgimento dell'attività di triage, può risultare opportuno richiamare alcune lettere, secondo le quali l'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni della prestazione infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

L'ulteriore parametro di riferimento costituito dai vari ordinamenti didattici, pur potendo contemplare ipotesi e casistiche di maggiore specificità, concorrendo a definire in via analitica le attività realizzabili anche con riferimento alle varie figure di specializzazione, finisce per rinviare ad una pluralità di discipline ed ad una molteplicità ed eterogeneità di esperienze che risulta impossibile riassumere in questa sede.

Tuttavia il medesimo art. 1 comma II della L. 42/1999, non si limita a dettare criteri di riferimento "aperti" ed evolvibili, ma pone altresì una norma di chiusura del sistema escludendo dal campo proprio di attività e di responsabilità dell'infermiere "le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario".

Può dunque individuarsi una definizione in negativo in base alla quale non possono essere demandate all'infermiere quelle funzioni che rientrano nell'ambito di pertinenza medica connotanti quell'atto medico, evidentemente riservato a coloro che sono provvisti di specifico titolo abilitativo all'esercizio della professione medica.

Pertanto, al fine di valutare la

correttezza di ipotesi di affidamento di funzioni ed attività al personale infermieristico di pronto soccorso e – più in generale – di individuare il limite della prestazione infermieristica, occorrerà valutare se tali attività e prestazioni possano o meno considerarsi atti medici.

In carenza normativa di una definizione giuridica di atto medico, dunque con un determinante contributo giurisprudenziale, potrà costituire tuttavia un valido ed autorevole riferimento la definizione di atto medico elaborata dal Consiglio dell'Unione dei Medici Specialisti nel corso di un convegno internazionale.

In tale sede si è statuito che *"l'atto medico include tutta l'azione professionale, quella scientifica, quella d'insegnamento, d'esercizio ed educativa, i livelli clinici e medico tecnici attuali per promuovere la salute e funzionalità, prevenire disturbi, fornire ai pazienti cure diagnostiche o terapeutiche e riabilitative, individuali o di gruppo o cumulative, nel contesto del rispetto dell'etica e del valore deontologico. La responsabilità dell'atto ed il suo esercizio devono sempre essere esercitate da un medico registrato (iscritto all'Ordine, n.d.r.), o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione"*.

Alla luce di tale definizione e tenendosi comunque in considerazione le competenze acquisite dal personale infermieristico, anche sulla base del proprio individuale percorso formativo e professionale che comunque non potrà mai collidere con le competenze e le pertinenze mediche in qualsivoglia atto di cura, dovrà dunque essere valutata la possibilità o meno di affidare a personale non medico l'effettuazione – con particolare attenzione quando ciò debba avvenire

in via autonoma e non sotto la supervisione di un medico – di attività suscettibili di poter essere considerate quali trattamenti diagnostici, terapeutici o riabilitativi e/o comunque in senso lato di tipo squisitamente medico.

La concretizzazione identificativa degli atti medici, con trasposizione dal concettuale allo specifico, è pertanto operazione che sicuramente non può prescindere da un fattivo contributo esercitabile dagli Ordini Professionali anche in termini di proposizione e nondimeno di vigilanza, nell'ambito dei compiti *latu sensu* agli stessi istituzionalmente riconducibili.

Tutto ciò in risposta anche alle legittime istanze avanzate a livello regionale dai maggiori sindacati medici (ANAAO ed ANPO dell'Emilia Romagna) che, attraverso i loro responsabili regionali hanno sollecitato la FRER ad intervenire in una materia la cui delicatezza comporta interventi oltremodo oculati viste le implicazioni derivanti dal complesso rapporto di cura col paziente.

Un mandato chiaro se investiti della responsabilità di limitare le scelte che *a cascata* ne deriverrebbero nell'ulteriore e paventato progetto sull'articolazione del lavoro infermieristico a livello dei Pronto Soccorso regionali, in consonanza con quanto attuato finora in via sperimentale dalla vicina Regione Toscana.

Regione Toscana **Consiglio Sanitario della Regione Toscana** **Premessa toscana**

Il tutto nasce dalla Proposta di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso fatta a livello Re-

gionale dall'Assessorato alla Salute nell'anno 2007 partendo dall'esperienza anglosassone oggettivata in quello che è nominato *Il metodo "see and treat"* in Pronto Soccorso.

Sulla scorta di quanto riportato nel R.D. 1631 del 1938 e, successivamente, dal DPR 128 del 1969, tutti gli Ospedali devono essere muniti di servizio di Pronto Soccorso, con un organico proprio, indipendente ed autonomo in risposta alle urgenze provenienti dall'esterno. Le stime ultime dimostrano come in Italia oltre 400 su 1000 abitanti ogni anno hanno accesso al Pronto Soccorso ospedaliero, di cui 250 vi giungono per problemi di salute definiti minori e comunque di non primaria entità².

Dato il crescente utilizzo del Pronto Soccorso da parte della popolazione, con momenti di vera criticità, si è reso necessario porre in atto correttivi sui tempi di accesso alle cure in base a priorità cliniche mediante instaurazione del cosiddetto "triage" (dal francese "trier", selezionare) divenuto obbligatorio dal 2001 su tutto il territorio nazionale.

Sebbene sia stato sollevato più di un dubbio sull'affidamento del triage a personale non medico, essendo solo un giudizio di accesso alle cure in base alla patologia il più spesso corredata di giudizio medico, attualmente il triage è svolto da personale infermieristico che "definisce la priorità di accesso alle cure prestate dal personale medico in qualche modo dirigendo per così dire il traffico all'interno del

Pronto Soccorso rendendo compatibile con la risposta medica disponibile il flusso all'interno della struttura"³.

Il See and Treat applicato nella Regione Toscana

La regione Toscana è partita dal presupposto che per i casi lievi il problema di salute potesse essere risolto direttamente in fase di prima accoglienza in PS, evitando al paziente diversi passaggi e procedure con l'applicazione del modello cosiddetto "See and Treat", che vuole essere una risposta assistenziale alle urgenze minori, utilizzato dal Servizio Sanitario Nazionale Inglese⁴ e che risulta efficace soprattutto nel contenimento delle attese. Lo caratterizzano:

1. in conseguenza del "triage" scaturiscono due accessi distinti, uno per i casi più gravi ed uno per le urgenze minori (il "See and Treat" propriamente detto);
2. si identifica un'area per il "See and Treat", adiacente al Pronto Soccorso, ove operi personale proprio;
3. chi accede al "See and Treat" è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Medico o Infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine;
4. gli operatori addetti al "See and Treat" devono essere nel numero necessario per prendere in carico immediatamente il paziente ed evitare il determinarsi di lunghe code;
5. il personale dell'area "See and

Treat" è costituito dagli operatori più esperti e comunque deve aver ricevuto una formazione specifica per la patologia di competenza;

6. viene ammessa al "See and Treat" una casistica selezionata per appropriatezza.¹

Punti del Progetto Toscana

E' evidente che gli aspetti innovativi del modello inglese sono la sostituzione della funzione di triage con una più semplice discriminazione iniziale fra casi urgenti e casi non urgenti, e, per le urgenze minori, la completa presa in carico del caso da parte del primo operatore disponibile, medico o infermiere.

Tale soluzione pare giuridicamente non sostenibile poiché le patologie, sebbene minori, rimangono di pertinenza del medico per la competenza specifica maturata durante il percorso formativo corroborato non solo dal titolo e dalla legislazione vigente ma da un vissuto professionale specifico ed unico.

Ponendo poi sullo stesso piano, per la stessa patologia, il medico e l'infermiere, si viola il principio della specificità della competenza ottenuta con una formazione adeguata che ha condotto alla distinzione professionale di due figure eludendo fra l'altro il primato formativo del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Se la figura che si vuole costruire quale espressione della medicina innovata del terzo millennio è quella di un infermiere con mansioni amplificate si ritiene che sia destinata a creare non

-1 CENSIS comunicazione stampa 12 Ottobre 2004 disponibile al sito <http://www.censis.it/>

-2 Ministero della Salute. Compendio Anno 2003 <http://www.ministerosalute.it/>

-3 DesPlaines, IL (1999) Standards of emergency nursing practice (4th Ed.) Emergency Nursing Association (ENA)"

-4 <http://www.wise.nhs.uk/cmsWISE/Service>

+Themes/emergency/seeandtreat/seeandtreat.htm

pochi problemi gestionali, evocando esperienze bocciate dalla storia sia nel mondo del lavoro sia in quello sociale, espresse e ben effigiate da Breugel nel suo dipinto la "torre di Babele". Si configurerebbe una situazione che vede ufficializzata una figura che assommi su di sé competenze medico sanitarie, che è poi la figura del medico attuale, affiancata da una nuova figura a cui si riconoscano competenze sanitarie oltretutto mediche, appunto evidenziabili in quel termine "infermedico".

Il risultato è infatti quello di, usando un neologismo, "babeizzare" la salute attraverso la confusione dei ruoli e la commistione delle competenze, facendo sì che il cittadino sia sempre più confuso dalla impostazione della sanità pubblica, perdendo punti di riferimento certi nella confusione del "chi fa che cosa". Non giovano bizantinismi che servano unicamente a giustificare talune scelte e non a chiarire al paziente quale sia il rimedio giusto per rispondere ai suoi bisogni di salute, piccoli o grandi che siano, come ad esempio proporli protocolli da chicchessia applicati come prodotti certificati di cura, oggettivandoli e dunque rendendoli eseguibili indifferente da medici od infermieri. Indubbiamente quest'ultima innovazione appare più significativa per una certa impostazione della sanità pubblica che parrebbe dimenticare non tanto la snellezza degli accessi al Pronto Soccorso, che giustamente vanno coordinati e snelliti, quanto la giustezza degli interventi terapeutici ed il raggiungimento dell'obiettivo della miglior cura dispensata da personale qualificato.

Altro elemento da valutare è

quello più prettamente accademico e formativo. Se la formazione universitaria è tale da mettere in condizione sia il medico che l'infermiere di accedere alla funzione di dispensatore di cure, previo processo articolato di diagnosi, allora il corso di laurea in medicina e quello in infermieristica altro non sarebbero che un doppione. Anche in questo caso uno dei due dovrebbe essere abolito o comunque integrato. Ma ciò farebbe decadere il concetto che le prestazioni sulla piccola come sulla grande patologia siano differenziabili fra diverse figure professionali: l'infermiere che è messo nella condizione di fare il medico, travalica la sua funzione di infermiere di fatto sanato nella nuova posizione di medico.

De iure et de facto si de-mansiona il medico e si sovra-mansiona l'infermiere che assurge a posizione professionale medica proprio allorché si promuove l'infermiere da un apporto prevalentemente collaborativo ad una fase operativamente autonoma, duplicando in tal modo le potenzialità del punto di prestazione. Quest'impostazione in apparenza inseribile in una sorta di democrazia sanitaria, di fatto è una rivoluzione nell'ambito della scienza medica, volendo attribuire a talune figure competenze non proprie e non retaggio di una preparazione specifica e finalizzata.

Sorge più di un dubbio quando si consideri, ad esempio, la ricerca che è effettuata dal mondo infermieristico anglosassone, e di cui si hanno conferme in autorevoli riviste di "nursing"; cresce la perplessità su come si possa fare ricerca clinica, applicata e pura in ambito della patologia umana,

che possa distinguersi in medica o infermieristica: la ricerca è sempre ricerca diversificata per materia ed argomento, ma distinta in osservazionale o laboratoristica pura, clinica, gestionale.

Ciò che varia è il target perché è solo la competenza specifica che porta a studiare particolarità cliniche, biologiche, farmacologiche o quant'altro. Ancor di più nella ricerca clinica, ove, in relazione alla specificità delle competenze può aversi quella collaborazione costruttiva fra le diverse figure professionali in ambito sanitario che agiscono in sinergia, e non in sola autonomia, contribuendo indirettamente al processo di cura del cittadino ammalato, che è l'unico obiettivo certo nel mantenimento e nella salvaguardia sociale del bene salute.

Ma al ragionamento teorico si contrappone quello più pratico che vede l'utilizzo dell'infermiere nel triage in una funzione evidentemente "paramedica" in evoluzione verso quella "competenza medica che gli viene offerta sul campo" ma che nella mente degli estensori è stato finalizzato ad *<incrementare il numero delle prestazioni senza un pari, ma più limitato, incremento delle risorse umane>*, come riportato testualmente sul documento regionale quale giustificazione addotta proprio dal vertice sanitario regionale toscano. Postulando una garanzia di mantenimento della qualità della prestazione, tutto ciò *<nelle linee di miglioramento del Pronto Soccorso che l'Assessorato al Diritto alla Salute sta promuovendo, pur rimanendo la necessità di ulteriori sviluppi organizzativi sul territorio>*. Lo stesso Assessorato specifica di seguito *<si afferma il principio che la risposta all'urgenza, anche*

solo soggettiva, deve essere fornita con efficacia e efficienza indipendentemente dai tradizionali criteri con cui abbiamo valutato l'appropriatezza dell'accesso in PS, almeno fino a che il riferimento prevalente per i problemi del cittadino sarà costituito dal PS stesso.

Una giustificazione, quella di una innovazione utile e necessaria, perché più funzionale, che contrasta con la reale competenza dei due ipotetici attori coinvolti e con il diritto alla salute ed alla miglior cura sancita proprio dalla nostra costituzione, come un diritto inalienabile.

Il servizio di Urgenza Emergenza nel Servizio "118"

Analogo discorso, con addotte le motivazioni succitate, si deve fare per un altro aspetto considerato e parzialmente attuato con condivisione di protocolli in realtà diversificate della Regione Emilia Romagna.

Adducendo la stessa motivazione giuridica portata a giustificazione di scelte organizzative assistenziali nell'ambito delle attività di pronto soccorso che vedono il personale infermieristico investito di compiti e mansioni di pertinenza medica, si è pensato di estendere a quest'ultimo talune attività di fatto riconducibili al principio del "See and Treat" anglosassone nell'urgenza-emergenza territoriale.

Pur nell'addurre il giustificativo della eccezionalità degli interventi si è pensato di strutturare l'assistenza coordinata dal 118 sul territorio in modo che ad intervenire in situazioni di codice rosso, come in caso di patologia coronariche acute, sia non più

solo l'auto medica ma l'ambulanza col solo infermiere a bordo, investito del compito del primo intervento il quale agisce con la giustificazione dello stato di necessità come, ed in vece, del medico.

Pensare di attivare un servizio privo del medico nella strutturazione organizzativa del 118, sembra, a parere degli addetti all'urgenza emergenza, una situazione perlomeno singolare in relazione al fatto che competenza e qualità sono da considerarsi in tali circostanze di criticità elementi tutt'altro che secondari e che proprio per questo un assetto organizzativo che ne preveda l'esclusione suona, nell'ambito della tutela della salute, se non azzardato quanto meno ardit.

Richiamando la normativa che prevede la scomparsa del mansionario per il personale infermieristico² è stata postulata, ed in alcune realtà anche realizzata, la possibilità, per l'infermiere, di intervenire di routine in autonomia nella diagnosi e terapia di primo presidio nel caso del paziente non critico.

L'autonomia infermieristica si è persino estesa alla somministrazione di farmaci in ambito specialistico come nel caso di patologia coronarica acuta con infarto del miocardio (IMA). Come noto, dispensare farmaci è di pertinenza del medico o del personale infermieristico ma solo sotto la guida e responsabilità medica.

La motivazione addotta per tale deroga è quella della eccezionalità degli eventi. Ma la situazione occasionale e rara non può essere ritenuta sufficiente a giustificare una effettuazione estensiva;

infatti ogni intervento va modulato e commisurato alla serietà della patologia.

Si ritiene, inoltre, che una simile prassi porterebbe a limitare l'uso dell'automedica –dove è previsto un medico a bordo -per criteri di economia nel nome cioè di un economicismo di sostanza al fine di giustificare decisioni organizzative poco consone con una corretta gestione del bene salute del cittadino.

Non è considerato certamente produttivo per la collettività un assetto organizzativo che preveda la sostituzione surrettizia del medico specialista con un infermiere "formato", cui si attribuisca un'autonomia di giudizio e di intervento, che sarebbe giustificato, come premesso, solo dalla quasi unicità degli eventi e, perciò, solo in casi particolari, in corso, cioè, di situazioni eccezionali in cui si verificasse, come ad esempio in caso di eventi catastrofici.

Il cambiare le regole, che sono dettate soprattutto dal buon senso e dall'esperienza, in settori così delicati in cui la perizia è requisito fondamentale data la difficoltà e la delicatezza delle patologie che per definizione sono di elevata gravità, è un fattore di rischio aggiuntivo alla prognosi dei pazienti critici e, soprattutto, dei risultati del processo di cura. A maggior ragione si deve ritenere, fuor di dubbio, che ci si debba richiamare al rispetto del principio e del requisito imprescindibile che un simile intervento clinico sia effettuato da personale altamente specializzato, in possesso di una solida ed oggettiva preparazione, e che peraltro sia giuridicamente giustificato

² (Legge n. 42/1999, art. 1 che abroga il succitato D.P.R. 225/1974, costituente il mansionario della professione ed il D.M. 739/1994, rubricato quale "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere")

in modo assolutamente chiaro e definito, che altri non è se non il medico specialista in medicina d'urgenza o in rianimazione.

Ogni possibile deviazione da una simile impostazione così strutturata andrebbe a configurare scenari di un improprio utilizzo di personale e potrebbe portare quasi certamente ad instaurarsi contenziosi proprio nel nome e per conto della tutela della salute del cittadino.

Verrebbe così meno il requisito di legalità legato al ruolo ed alle funzioni del medico in quanto figura giuridica ben definita e munita di specifico titolo accademico ed altrettanto specifica abilitazione all'esercizio della professione.

L'atto medico, in tutte le sue possibili espressioni, ha legittimità derivante dal conseguimento dell' idoneità all'esercizio professionale riconosciuta dall'Ordine dei Medici Chirurghi, su delega

del Ministero della Salute nel rispetto dell'art.13 e 32 della Carta Costituzionale.

Esso si basa sui principi della libera scelta del cittadino e dell'autonomia del medico, il quale è tenuto a richiedere come primo atto di responsabilità e cura il consenso implicito od esplicito nel rispetto della contrattualità del rapporto medico-paziente. Ed il consenso, per la sua essenza, è acquisibile nella sua forma compiuta pertanto solo dal medico-medico, in ragione del fatto che la sua acquisizione è regolata e definita dalla giurisprudenza negli aspetti civili e penali e peraltro non è prevista alcuna procedura per l'acquisizione del consenso da parte delle altre figure professionali in ambito sanitario. Nella stessa gestione del rischio clinico il consenso diventa un passaggio necessario come primo atto di cura e come condivisione accettazione del percorso diagnostico terapeutici fra medico e paziente

inintermediari e trova altresì conferma in una vasta bibliografia giurisprudenziale in merito a sentenze ordinarie e della Suprema Corte di Cassazione.

Progetto regionale Perimed

In data 14 gennaio c.a. è stato presentato a livello ospedaliero un progetto infermiere "pilota" in alcune realtà regionali per la gestione dei pazienti in fase preoperatoria partendo dal presupposto che la legge 10.8.200 n.251 o della "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" all'art.1 definisce che "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". Sempre la Legge invita le Regioni alla promozione della "[...] valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quella degli Stati dell'Unione Europea". Ciò è stato considerato un valore da sviluppare per cui la Regione Emilia Romagna ha inteso presentare il progetto specifico



118 a Phnom Penh (marzo 09 - freelance G. Calogero)

inserendolo nell'ambito della sua politica di innovazione e di ricerca, stabilendo di lavorare su progetti e sperimentando modelli organizzativi innovativi nel settore chirurgico, limitandoli alla fase preoperatoria.

Sono stati adottati quale conferma alla sperimentazione sul paziente in fase preoperatoria alcuni giustificativi di "merito" al fine di determinare:

1-una implementazione del livello di sicurezza del processo operatorio

2-migliorare i livelli di assistenza in ragione dei livelli di qualità percepita ed attesa dal cittadino

3-migliorare l'integrazione fra ospedale e servizi territoriali. Nelle intenzioni della Regione si intende valorizzare le competenze del personale ausiliario infermieristico e ostetrico, attribuendo loro e riconoscendo un "core competence" strutturato, elevato e specifico, sulla cui base poter stabilire, individuandone le peculiarità, un "core curriculum" a riprova del livello formativo che possa costituire la base culturale su cui costruire i percorsi formativi ulteriori di specializzazione in accordo con le Università, aggiornandolo al settore chirurgico e più nello specifico, preoperatorio. Alla funzione prettamente infer-

mieristica, che può considerarsi prettamente di "qualificato supporto al medico" col rilievo di dati anamnestici peculiarmente raccolti dall'infermiere, si riscontrano elementi di giudizio, a seconda della serietà delle patologie da sottoporre a trattamento chirurgico, valutazioni cliniche particolari di supporto all'anestesista (infermiere valutatore insieme all'anestesista in caso di percorso a media intensità) ma anche di piena autonomia (nel percorso a bassa intensità), lasciando alla valutazione unica dell'anestesista invece i casi complessi (percorso ad alta intensità)

Nel documento in origine (pag 15), si rileva che nel piano formativo è previsto che il personale ausiliario infermieristico di fatto venga posto in condizione di fare una valutazione degli esami e della persona, passando attraverso la raccolta dei dati anamnestici e seguendo a questi una valutazione clinica del paziente, procedendo a visita, come l'auscultazione del torace: e tutto ciò in un lasso di tempo breve nell'arco di soli tre mesi, essendo questo il tempo ritenuto sufficiente per maturare le competenze specifiche richieste.

Lascia alla valutazione ulteriore il significato del modulo dell'intervista con proposizione di

domande a valenza clinica che mal si coniugano con una formazione non medica, perché espressione di una valutazione clinica complessa nell'alveo di patologie diverse e diversificate per cui necessita apposita formazione specifica maturata nel corso degli anni ed così anche l'auscultazione polmonare.

Il senso della sperimentazione si riassume pertanto in una generica azione non più sussidiaria ma alternativa al medico attribuendo in fase sperimentale competenze non solo assistenziali ma cliniche operative e gestionali in piena autonomia, "costruendo un portfolio di competenze per gli operatori dell'area assistenziale nell'ambito della formazione complementare specialistica in collaborazione con l'Università".

Al termine del "breve periodo formativo" si stabilisce che l'infermiere sia capace di:

- 1 valutare le condizioni dei pazienti a basso rischio utilizzando modalità e strumenti condivisi in collaborazione di altre figure del team
- 2 valutare le informazioni già in possesso del paziente
- 3 documentare le condizioni mediche preesistenti
- 4 riconoscere le indicazioni cliniche e le potenziali reazioni

AZIONI	TEMPO IN MESI	CHI FA / DOVE
6. Formazione ed addestramento degli infermieri che realizzeranno le visite preoperatorie	infermieri 3 mesi	In RER

Fig.1(dal documento progetto Perimed RER del 14.1.2010)

- avverse ai farmaci impiegati in ambito preoperatorio
- 5 favorire la continuità assistenziale
 - 6 sviluppare progettualità

Un'articolata sperimentazione che ponga sullo stesso piano l'intervento autonomo dell'infermiere con quello dell'anestesista suona azzardato, sia per la valutazione iniziale dei patologia a basso oppure a medio o alto rischio; poi crea una serie di problemi professionali, etici, inerenti la sicurezza dell'ammalato al quale deve essere garantita un'assistenza clinica qualificata da parte di personale addetto preparato e "certificato", la cui esperienza sia certamente superiore ad un corso di formazione trimestrale, a tutela proprio della salute del cittadino.

Una salute che, in base al progetto in questione, sarebbe sicuramente compromessa con atti politici che portano all'indubbio aumento del rischio clinico e sic stantibus rebus, ogni ulteriore tentativo di sostituire il medico nella sua funzione con altro personale, che non abbia una specifica, articolata e documentata formazione (core curriculum) conseguita seguendo un iter formativo adeguato, costituisce motivo di apprensione per il cittadino, il quale non avrebbe la garanzia di un'assistenza qualificata, nonché ne testimoni nel post totum un'illecita interpretazione statutale.

Conclusioni

La FRER, alla luce delle considerazioni sopra riportate, fatto salvo il principio della salvaguardia dell'alleanza terapeutica e del rapporto medico-paziente e nell'ambito di una

valutazione globale sulle prospettive dell'assistenza sanitaria necessitante un coinvolgimento delle componenti non mediche, ritiene indispensabile che la **FNOMCeO ponga in essere**, anche attraverso il prossimo Convegno previsto in Romagna nel mese di maggio **un approfondito dibattito per definire:**

- 1) l'atto medico;
- 2) la peculiarità dell'attività del medico;
- 3) il diritto-dovere della diagnosi e della cura del paziente quale prerogativa imprescindibile del medico;
- 4) ruolo e funzione del personale ausiliario nei processi di diagnosi e cura
- 5) la normativa che regola la figura giuridica del medico;
- 6) la responsabilità professionale d'equipe, nella certezza dei ruoli e delle mansioni ed il primato dell'atto medico;
- 7) con chiarezza i compiti e i ruoli nei rapporti con le altre figure professionali collaboranti con il medico nei vari processi operativi,
- 8) l'individuazione degli atti e l'esecutore delle azioni esercitate nel processo di diagnosi, terapia e certificazione di cui è assegnata la responsabilità diretta al medico (o DTC)
- 8) per le professioni sanitarie non mediche la necessità del preventivo consenso raccolto dal medico responsabile dei singoli atti di diagnosi e cura, inquadrati nel lavoro di equipe.
- 9) la responsabilità del medico di ogni atto di diagnosi e cura che preveda l'intervento di tutte le altre figure sanitarie a concorso del risultato

in ogni singolo segmento operativo.

Ed infine sollecitare ogni percorso per giungere alla depenalizzazione dell'errore medico. Tali argomenti paiono ormai ineludibili: si tratta di mettere il dito nella piaga sui tentativi, sempre più evidenti, di determinare una equipollenza di titoli a fronte di prestazioni che competono ad attori diversi in ambito sanitario. Come noto, al medico compete stilare la certificazione che è strumento con una sua struttura e validità giuridica e conseguenti responsabilità, indipendentemente dal tipo di prestazioni effettuate, quale atto di cura che ne è peculiare espressione. Situazione, questa che non potrà mai competere all'operatore sanitario e se l'operatore sanitario chiamato in causa, nella fattispecie l'infermiere, non può legalmente certificare la sua prestazione questa non potrà produrre gli effetti anche legalmente attesi. In altre parole il modello organizzativo alla base di qualunque procedura non può non tenere conto che gli operatori hanno responsabilità e procedure comunque diverse e non assimilabili.

In questa ottica in ogni Pronto Soccorso qualunque un ambulatorio dedicato a codici bianchi e verdi, con più infermieri dovrà essere affidato alla responsabilità di un medico, e solo a lui compete l'iter di diagnosi e cura.

Si ritiene che preconstituire percorsi-scorciatoia con un retro pensiero economicistico non possa che creare danno al cittadino, al paziente, all'economia del Paese.

FRER Ordini

L'ACNE

INTRODUZIONE

L'acne giovanile guarisce con il passare del tempo. Questa è, purtroppo ancora oggi, l'opinione che si ha di una patologia tanto importante. Questa opinione va completamente ribaltata in un'era in cui l'apparire e l'estetica hanno una importanza sempre maggiore. L'acne infatti coinvolge proprio questi due aspetti, oltre alla sfera psicologica. E' una patologia delle unità follicolo - sebacee caratterizzata da formazioni non infiammatorie, (comedoni) i cosiddetti punti neri, e infiammatori, papule, pustole e talvolta noduli e cisti. La percentuale degli adolescenti di ambo i sessi, colpita dalla patologia, si aggira fra il 70 e il 90% . Il picco di incidenza è tra i 14 e i 18 anni nella femmina, fra i 16 e 19 nel maschio. Di solito comunque comincia all'inizio della pubertà e può anche protrarsi in alcuni casi fino ai 30 anni, anche se generalmente intorno ai 20-22 anni comincia la regressione. I distretti anatomici più frequentemente colpiti sono il volto, il dorso e la parte antero-superiore del torace.

La patogenesi è multifattoriale e comprende:

- 1) Aumentata attività delle ghiandole sebacee (seborrea);
- 2) Ipercheratinizzazione dell'infundibolo;
- 3) Infiammazione follicolare e perifollicolare;
- 4) Colonizzazione batterica da parte del *Propionibacterium Acnes*, anche se la più recente letteratura ne sta ridimensionando l'importanza.

CLINICA - Dal punto di vista clinico si distingue :

- 1) **Acne lieve**: costituita da una componente comedonica (punti neri) e microcistica (punti bianchi). Di norma è circoscritta al volto. La terapia, a questo stadio, si basa sull'uso di prodotti topici: retinoidi, acido azelaico, benzoino perossido, da soli o in combinazione con antibiotici topici. Spesso questi principi attivi sono associati in un unico prodotto, sicuramente da preferire per ottenere una maggior compliance da parte del paziente.
- 2) **Acne moderata**: detta anche papulo-pustolosa in cui compaiono papule eritematose e pustole vere e proprie, i cosiddetti "brufoli". Comincia a coinvolgere il tronco. In questo stadio alla terapia topica, basata soprattutto su antibiotici e isotretinoina, va associata un'antibiototerapia generale per qualche mese (tetracicline o eritromicina a basso dosaggio).
- 3) **Acne severa**: detta nodulo-cistica in cui insorgono lesioni nodulo-cistiche conglobate con tendenza alla ascessualizzazione. Si localizza al volto, al dorso e alla parte alta del petto. La terapia si basa soprattutto sull'uso di antibiotici orali a dosaggio pieno per circa tre mesi e retinoidi topici. In considerazione degli importanti effetti collaterali, solo in casi eccezionali e davvero resistenti a tutte le altre terapie, alcuni autori valutano la possibilità di ricorrere all'uso orale delle tretinoine e degli ormoni. Gli esiti dell'acne possono consistere in semplici discromie, in cicatrici depresse o ipertrofiche, in veri e propri cheloidi deturpanti. Intervenire in questi casi con le terapie specifiche al singolo esito.

Dunque l'acne va curata adeguatamente e tempestivamente per prevenire:

- un negativo impatto psicologico sul paziente, in un'età come l'adolescenza già critica di per sé;
- lo sviluppo di cicatrici post-acneiche che prolungherebbero questo disagio psicologico.

La scelta di una terapia farmacologica adeguata però, deve soprattutto oggi, associarsi a un opportuno approccio dermocosmetologico.

La ragazzina che è affetta da acne vuole continuare a truccarsi, il ragazzino affetto da acne deve pur radersi. Infatti esistono dei cosmetici che pur conservando l'aspetto "truccante" svolgono una azione seboregolatrice e antinfiammatoria.

Nell'uomo non va trascurato l'uso di prodotti specifici per la rasatura, contenenti sostanze ad azione antisettica. La fotoprotezione non va mai dimenticata.

Per conservare il risultato clinico ottenuto dopo mesi di terapia e prevenire purtroppo non infrequenti recidive, può essere utile istruire il paziente con semplici consigli: le tre D (come le definisce l'autore nella sua più che ventennale esperienza):

- **Detersione** corretta, non aggressiva e non frequente;
- **Dieta** equilibrata;
- **Divieto** di strizzare i famosi "brufoli e punti neri".

Michele Cinque

Bibliografia

T. Cainelli, A. Giannetti, A. Rebora. *Manuale di Dermatologia Medica e Chirurgica*. Mc Graw-Hill Libri Italia srl, Milano, 1997.

Bettoli V. et al. *Antibiotic resistance of propionibacteria. Four years' experience of a large number of cases in Italy*. *Dermatology*, 2006; 212: 206-207.

D. Innocenzi. *Acne: Aspetti clinico-patologici, terapeutici e cosmetologici*, JMB, 2008. Viareggio.

F. Serri. *Trattato di Dermatologia*. Piccin Nuova Libreria spa, Padova. 1986.

FIRMATA LA CONVENZIONE DELL'ORDINE DI MODENA PER LA PEC A TUTTI GLI ISCRITTI

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine nella seduta del 3.3.2010, a conclusione di una trattativa che ha impegnato Ordine e Federazione Nazionale per alcuni mesi, ha deliberato di sottoscrivere una convenzione con **ArubaPEC Spa** per la **fornitura di caselle di posta elettronica certificata** agli iscritti a condizioni economiche particolarmente vantaggiose.

Ferma restando la libera scelta per ogni singolo professionista di acquistare la propria casella presso un qualsiasi Gestore autorizzato, la proposta alla quale aderisce l'Ordine di Modena prevede l'acquisto, a carico dell'interessato, di una casella di posta certificata per la **durata di 3 anni al costo complessivo di € 6,00 + IVA**. Nella considerazione che gli obblighi di legge (Legge 2/2009) impongono ad ogni professionista iscritto all'Ordine la dotazione di una casella di posta elettronica certificata, che deve essere comunicata all'Ordine di appartenenza, ti invitiamo ad attivare la casella di posta elettronica con la convenzione che ti proponiamo perché, in aggiunta ad un costo molto contenuto, l'accordo prevede che il successivo adempimento di comunicazione all'Ordine degli indirizzi Pec attivati, venga assolto a cura del Gestore.

Nel giro di alcune settimane sarà accessibile un portale internet che **ArubaPEC** si è impegnata a realizzare per consentire a tutti i colleghi iscritti l'attivazione della propria casella di posta elettronica in modo semplice e immediato. Quanto prima ti comunicheremo i percorsi e le **modalità di attivazione tramite il Bollettino, la newsletter e il sito internet**.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA: COSA E'?

La posta elettronica certificata (PEC) è uno strumento che permette di dare ad un messaggio di posta elettronica lo stesso valore di una **raccomandata con avviso di ricevimento tradizionale**, qualora entrambe le caselle del mittente e del destinatario siano di Posta Elettronica Certificata.

La casella di posta elettronica certificata può essere acquistata esclusivamente dai Gestori accreditati (Poste Com spa, Aruba Pec spa, Infocert e altri) presso il CNIPA (Centro Nazionale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione) che è l'organo pubblico preposto al controllo della posta elettronica certificata.

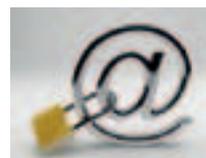
Dal punto di vista dell'utente, una casella di posta elettronica certificata non si differenzia da una casella di posta normale; cambia solo il meccanismo di comunicazione sul quale si basa la PEC, che prevede l'emissione di **alcune ricevute, aventi valore legale**, inviate dai gestori PEC del mittente e del destinatario e delle quali rimane una traccia informatica presso i Gestori per un periodo di trenta mesi, secondo quanto previsto dalle normative.

Il decreto legge n. 185 del 29 novembre 2008 (pubblicata sulla GU n. 280 del 29 novembre 2008, S.O. n. 263 convertito nella legge n. 2/2009), prevede che:

- ✓ i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato, sono tenuti a comunicare ai rispettivi Ordini o Collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata entro un anno (29/11/2009: termine non perentorio) dalla data di entrata in vigore del succitato decreto;
- ✓ gli Ordini e i Collegi devono pubblicare in un elenco riservato, consultabile in via telematica esclusivamente dalle pubbliche amministrazioni, i dati identificativi degli iscritti con il relativo indirizzo di posta elettronica certificata.

La PEC è quindi uno strumento:

- veloce ed economico per la trasmissione e comunicazione, anche per gli invii a più destinatari contemporaneamente, con costi estremamente più bassi rispetto a quelli dei mezzi tradizionali;
- non necessita della presenza del destinatario per completare la consegna;
- assegna validità legale alle ricevute di consegna e certificazione degli allegati al messaggio;
- permette la consultazione ed uso anche da postazioni diverse da quella del proprio ufficio o abitazione (basta un qualsiasi PC connesso ad Internet), ed in qualunque momento grazie alla persistenza del messaggio nella casella di posta elettronica;
- sicuro, perché offre le garanzie di sicurezza previste dal Codice della privacy



EPATOTOSSICITÀ LEGATA A USO DI HYDROXYCUT

Alcuni ricercatori della Division of Gastrointestinal and Liver Diseases, University of Southern California di Los Angeles hanno dimostrato che l'impiego di hydroxycut provoca seri danni a livello epatico con rischio di insufficienza epatica acuta e morte. L'allarme deriva da uno studio apparso su American Journal of Gastroenterology che ha riguardato otto pazienti ricoverati presso differenti strutture ospedaliere per seri problemi epatici conseguenti all'assunzione, finalizzata alla perdita di peso, del noto integratore alimentare. In breve, per tre di questi pazienti si è reso necessario il trapianto di fegato. Oltre a questi casi, gli autori hanno preso in considerazione, dal database Fda MedWatch, altre nove pazienti, per i quali erano disponibili adeguate informazioni cliniche, di cui uno deceduto per insufficienza epatica acuta. Ittero, affaticamento, nausea, vomito e dolore addominale. Questi i principali sintomi riscontrati. La maggior parte dei pazienti esibiva un quadro clinico di danno epatocellulare e l'assunzione di hydroxycut ne è stata ritenuta responsabile, con assoluta certezza, per otto casi; con alta probabilità per altri casi; con buona probabilità per due e, infine, altre due condizioni sono state considerate come possibilmente dovute all'integratore dietetico.

Tratto da DoctorNews - giovedì 18 febbraio 2010

FLASH

Informazione pubblicitaria



Perché cercare lontano?

PRIME CONGRESS
PRIME CONGRESS

Nella vostra città,
15 anni di esperienza nel mondo
dei congressi medici

Segreteria Organizzativa per congressi in Italia e all'Estero
Congress Travel
Accreditamento ECM
Web Congress
Sistemi di votazione interattiva

PRIME CONGRESS

EVENTI E SERVIZI CONGRESSUALI
V.le XX Settembre, 47 - Sassuolo - t. 0536811651 f. 0536811652
e.mail: prime@primecongress.it - web: www.primcongress.it

FONDO GENERALE "QUOTA A": CONTRIBUTI OBBLIGATORI PER IL RUOLO 2010

La Fondazione ENPAM ha affidato ad Equitalia Esatri S.p.A. - Via Dell'Innovazione, 7 - 20126 MILANO, l'incarico di riscuotere, su tutto il territorio nazionale, i contributi previdenziali dovuti alla Quota A del Fondo di Previdenza Generale.

Gli importi contributivi per l'anno 2010, distinti in base alle fasce di età, sono i seguenti:

- € 186,40 fino a 30 anni di età;
- € 361,82 dal compimento dei 30 fino ai 35 anni di età;
- € 678,99 dal compimento dei 35 fino ai 40 anni di età;
- € 1.253,96 dal compimento dei 40 fino ai 65 anni di età.

Oltre alla quota relativa al contributo previdenziale, tutti gli iscritti sono, altresì, tenuti al versamento del "contributo maternità, adozione e aborto" nella misura di € 42,75.

I contributi possono essere pagati in quattro rate con scadenza 30 aprile, 30 giugno, 30 settembre, 30 novembre o in unica soluzione entro il termine previsto per la prima rata (30 aprile). Qualora l'avviso dovesse pervenire oltre la scadenza di una o più rate, il versamento potrà essere effettuato entro 15 gg. dalla data di ricevimento.

Mancato ricevimento bollettini

Nel caso di mancato ricevimento dell'avviso entro il corrente mese contattare:

- Equitalia Esatri S.p.A al numero **call-center 800927940** - selezione 10, ovvero inoltrare richiesta scritta al numero di **fax 02 641 66 617**, indicando nome, cognome e codice fiscale, allegando fotocopia di un documento valido.

Mancato ricevimento bollettini per variazione di indirizzo

Qualora il mancato ricevimento dei bollettini fosse dovuto alla variazione dell'indirizzo di residenza, è necessario comunicare tale variazione, obbligatoriamente per il tramite dell'Ordine di appartenenza, alla Fondazione Enpam Servizio Contributi Minimi del Fondo Generale.

DOMICILIAZIONE BANCARIA QUOTA A

Si rammenta che il contributo "Quota A" può essere corrisposto anche mediante **domiciliazione bancaria** (procedura RID). Attraverso la procedura di riscossione RID, l'addebito delle somme dovute è effettuato automaticamente l'ultimo giorno utile per il pagamento di ciascuna rata (o alla scadenza della prima rata in caso opzione per il pagamento in unica soluzione). Il servizio è già stato attivato con successo da oltre 100.000 iscritti.

Per poter usufruire della domiciliazione bancaria è sufficiente compilare il modulo RID allegato all'avviso di pagamento e trasmetterlo **entro il prossimo 31 maggio** ad Equitalia ESATRI S.p.A. tramite Fax al n. **02.6414.1061**. L'adesione, inoltre, può essere effettuata tramite Internet (sul sito www.taxtel.it) o per telefono, al numero **800.178.090**, da cellulare o estero al numero **02.6416.1703**.

Per il servizio offerto, la commissione richiesta da Equitalia ESATRI S.p.A. è di € 2,07 per addebito.

Le domande di attivazione della procedura RID devono necessariamente pervenire entro il 31 maggio. Tutte le richieste di adesione presentate entro tale data determinano l'addebito in conto corrente dell'intero importo dovuto, secondo le modalità di pagamento prescelte (unica soluzione o pagamento rateale). In tale caso, pertanto, l'iscritto non dovrà in alcun caso procedere al pagamento diretto della rata già scaduta il 30 aprile.

In caso di smarrimento o mancato ricevimento dei bollettini di pagamento trasmessi da Equitalia Esatri s.p.a., **nell'Area riservata del portale www.enpam.it, per gli utenti registrati, è stato attivato il nuovo servizio di stampa on-line del duplicato del bollettino RAV.** Il pagamento di tali duplicati dovrà essere effettuato esclusivamente presso gli Istituti di Credito oppure con carta di credito mediante il servizio taxtel:

via telefono al n. 800.191.191

via internet al sito www.taxtel.it

Gli utenti **non** registrati al portale della Fondazione possono ottenere le istruzioni necessarie per provvedere comunque al versamento inoltrando la relativa richiesta ad Equitalia Esatri S.p.A. mediante fax al numero 02.641.666.19. L'istanza dovrà essere completa di: *cognome e nome - codice fiscale - indirizzo - recapito telefonico/ Fax. ALLEGARE: fotocopia di un documento di identità in corso di validità.*

Qualora l'avviso RAV pervenga oltre la scadenza della prima rata, il pagamento potrà essere effettuato entro 15 giorni dal ricevimento. Si rammenta, infine, che i contributi previdenziali sono integralmente deducibili dal reddito complessivo, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. e) del Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).

INIZIATIVA DI AGGIORNAMENTO SU RICETTAZIONE E CERTIFICAZIONE MEDICA

L'Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena, da sempre attento ai temi dell'aggiornamento e della formazione dei propri iscritti, ritiene opportuno sensibilizzare i **professionisti laureati negli ultimi anni** sulle problematiche correlate alla ricetta e alla certificazione medica. L'invito è rivolto in particolar modo ai laureati dal 2006 al 2010, ma possono intervenire tutti i colleghi che desiderano approfondire questi temi. Tale esigenza infatti è stata più volte portata all'attenzione del Consiglio nell'ambito dell'espletamento dell'attività di sostituzione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.



Nel corso della serata sarà illustrata la maggior parte delle tipologie di certificazioni con lo svolgimento successivo della discussione sui quesiti dei partecipanti.

21 APRILE 2010 – ORE 20,30
Sala Cavani Centro Famiglia di Nazareth
Via Formigina, 319 a Modena

CORSO PER DATORI DI LAVORO DI STUDI MEDICI E ODONTOIATRICI CHE INTENDONO ESERCITARE LA FUNZIONE DI RSPP

L'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena organizza in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Modena un corso per datori di lavoro di studi medici e odontoiatrici che intendono esercitare la funzione di RSPP (responsabile del servizio di prevenzione e protezione) ai sensi del D.Lgs.81/08.

Il corso, della durata di 16 ore complessive, si svolgerà presso l'**Aula Magna del Centro Famiglia di Nazareth** – Via Formigina 319 - Modena nelle date di seguito riportate:

sabato 8 maggio (8,45 - 13,00)

sabato 15 maggio (9,00 - 13,00)

sabato 29 maggio (9,00 - 13,00)

sabato 5 giugno (8,45 - 13,00)

La partecipazione è gratuita e riservata agli iscritti all'Ordine di Modena; è necessario inviare l'adesione compilando l'apposito modulo alla segreteria organizzativa tramite mail, fax, posta ordinaria o iscrizione on line (sito www.ordinemedicimodena.it - sezione aggiornamento professionale) entro e non oltre il giorno 2 maggio 2010.

N. max partecipanti: 120

Accreditamento ECM Regione Emilia Romagna richiesto.

JOURNAL CLUB: LA GESTIONE IN PILLOLE E LA DISCUSSIONE DEI CASI CLINICI PRESSO L'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA POLICLINICO DI MODENA

L'Azienda Policlinico ha avviato dal 2008 un'attività di incontri seminari denominati "Journal Club" rivolti a tutti i professionisti operanti all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena. Il progetto voluto dalla Direzione Generale dell'Azienda ha avuto, inizialmente, l'obiettivo di informare la popolazione aziendale su temi di carattere organizzativo gestionale (Journal Club gestione in pillole). Dato il successo dell'iniziativa l'attività è stata ampliata ad una sezione dedicata alla presentazione e discussione dei casi clinici (Journal Club Casi clinici). Lo scopo di questa iniziativa è quello di mettere in comune le informazioni di carattere gestionale, organizzativo e tecnico-scientifico che riguardano l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena, attraverso il coinvolgimento diretto della stessa Direzione Generale e la condivisione dei partecipanti.

I colleghi che desiderano partecipare all'iniziativa potranno farlo sia in qualità di uditori che di relatori, previo accordo con gli uffici competenti. È stato richiesto il conferimento di crediti formativi ECM per attività di Apprendimento sul Campo (ASC) alla Regione Emilia Romagna.

Per informazioni: www.policlinico.mo.it/formazione/formazione.asp - Tel. 059 422 5600



SICT
SOCIETÀ
IDROCOLONTERAPIA
Associazione
Scientifica Onlus

In collaborazione con HESPERIA HOSPITAL di Modena



2° CONGRESSO NAZIONALE SICT

Modena, 15 Maggio 2010

Il congresso si terrà presso l'Aula Magna dell'Hesperia Hospital

Via Arquà 80 - Modena

Modalità di partecipazione e programma sono consultabili sul sito dell'Ordine: www.ordinemedicimodena.it sezione aggiornamento professionale.

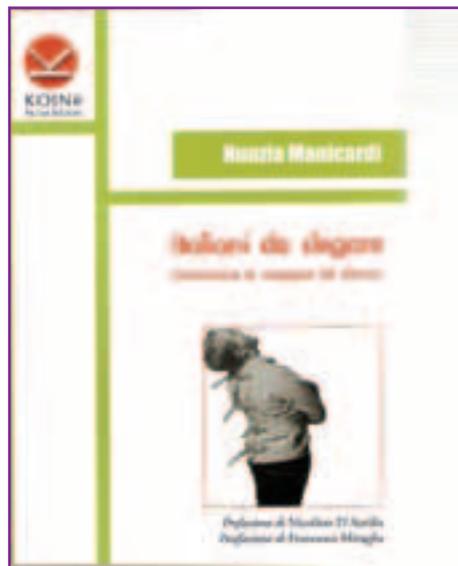
UNA SCELTA DI CAMPO

Dobbiamo con molta franchezza ammettere che ci vuole coraggio e decisione nell'affrontare temi come quelli della contenzione dei pazienti. O meglio dei cittadini, perché di questo si tratta.

I valori in campo sui quali si gioca la partita della dignità delle persone e del rispetto delle regole sono di assoluto rilievo e vanno dai principi costituzionali alle norme etiche. Eppure la contenzione resta un argomento scomodo e per questo da evitare accuratamente. Salvo riapparire come d'incanto ogniqualevolta sulle prime pagine dei giornali scoppia "il caso". E allora la macchina mediatica si mette in moto con grande fragore e stritolata chiunque si trovi sul proprio cammino, poi d'un tratto di nuovo si ferma. E di nuovo è silenzio, un silenzio che copre ogni cosa, ogni persona, ogni atto che si compie all'interno degli ospedali, delle strutture protette, delle case. Fino al nuovo "caso".

E la contenzione resta un tema scomodo. Scomodo perché costringe le menti a ragionare e a valutare i rischi e i benefici, scomodo perché in campo ci sono valori come le libertà individuali, scomodo perché configge con le coscienze di quanti si occupano del paziente da limitare, da contenere appunto. Le percentuali che attengono alla fenomenologia della contenzione sono delle più disparate né potrebbe essere diversamente. Certamente negli

ultimi anni si è assistito ad un progressivo incremento delle iniziative di aggiornamento prima e di formazione poi del personale sanitario e parasanitario su un tema così pregnante. Si sono moltiplicati i gruppi di lavoro costituiti dalle varie professionalità coinvolte con l'obiettivo dichiarato di approfondire le criticità individuando linee guida di comportamento condivise. È uno sforzo che implica forte senso di responsabilità non disgiunto dalla consapevolezza di doversi mettere in gioco con le proprie certezze e soprattutto con le proprie abitudini. Le cause di un fenomeno così difficilmente quantificabile sono numerose: la scarsa o nulla formazione universitaria e post-universitaria, l'incremento ormai esponenziale delle persone anziane, l'aumento degli anziani con deficit cognitivi, il tema della responsabilità medica sotto il profilo legale e assicurativo. Ma sullo sfondo, non dimentichiamolo, vi è la profonda crisi del modello sociale che ha retto il nucleo centrale della famiglia fino a pochi anni fa. Se gli anziani sempre più spesso vanno "ospiti" nelle strutture protette è semplicemente perché o sono rimasti soli o non esiste più un familiare di riferimento, un figlio ad esempio, che possa essere il



naturale caregiver. Le difficoltà economiche fanno il resto. L'approfondimento del tema della contenzione costituisce una scommessa in primo luogo con noi stessi e poi con la Società che nel bene e nel male rappresentiamo tutti. La raccolta di Nunzia Manicardi con i contributi e le "storie in libertà" – come le si potrebbe definire con un po' di fantasia - rappresenta un buon terreno di confronto e nel contempo di approfondimento per tematiche che purtroppo non hanno il dono della soluzione a portata di mano. Quando otto anni fa si costituì a Modena, per iniziativa dell'Ordine dei medici, un tavolo tecnico per affrontare questi problemi che ancora una volta avevano avuto l'onore delle prime pagine dei giornali locali, si individuarono ben presto numerosi filoni di interesse, non ultimo quello della scarsità

del personale dedicato alle cure sanitarie degli anziani, ma non solo, sia negli ospedali che nelle strutture protette. E si sottolineò proprio come uno dei principi guida fosse che non si doveva ricorrere alla contenzione fisica dei pazienti come misura "alternativa" o comunque "suppletiva" di una carenza strutturale del servizio. Una tale impostazione valorizzava di conseguenza le responsabilità dei gestori della cosa pubblica sia sul versante sociale che su quello sanitario. Ma la disamina delle problematiche in campo non sarebbe completa se non si facesse un sia pur minimo cenno a quella che io credo sia la vera contenzione, quella "farmacologica". In realtà la contenzione fisica è costantemente

visualizzabile e per questo relazionabile per cui il suo impatto emotivo è indiscutibilmente maggiore, ma quante gocce e quanti sciroppi sono stati somministrati – spesso senza il necessario consenso – a ignari pazienti per limitarne comportamenti ritenuti lesivi per sé e per gli altri....La terapia farmacologica fa parte della routine di un ospedale e o di una struttura protetta per anziani e qualche farmaco in più per sedare una specifica aggressività non costituisce motivo né di scandalo né di particolare preoccupazione etica. O no? Ecco, questo per dire che la contenzione è come un mostro dalle mille teste e bisogna avere la pazienza di eliminarle tutte, una ad una, o forse meglio eliminar-

ne il maggior numero possibile. Il criterio ispiratore infatti non può non essere il rispetto della Vita e della Libertà dell'individuo sancito nella Costituzione Italiana e in numerose Convenzioni internazionali e Dichiarazioni di principi etici e bioetici. Anche se poi, alla fine di ogni ragionamento anche il più fine dal punto di vista intellettuale, resta al fondo di questo tema così destrutturante per le nostre coscienze una sola incontrovertibile verità: quando si "contiene" una persona bisogna sempre pensare che in quel momento si sta profondamente alterando un rapporto naturale, una relazione che è e resta tra Uomini con la U maiuscola.

N. G. D'Autilia

Per stare in argomento:

BERGNÒCLA (bernòchel, brugnòcla, burgnòcla) = BERNOCCOLO

Trattasi di un ematoma, specialmente della fronte, che anticamente veniva trattato con una moneta da cento lire, appoggiata con lieve pressione.

Secondo il Galvani potrebbe derivare dal francese "berner", beffeggiare, come se il bernoccolo fosse una sorta di enfiagione "scherzosa", che se ne va rapidamente come è venuta.

Un'altra etimologia presunta si rifà a "brògna" (prugna), in quanto spesso il bernoccolo ha le sembianze ed il colore della prugna. Va anche ricordato il detto *et vést ch'a t'è nèe un còren?* (hai visto che ti è nato un corno?), ovviamente mi riferisco sempre alla fronte.

Ma qui è meglio sorvolare...

L. Arginelli

A CURA DI PAOLO MARTONE



P. Martone



Nacque a Correggio (Re), nel 1817 e morì a Modena nel 1877. Figlio di Giuseppe ed Erichetta Rosaspina, figlia del celebre incisore Francesco. Studiò fino al 1837 all'Accademia di Modena, poi proseguì gli studi a Bologna, ove conseguì il piccolo premio "Curlandese*", con una mezza figura di Francesco Francia (ora irreperibile), e presenziò all'esposizione con una copia del "San Pietro Martire" del Domenichino. Nel 1839 ottenne il grande premio

"Curlandese", con "Il congresso dei triumviri Ottaviano, Marcantonio e Lepido vicino al torrente Lavino" di schietta impostazione neoclassica (ora nella Pinacoteca di Bologna).

Nel 1849 l'Asioli fu a Correggio, e nel 1842 terminò la grande opera "La cacciata dei tedeschi da Genova per il moto di Balilla", ora al Museo Civico di Pistoia. Nel 1848 su proposta del Malatesta tornò a Modena all'Accademia, quale professore di disegno, ma la partecipazione all'ideologia ri-

sorgimentale lo portò ad un lungo pellegrinaggio tra Venezia, Genova, Milano e Torino. Fu poi riaccolto all'Accademia di Modena nel 1869, quale professore di pittura. Pur legato a regole accademiche dominate dall'esempio del classico, l'Asioli fu pittore di solida tempra, sia per quanto riguarda l'impostazione del soggetto, sia per la prassi esecutiva, con notevole ricchezza cromatica di calda intonazione.

La sua numerosa produzione comprende varie opere di na-



Luigi Asioli "Fuga in Egitto"

tura religiosa, come "L'Apoteosi di San Quirino" (Cattedrale di Correggio), "La Beata Maria Alacoque" (Chiesa delle Clarisse a Carpi), "Sant'Antonio Abate" (Parrocchia di Fazzano).

Altre opere:

"Sacrificio di Abele" – olio su tela, cm 108x140 – Carpi (Mo) – Museo Civico (opera di copertina);

"Baccanale" – olio su tela – cm 29x21;

"Fuga in Egitto" – olio su tela –

cm 26x18,5 (pag. precedente) – in quest'opera, la pastosità della tavolozza e la conduzione tematica portano ad un raffronto con la scuola bolognese del '600 e ad una prevalenza suggestiva del Domenichino con una fluidità coraggiosa e moderna (da Pittori Modenesi dell'ottocento).

**Il premio "Curlandese" ebbe origine nel 1786 e continuò oltre il periodo della guerra mondiale.*

*Lo si deve a **Pietro Biron**, Duca di*

Curlandia (1724 – 1800), grande mecenate ed appassionato estimatore dell'arte italiana. Dopo aver visitato Roma e Napoli, il Duca si recò per due volte a Bologna. Nel lasciare la città fece dono di mille zecchini d'oro che diedero origine al premio. La prima programmazione, che nel tempo subirà varie modifiche, stabilì un "Grande premio annuale", riservato ad un pittore italiano, ed un "Piccolo premio annuale" riservato ad uno studente dell'Accademia.

A CURA DI ROBERTO OLIVI MOCENIGO | LE STORIELLE

La cosiddetta buona educazione consiste nel nascondere quanto bene pensiamo di noi stessi e quanto male degli altri.

Mark Twain

Con l'argilla bagnata si formano i recipienti; ma è il vuoto che è in essi a consentire la pienezza dei vasi. Col legno si costruiscono case, porte e finestre; ma è il vuoto che è in esse a rendere abitabili le dimore. C'è la parte visibile dell'utilità; ma l'essenziale rimane invisibile.

Lao-Tzu

Un po' di sincerità è una cosa pericolosa; molta sincerità è assolutamente fatale.

Oscar Wilde



R. Olivi Mocenigo

ISCRIZIONI APERTE PER L'EDIZIONE 2010 DEL CONCORSO CHE PREMIA CHI SMETTE DI FUMARE

Quinto appuntamento dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri con "Scommetti che smetti?", il concorso a premi rivolto a quanti intendono diventare non più fumatori.

L'iniziativa, promossa dalle Aziende Sanitarie di Modena nell'ambito del Programma interaziendale "Comunicazione e Promozione della Salute", rientra tra le attività realizzate nel territorio per contrastare il tabagismo e promuovere uno stile di vita più sano. Accanto a progetti di educazione alla salute nella scuola, ad appuntamenti di sensibilizzazione in occasione della Giornata internazionale senza fumo,



oltre che alle attività dei Centri antifumo e alle diverse iniziative nei luoghi di vita, di lavoro e di cura, "Scommetti che smetti?" rappresenta un intervento di comunità dalla documentata efficacia sostenuto dalla normativa in tema di prevenzione. Il concorso è, infatti, raccomandato tra le azioni suggerite dal Programma "Guadagnare Salute" per aiutare i fumatori a smettere: per il 19% dei modenesi che hanno sottoscritto l'impegno a smettere di fumare nelle edizioni degli anni precedenti, l'adesione al concorso ha rappresentato il primo tentativo di disassuefazione dal fumo.

Nell'ambito dell'indagine "Passi 2008", il 28% dei residenti modenesi intervistati è risultato essere fumatore e circa la metà (il 49%) ha dichiarato di essere stato interpellato sulla propria abitudine al fumo da un medico o un operatore sanitario. Gli operatori sanitari hanno rivolto un invito a smettere di fumare al 69% dei fumatori intervistati. I dati mettono in luce l'importanza del ruolo dei professionisti della salute, in particolare dei medici, nel promuovere la lotta al fumo. Il concorso a premi "Scommetti che smetti?", sviluppato con una metodologia partecipativa che utilizza un carattere ludico e "competitivo" per promuovere l'assunzione da parte di fumatori dell'impegno a smettere di fumare, si presenta quale ulteriore interessante opportunità per sensibilizzare all'abbandono della sigaretta in modo originale ed efficace.

Poche e semplici le istruzioni per partecipare al concorso: occorre dire basta con il fumo per quattro settimane, dal 2 al 29 maggio. Possono iscriversi tutti i maggiorenni che fumano da almeno un anno e risiedono o sono domiciliati a Modena e provincia compilando entro il 2 maggio le apposite schede reperibili presso le sedi delle strutture sanitarie, nelle farmacie e nelle sedi dei partner che aderiscono al progetto o sul sito dedicato www.scommettichesmetti.it.

Un riconoscimento sarà assegnato dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta che avrà favorito maggiormente l'adesione a "Scommetti che smetti?".

Per approfondimenti e per iscrizioni online: www.scommettichesmetti.it

*Dott. Giuseppe Fattori,
Responsabile Programma Interaziendale "Comunicazione e Promozione della salute"
Azienda USL - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena*

*Dott. Nicolino D'Autilia
Presidente Ordine medici chirurghi e odontoiatri di Modena*

LA LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI SEZIONE DI PARMA

in collaborazione con la
ASSOCIAZIONE MEDICI SCRITTORI ITALIANI E ORDINE NAZIONALE DEGLI PSICOLOGI
indice il

XXXI° PREMIO LETTERARIO NAZIONALE PER MEDICI SCRITTORI E PSICOLOGI

La Lega Italiana per la lotta contro i Tumori, sezione di Parma, indice per il 2010 la XXXI° edizione del Premio Letterario Nazionale di narrativa aperto a tutti i medici e psicologi.

I racconti dovranno contemplare, sia pure nell'ambito della più ampia libertà creativa ed interpretativa, la tematica inerente ad una situazione di carattere neoplastico; non dovranno esprimere tanto passaggi medico-tecnici, quanto suscitare attraverso l'originalità, il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria e le immagini, stati d'animo per un coinvolgimento alla lotta contro i tumori.

Gli elaborati non dovranno superare le otto facciate, spazio due, e dovranno risultare inediti e mai premiati in altri concorsi. Dovranno essere corredati dalle generalità dell'autore, indirizzo, numero di telefono e da una dichiarazione di liberatoria per una eventuale pubblicazione del racconto inviato sia da parte della LILT che dell'autore. Gli scritti che non rispondessero integralmente ai suddetti requisiti saranno cestinati.

Verranno premiati i primi tre classificati; i premi dovranno essere ritirati personalmente nel corso di una cerimonia che si terrà, indicativamente, nel mese di settembre. Una pergamena sarà consegnata a tutti i partecipanti.

E' richiesta una quota di partecipazione di €. 40,00.

Le opere concorrenti, in numero di 6 copie, dovranno essere inviate alla Lega per la Lotta contro i Tumori, sezione di Parma – via Gramsci, 14 – 43100 Parma – entro e non oltre il 31 maggio 2010 (della data di spedizione farà fede il timbro postale).

La Giuria sarà composta da critici e esperti letterari ed i nominativi saranno resi noti, prima che abbiano inizio le operazioni di valutazione dei racconti, sul sito della LILT.

Luogo e data della premiazione verranno comunicati successivamente a mezzo raccomandata a tutti i partecipanti.

Parma, 1 febbraio 2010.

Il Presidente
Prof. Dott. Edoardo Tarditi

P.S. - Per informazioni, la nostra segreteria è aperta dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle 12,30 e dalle ore 15,00 alle 18,00 - tel. 0521/988886 - 702243 - Fax 0521/988886 - e-mail: parma@lilt.it.

NOTE TRISTI

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
Alla D.ssa Tiziana Barchi per il decesso della madre.
Alla famiglia per la scomparsa del Prof. Francesco Cavazzuti.
Alla Dott.ssa Chiara Guattieri per la scomparsa della madre.
Al Dott. Giacinto Loconte per la scomparsa del padre.

70° anniversario della fondazione della Casa di Cura Prof. Umberto Fogliani

Ospedale Privato Accreditato

Casa di Cura
PROF. UMBERTO FOGLIANI
1940 - 2010

70°

Direttore Sanitario Dr. Angelo Rosi - specialista in Chirurgia