





**Non tiriamo la giacchetta dell'Ordine a seconda degli interessi particolari.** (il presidente)

**Convegno dell'Ordine "Ippocrate è donna? Cambiamenti ed opportunità al femminile."** 22 ottobre 2011

**Agosto, warfarin mio non ti conosco...**  
(M. Marietta, P. Pedrazzi, M. Luppi)

**Errori diagnostici: un nuovo approccio per un vecchio problema.** (M. Barchetti)

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA





**CONSIGLIO DIRETTIVO***Presidente*

Dr. Nicolino D'Autilia

*Vice Presidente*

Dr. Beniamino Lo Monaco

*Consigliere Segretario*

Dr. Paolo Martone

*Consigliere Tesoriere*

Dr. Antonino Addamo

*Consiglieri*

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino,

Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari,

Dr. Stefano Reggiani, Prof. Francesco

Rivasi, Dr. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta

Turchi, Dr. Pasquale Venneri.

*Consiglieri Odontoiatri*

Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

**COLLEGIO REVISORI DEI CONTI***Presidente*

Dr. Roberto Olivi Mocenigo

*Componenti*

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Marcello Bianchini

*Revisore dei conti supplente*

Dr. Luigi Bertani

**COMMISSIONE ODONTOIATRI***Presidente*

Dr. Roberto Gozzi

*Segretario*

Dr. Mario Caliandro

*Componenti*

D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario 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. Paolo Martone, Dr. Roberto Olivi

Mocenigo, Prof. Francesco Rivasi,

Dr. Pasquale Venneri

**REALIZZAZIONE EDITORIALE***MC Offset*

Via Capilupi, 31 - Modena

Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978

*Fotocomposizione*

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

*Grafica*

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | www.krheodesign.it

<b>EDITORIALE</b>	<b>05</b>
<b>ATTIVITA' DELL'ORDINE</b>	<b>07</b>
<b>FNOMCeO</b>	<b>10</b>
<b>DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA</b>	<b>15</b>
<b>DI PARTICOLARE INTERESSE</b>	<b>19</b>
<b>ENPAM</b>	<b>21</b>
<b>L'OPINIONE</b>	<b>23</b>
<b>CORSI CONVEGNI CONGRESSI</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOTECA</b>	<b>29</b>
<b>DIALETTO IN PILLOLE</b>	<b>30</b>
<b>ARTE E DINTORNI</b>	<b>32</b>
<b>TACCUINO</b>	<b>34</b>

# il Bollettino dell'Ordine

le tue idee, le tue proposte, i tuoi consigli



[bollettino@ordinemedicimodena.it](mailto:bollettino@ordinemedicimodena.it)

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

*Il Comitato di Redazione*



## NON TIRIAMO LA GIACCHETTA DELL'ORDINE A SECONDA DEGLI INTERESSI PARTICOLARI. POTREBBE ROMPERSI!

**L**a storia, si sa, è vecchia quanto quella degli Ordini professionali. C'è chi pensa che gli Ordini siano il luogo dove si contribuisce a programmare le grandi linee della Sanità almeno provinciale, c'è invece chi crede che l'Ordine sia chiamato a vicariare il ruolo dei sindacati medici, oggi sempre meno pregnante in un contesto del tutto mutato rispetto ad alcuni decenni fa, quando contratti e convezioni venivano firmate o solo dagli Ordini o anche dagli Ordini nella loro espressione nazionale, la Federazione nazionale. C'è infine una parte dei colleghi che individua negli Ordini una camera di rappresentanza delle frustrazioni vissute nei rispettivi ambiti di esercizio professionale, quasi che quest'organo della professione fosse una sorta di confessionale collettivo.

L'Ordine non è e non deve essere tutto questo, esso è un ente pubblico inquadrato in quelli non economici, nato più di cento anni fa per tutelare gli interessi dei professionisti iscritti negli albi

e garantirne la qualità della prestazione nei confronti dei cittadini. È indiscutibile peraltro che nel corso del tempo il ruolo stesso dell'Ordine si sia modificato, plasmandosi con le esigenze di una Società in continua evoluzione. Oggi un Ordine moderno e al passo dei tempi non può anzitutto non impegnarsi in modo completo alla formazione e all'aggiornamento dei propri iscritti, favorendo ogni iniziativa in tal senso, ma assumendo anche in prima persona il ruolo di provider nella organizzazione degli eventi che ritiene più consoni allo sviluppo professionale continuo. E l'Ordine di Modena, da sempre attento a questi temi e antesignano di una politica formativa differente da standard ormai desueti, è oggi provider in partnership con la F.N.O.M.C.e O. sulla base di un accordo con il Ministero della Salute. Siamo in grado cioè di gestirci gli eventi formativi che i colleghi nostri iscritti ritengono di proporci. Non è cosa di poco conto perché restituisce autonomia a garanzia della qualità delle scelte.

Ma il ruolo dell'Ordine si è affermato col passare degli anni, non senza contrasti, in ben altro ambito che è quello della partecipazione al dibattito sulle scelte di politica sanitaria sia a livello nazionale sia in quello più strettamente locale. Ruolo questo non definito da alcuna normativa né sancito da accordi di alcun tipo, ma conquistato nel tempo con l'impegno del Consiglio di Modena che ha voluto fortemente contribuire all'approfondimento dei temi di natura sanitaria nella nostra provincia. Dai temi della prevenzione, a quelli della tutela ambientale, a quelli più specifici dell'esercizio professionale, il rapporto territorio-ospedale e le scelte aziendali solo per citarne alcuni, tutti sono stati e restano spazi di intervento ordinistico che i colleghi hanno mostrato di apprezzare sentendosi per certi versi "rappresentati" dal loro organo di rappresentanza professionale.

È un ruolo nuovo che implica potenziali rischi ma anche rilevanti opportunità. Certo, è un ruolo che non trova particolare consenso da parte della politica, quella con la p minuscola per intenderci. Quasi che vi fosse una sorta di timore per una invasione di campo, una ingerenza in territori sentiti come "esclusivi". Così non è e non vuole essere perché, al contrario, l'intenzione di un Ordine dei medici moderno è quella di offrire un contributo a quanti gestiscono la Cosa Pubblica perché a questo chiamati dai cittadini che sono i loro elettori.

Le proposte di un Ordine non devono spaventare nessuno né devono sollevare dubbi di sorta sulla legittimità ad avanzarle. I medici e gli odontoiatri modenesi hanno tutti i diritti di partecipare alla discussione sulla Sanità locale sia nella loro veste di cittadini sia in quella, forse un po' più qualificata, di "esperti" nella materia. Chi la pensa in modo differente o è male informato o è in mala fede. Degli uni e degli altri faremo volentieri a meno perché proseguiremo serenamente nel nostro cammino che è un percorso intrapreso molti anni fa non senza difficoltà, ma con particolare fermezza.

*Il presidente (pro tempore)  
Dr. N. D'Autilia*



*N. D'Autilia*

La partecipazione è gratuita e riservata agli iscritti all'Ordine di Modena  
Verranno riconosciuti crediti ECM ai primi 150 iscritti all'evento

È necessario inviare iscrizione alla segreteria organizzativa tramite mail, fax, posta ordinaria o iscrizione on line, entro e non oltre il 15 ottobre p.v.

### Accreditamento ECM richiesto



Ordine provinciale medici chirurghi e odontoiatri di Modena

P.le Boschetti, 8 - 41121 Modena  
tel. 059/247711  
Fax 059/247719  
mail: ipocrate@ordinemedicimodena.it

In collaborazione con



Associazione Italiana Donne Medico  
Sezione di Modena

### Presentazione dell'evento

Con questo incontro ci proponiamo di riflettere e confrontarci sul lento ma progressivo cambiamento che sta avvenendo all'interno del sistema sanitario ove si assiste ad un costante incremento numerico di professioniste donne.

Come è noto infatti la sanità pubblica italiana sta attraversando un processo di trasformazione in cui sempre più l'aumento delle richieste del cittadino deve rapportarsi ad un razionale impiego delle risorse salvaguardando possibili ricadute diagnostico-terapeutiche.

L'interpretazione al femminile delle sfide insite nei processi di cambiamento in atto rappresenta motivo di riflessione e le scelte intraprese potrebbero in futuro influenzare radicalmente l'organizzazione dei servizi sanitari.

Il governo clinico, la gestione delle risorse materiali, la progettazione e la realizzazione degli obiettivi di salute rappresentano elementi in cui la professionalità femminile si può esprimere come valore aggiunto.

Sulla base di queste considerazioni si comprende la necessità di offrire non solo ai giovani professionisti, in prevalenza donne, ma a tutta la componente medica femminile una adeguata informazione e formazione per affrontare le sfide dei profondi cambiamenti in atto.



Ordine provinciale medici chirurghi e odontoiatri di Modena

## IPOCRATE E' DONNA? Cambiamenti ed opportunità al femminile



Gustav Klimt — maternità

Sabato 22 ottobre 2011

Hotel Raffaello

Strada per Cognito, 5 - Modena

### Ippocrate è donna? Cambiamenti ed opportunità al femminile

08.30 - 08.45

Registrazione partecipanti

08.45 - 09.00

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

Saluto delle autorità

Presentazione Dr.ssa Mara Bozzoli  
Consigliere Ordine medici chirurghi e odontoiatri di Modena

#### I sessione

09.00 - 09.20

"Lo scenario dell'occupazione in ambito medico al femminile: passato presente futuro"  
Dr.ssa *Michelina Guerra*  
Presidente Associazione Italiana Donne Medico Modena  
Specialista in ortopedia c/o Hesperia Hospital Modena

09.20 - 09.40

"Il tetto di cristallo: sogno o realtà? Diversità di genere ed opportunità in ambito sanitario"  
Dr.ssa *Maria Cristina Florini*  
Psicologa Azienda USL Modena

09.40 - 10.00

"La leadership al femminile"  
Dr.ssa *Roberta Chersevani*  
Presidente Ordine medici chirurghi e odontoiatri di Gorizia

10.00 - 10.45

Discussione e dibattito

10.45 - 11.00

Coffee break

#### II sessione

11.00 - 11.20

"Un'esperienza di Azienda Sanitaria"  
Dr.ssa *Kiriakoula Petropoulakos*  
Direttore Generale Azienda USL di Forlì

11.20 - 11.40

"Un'esperienza di Dirigenza Medica: un Primario Ortopedico donna "eccezione o possibile futuro?"  
Dr.ssa *Stefania Cametti*  
Direttore Struttura Complessa Ortopedia e Traumatologia  
Ospedale S. Maria degli Angeli di Pordenone

11.40 - 12.00

"Un'esperienza di libera professione in ambito odontoiatrico"  
Dr.ssa *Francesca Braghiroli*  
Odontoiatra libero professionista—Componente Commissione Albo Odontoiatri di Modena

12.00 - 12.20

"Opportunità e prospettive per uguali opportunità nelle libere professioni"  
Prof.ssa *Barbara Maiani*  
Consigliera di Parità della Provincia di Modena

12.20 - 13.15

Discussione e dibattito

13.15

Chiusura dei lavori e consegna post test

#### Modulo di iscrizione

*Ippocrate è donna?*

*Cambiamenti ed opportunità al femminile*

Cognome.....

Nome.....

Luogo e data nascita.....

Codice fiscale.....

Indirizzo.....

Cap..... Città.....

E-mail.....

Recapito telefonico.....

Professione.....

Iscritto all'Ordine dei medici di Modena

**Manifestazione del consenso, ai sensi dell'art. 23  
Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003**  
Acconsento alla comunicazione dei dati ed al relativo  
trattamento per gli adempimenti e le finalità  
istituzionali dell'Ordine.

Modena, .....

Firma.....

**SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 4 LUGLIO 2011**

Il giorno lunedì 4 luglio 2011 - ore 22,00 - 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. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Variazioni agli Albi professionali;
2. Comunicazioni del presidente;
3. Consiglio Nazionale ENPAM 25 giugno: risultanze (Addamo);
4. PAL: testo definitivo (quasi...);
5. Relazione 2011 del Tribunale Diritti del Malato;
6. "Libro Verde" della Commissione europea sulle qualifiche professionali: report (D'Autilia);
7. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Varie ed eventuali.

**SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 25 LUGLIO 2011**

Il giorno lunedì 25 luglio 2011 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri, D.ssa Elisabetta Turchi.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio del 21.6.2011, 28.6.2011 e 4.7.2011;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Liberalizzazione delle professioni: stato dell'arte;
5. Convegno sulla professione al femminile "Ippocrate è donna? Cambiamenti ed opportunità al femminile" (M. Bozzoli);
6. Camere Conciliative: incontro con gli avvocati (D'Autilia, Gozzi);
- 6 bis) Rapporti con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia: insegnamento della deontologia medica;
7. Delibere del personale;
8. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Varie ed eventuali.

**ALBO MEDICI CHIRURGHI**

<i>Prima Iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
ANTONOPOULOS	ATHANASSIOS	6589
ATTANASI	ALICE FRANCESCA MARIA	6590
BAGNI	PIETRO	6591
BORSARI	FRANCESCA	6592
CHIESI	ANDREA	6600
MESSEROTTI	ANDREA	6593
NIKOLSKAYA	NATALIA	6594
RINALDI	LAURA	6595
VEZZANI	ELEONORA	6596
ZAGARIELLO	FRANCESCO ENRICO	6597
ZELENT	GABRIELE	6598
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
CANALI	ALESSIO	6599
<i>Cancellazione</i>		
GRAZIINA	AUGUSTA ERMINIA	4174
SPEZZANO	PIERO	6457
RUSTICHELLI	ADOLFO	1549

**ALBO ODONTOIATRI**

<i>Prima Iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
DI MARE	ANTONIO	0751

**SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI | MARTEDÌ 30 AGOSTO 2011**

Il giorno martedì 30 agosto 2011 - ore 21,20 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Medici.

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

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

## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MARTEDÌ 5 LUGLIO 2011

Il giorno martedì 5 luglio 2011 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: D.ssa Francesca Braghieroli, Dott. Mario Caliandro (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato.

Approvazione verbale seduta di Commissione del 24.5.2011;

1. Comunicazioni del Presidente;
2. Ordine autonomo;
3. Programma futuro di Commissione;
4. Opinamento parcelle odontoiatriche;
5. Varie ed eventuali.

# HAI TITOLI E FONDI? TRASFERISCILI IN FINECO.

**FINO A 2000 EURO  
PER TE.**

**PER I TUOI INVESTIMENTI, SCEGLI FINECO**

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

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

[Banca del Gruppo UniCredit]

**STAI  
DAVANTI.**

**FINECO**  
THE NEW BANK

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

Informazione pubblicitaria

ATTIVITÀ DELL'ORDINE



**DICEMBRE TERMINE ULTIMO PER PARTECIPARE  
AL CORSO FAD "RCA"  
(12 crediti ECM)**

Scade il 12 dicembre 2011 il termine ultimo per partecipare al corso FAD Blended "RCA – Root Cause Analysis" primo step del Corso sul Governo Clinico promosso da FNOMCeO in collaborazione con Ministero della Salute e Ispasvi.

Si ricorda che è possibile prendere parte a questa iniziativa di aggiornamento, che dà diritto a 12 crediti EMC validi per il 2011, in tre diverse modalità:

- Collegandosi sul web della Federazione degli Ordini ([www.fnomceo.it](http://www.fnomceo.it))
- Partecipando ad eventi residenziali promossi dagli Ordini provinciali;
- Mediante autoformazione sul relativo volume edito dalla FNOMCeO e inviando per fax il test di valutazione.

Il volume può essere ritirato presso la segreteria dell'Ordine o richiesto in automatico attraverso il numero telefonico 06/6841121.

***Decisa iniziativa della Federazione Nazionale sulla pubblicità sanitaria apparsa in questi giorni sui mass media.***

*Il Comitato Centrale della FNOMCeO ha deciso nella sua ultima seduta di intraprendere forti iniziative nei confronti di alcune società e siti come Groupon, Groupalia e Obiettivo Risarcimento relativamente alla trasparenza del messaggio e alle condizioni economiche delle prestazioni professionali erogate.*

*Riportiamo, fra gli altri, il testo della lettera al presidente della RAI Paolo Galimberti, quello della lettera-denuncia all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato sulla campagna pubblicitaria di "Obiettivo Risarcimento" e la lettera-denuncia all'Antitrust sulla società Groupon.*

Al Presidente della RAI  
dott. PAOLO GALIMBERTI  
viale G. Mazzini, 14  
00195 Roma

FMOMCEO 16/09/11

Illustre Presidente,

vorrei sottoporre alla sua attenzione, quale Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, alcune riflessioni derivanti dalla visione di un recente spot pubblicitario, proposto dalla società Obiettivo Risarcimento, messo in onda sulle reti RAI, che tende a pubblicizzare servizi destinati ad offrire un sostegno, sia giudiziario che medico-legale, per azioni di contenzioso nei confronti dei medici e delle istituzioni sanitarie per eventuali danni derivanti dallo svolgimento dell'attività sanitaria.



Sono pienamente convinto da sempre che la libertà d'informazione costituisca un presupposto indispensabile per la tutela della salute dei cittadini e che quindi, informazioni e critiche siano certamente doverose ed utili anche nel campo sanitario; la libertà d'informazione è, infatti, uno degli elementi che caratterizza una democrazia matura e partecipata.

È certamente vero che, in alcuni casi, un fatto di *malasanità* oggettivamente coincida con un fatto di *malpractice* professionale, cioè, di errori umani dovuti ad imperizia, imprudenza, negligenza, scadenti pratiche professionali, eccessi di autostima, ma anche a stanchezza psicofisica, demotivazioni, sistemi organizzativi imperfetti che agiscono da vere e proprie trappole nelle quali precipitano i professionisti e i pazienti.

Sono certo che in tali casi l'informazione, se espressa in questi termini, sia cruciale, doverosa e utile, perchè ci aiuta a partire dall'errore, non solo per definire la responsabilità, ma soprattutto per individuare i difetti e migliorare uomini e sistemi.

Quello che preoccupa, però, è il rischio concreto di sollecitare nell'opinione pubblica l'idea che l'esito indesiderato di un intervento sanitario sia o possa essere, sempre e comunque, la conseguenza di una *malpractice* professionale o di cattive organizzazioni dei sistemi sanitari.

I diritti dei cittadini sono il punto di riferimento del nostro esercizio professionale e della funzione di garanzia dei nostri Ordini, pertanto ritengo che questi fenomeni debbano essere affrontati senza reticenze, omissioni o atteggiamenti elusivi, ma occorre evitare il rischio di inquinare equilibri fondati sul rapporto di fiducia tra medico, paziente e Istituzioni sanitarie, ricordando che le cose buone in sanità, per fortuna, non sono episodiche.

Non può dimenticarsi, del resto, che sul contenzioso sanitario si muovono interessi enormi nella misura in cui si muove molto denaro, con il rischio però, secondo il modello americano, di guardare più al ristoro degli apparati di contenzioso che alle vittime del danno, con le note ricadute sui costi della sanità e sulle deficienze di equità di accesso alle tutele.

Negli Stati Uniti i costi della sanità hanno ormai raggiunto il 16% del PIL senza riuscire a tutelare intere fasce di popolazione.

Il pericolo più grande, però, consiste nel contribuire a creare un clima di incertezza e di inquietudine nei cittadini e negli stessi medici che sempre di più faticano a sostenere la pressione di questo contenzioso che li induce ad atteggiamenti diretti alla cd. medicina difensiva, che pregiudica la qualità e paradossalmente la stessa sicurezza delle pratiche professionali.

Il compito che i medici, i politici, gli amministratori, ma anche la comunicazione, soprattutto quella pubblica, hanno davanti a sè - fermo restando il diritto all'informazione e il riconoscimento delle responsabilità, cui va correlato il giusto risarcimento al danno ingiusto - è quello di irrobustire la fiducia, proprio partendo dalla correzione degli errori, siano essi umani o dei sistemi sanitari.

È necessario, pertanto, che queste riflessioni trovino spazio anche nei *media* che, certamente, devono denunciare per correggere le insufficienze dei sistemi, promuovendo però una cultura che privilegi anche la difesa del rapporto medico-paziente e l'affidabilità delle Istituzioni sanitarie.

Questa Federazione Nazionale ritiene doveroso operare per rilanciare nel nostro Paese un'etica della collaborazione tra medico e paziente che, da sempre, costituisce l'elemento caratterizzante dello svolgimento della professione.

Sono certo pertanto che la RAI, fermo restando la sua autonomia garantita dalla elevata professionalità dei suoi operatori, saprà cogliere il senso autentico di questo appello, indirizzato alla sua intrinseca funzione pubblica nel presentare le problematiche dell'assistenza sanitaria, in un quadro di rispetto dei diritti e di attenzione delle aspettative di salute della società.

Sono, ovviamente, a Sua disposizione per un incontro nell'ambito del quale potremo congiuntamente approfondire i temi che sono oggetto di questa nota.

Grato per l'attenzione.  
Cordiali saluti

Il Presidente  
Dott. Amedeo Bianco



AUTORITÀ GARANTE DELLA  
CONCORRENZA E DEL MERCATO

Piazza G. Verdi, 6/a  
00198 Roma

Oggetto: Obiettivo Risarcimento

FMOMCEO 16/09/11

Quale Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, ente pubblico non economico che ha, come proprio compito istituzionale, quello di coordinare l'attività degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri italiani, richiede l'intervento di codesta Autorità, ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. 11 luglio 2003, n. 284 al fine di ottenere l'inibizione degli atti di pubblicità ingannevole posti in essere dalla società "Obiettivo Risarcimento".

Si fa riferimento, in particolare, allo spot pubblicitario andato in onda più volte negli scorsi mesi sulle reti RAI tendente a promuovere la conflittualità tra i pazienti e i medici, offrendo sostegno medico-legale per azioni giudiziarie nei confronti di danni alla persona eventualmente derivanti dallo svolgimento dell'attività sanitaria.

Nell'allegare copia della pagina iniziale e di quella dei contatti, tratte dal sito della società rinvenibile all'indirizzo internet [www.obiettivorisarcimento.it](http://www.obiettivorisarcimento.it), dalle quali si evincono le persone responsabili della predetta società, e ricordando che lo spot pubblicitario è visibile in quanto riportato nel sito stesso, evidenziamo che il messaggio appare ingannevole per i seguenti motivi:

- non è chiara la natura gratuita od onerosa dei servizi offerti e se l'attività della società si limiti ad indirizzare i pazienti verso strutture convenzionate o se le visite medico-legali siano svolte direttamente in un'apposita struttura sanitaria della società. In questo secondo caso, sarebbe ovviamente necessaria l'indicazione di un Direttore Sanitario e il possesso della specifica autorizzazione amministrativa per l'apertura della struttura stessa;
- è necessario approfondire le modalità dell'eventuale pagamento dei servizi offerti, anche per quanto concerne il rispetto degli obblighi fiscali;
- il messaggio costituisce una indubbia ambiguità informativa, inducendo a credere che ogni esito indesiderato di un intervento sanitario sia o possa essere la conseguenza di una *malpractice* professionale o di cattiva organizzazione dei sistemi sanitari, attribuire sempre ad una responsabilità terza.

La Federazione scrivente chiede, quindi a codesta Autorità l'apertura di una formale indagine volta a verificare l'ingannevolezza del messaggio pubblicitario trasmesso da Obiettivo Risarcimento, adottando altresì, con provvedimento cautelare, ogni misura ritenuta idonea a impedire il procrastinarsi del danno che deriva ai consumatori.

Chiede, inoltre, di poter essere ascoltata in istruttoria.

Distinti saluti

IL PRESIDENTE  
Dott. Amedeo Bianco



AUTORITÀ GARANTE DELLA  
CONCORRENZA E DEL MERCATO  
Piazza G. Verdi, 6/a  
00198 Roma

Oggetto: Denuncia pratica commerciale scorretta - "Groupon"

FMOMCEO 16/09/11

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, con sede in Roma, P.zza Cola di Rienzo n. 80/A in persona del suo Presidente legale rappresentante *pro tempore* dr. Amedeo Bianco (P.IVA 02340001582), a seguito delle molteplici segnalazioni e richieste pervenute da consumatori, da medici e da strutture operative nel mercato della salute, ritiene denunciare a codesta Autorità la pratica commerciale posta in essere dalla società Groupon in collaborazione con gli operatori del mercato sanitario ritenuta scorretta e di grave rischio per la salute dei consumatori.

#### 1. La pratica commerciale

La società Groupon S.r.l. con sede a Milano -Corso Buenos Aires, 54 -in collaborazione con operatori professionali del mercato della salute (studi medici, ambulatori odontoiatrici, strutture sanitarie, etc.) ha ideato la diffusione, tramite il sito internet [www.groupon.it](http://www.groupon.it) (v. anche <http://www.consorzionetcomm.it/Soci/Groupon/Groupon.kl>) di comunicazioni commerciali volte a promuovere servizi medici, odontoiatrici e sanitari per consumatori che intendano acquistare uno o più coupons a prezzi vantaggiosi.

L'iniziativa, che abbraccia indifferentemente ogni settore commerciale, promuove l'acquisto di visite mediche o odontoiatriche o prestazioni specialistiche quali visita cardiologica con ECG o visita ginecologica con ecografia o altre prestazioni a costi irrisori, indiscutibilmente inferiori ai costi di produzione, senza altre spiegazioni ulteriori delle condizioni del servizio offerto inducendo i consumatori a credere, a causa della equivoca formulazione dei messaggi, che prestazioni mediche o odontoiatriche complesse possano essere acquistate a prezzo oggettivamente inferiore al costo di loro produzione.

#### 2. La scorrettezza della pratica

L'approfondimento svolto dalla scrivente ha consentito di individuare scorrettezza nell'ingannevolezza dei messaggi divulgati sui siti internet là dove l'offerta è impercettibilmente accompagnata dalla indicazione "solo per oggi" senza essere seguito da alcuna data, né altra indicazione che consenta al consumatore di cogliere l'equivocità del messaggio e l'ingannevole promozione oggettivamente impossibile ad essere contestata.

#### 3. I riflessi sul mercato

L'individuazione di informazioni essenziali all'interno del link di difficile e non obbligatoria consultazione (caratteri di dimensione ridotta, marginalità della collocazione grafica, etc.) non consentono quella libertà di autodeterminazione del consumatore che costituisce l'obiettivo primario della tutela introdotta dal D.Lgs. 206/2005, imponendo all'operatore commerciale un preciso onere di completezza e chiarezza nella redazione della propria comunicazione d'impresa. La più parte dei messaggi non indicano neppure la struttura o il professionista, limitandosi a fornire un numero telefonico da contattare, contengono specificazioni di non immediata percezione come "solo per oggi", pregiudicano le scelte economiche dei consumatori previste per i servizi reclamizzati a costi inferiori a quelli dei fattori di loro produzione.

L'intero mercato della salute ne subisce negativo danno considerato che viene veicolato un messaggio che induce a credere che le prestazioni mediche abbiano costi vivi risibili e le stesse Aziende Sanitarie e



del SSN speculino, considerati i costi dei tickets superiori al costo delle prestazioni offerte da Groupon.

L'ambiguità informativa è resa ancor più rilevante a fronte dell'impossibilità per il consumatore di esigere che la prestazione sia erogata al costo promesso, come è risultato non solo per l'ideazione dei messaggi, ma per il fatto che solitamente vengono esposti costi aggiuntivi di prestazioni prodromiche e funzionalmente ed inscindibilmente connesse a quelle promozionate.

#### 4. La normativa di settore

La normativa di settore ed in particolare il codice del consumo ritengono sufficienti alla qualificazione illecita di queste pratiche la potenzialità lesiva ed il mero pericolo per il consumatore che siano idonee a condurre alle conseguenze che la disciplina di legge ha invece inteso scongiurare. L'ingannevolezza non esclusa dalla possibilità che il consumatore, contattando l'impresa di cui è pubblicizzata l'attività, sia posto in condizione, prima di stipulare un contratto, di acquisire maggiori dettagli in quanto è il messaggio in sé a condizionare le scelte dei consumatori, indipendentemente dalle informazioni che il professionista renda disponibili, il più delle volte a contratto concluso considerata la mancata indicazione nei messaggi della stessa impresa erogatrice.

La pratica commerciale è ingannevole per il falso convincimento cui inducono i suoi messaggi, per il rischio cui essa espone la salute del consumatore, per l'oggettiva impossibilità di verifica attuativa della promessa.

La Federazione scrivente chiede quindi a codesta Autorità l'apertura di una formale indagine volta a verificare la scorrettezza della pratica commerciale denunciata, adottando altresì con provvedimento cautelare ogni misura ritenuta idonea a impedire il procrastinarsi del danno che deriva ai consumatori.

Chiede inoltre di poter essere ascoltata in istruttoria.

Distinti saluti

IL PRESIDENTE  
Dott. Amedeo Bianco

### **Rivalutazione rendite dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall'azione dei raggi x e delle sostanze radioattive**

Segnaliamo che nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 207 del 6 settembre 2011 è stato pubblicato il decreto 13 giugno 2011 recante "rivalutazione delle prestazioni economiche per infortunio sul lavoro e malattia professionale con decorrenza 1° luglio 2011, in favore dei medici colpiti da malattie e da lesioni causate dall'azione dei raggi x e delle sostanze radioattive".

Il decreto fissa in € 56.023,37 con effetto dal 1° luglio 2011, la retribuzione annua da assumersi a base per la liquidazione delle rendite di cui all'oggetto.

**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**

### **Agosto, warfarin mio non ti conosco...**

Marco Marietta, Paola Pedrazzi, Mario Luppi  
UOC Ematologia - Azienda Ospedaliero Universitaria Modena

Lo scorso mese di agosto è stato caldo e sgradevole sotto molti punti di vista (clima, politica, economia, finanza, previdenza...) ma per fortuna ha anche avuto qualche aspetto positivo per medici e pazienti. Infatti a distanza di pochi giorni l'uno dall'altro sono apparsi due lavori sul New England Journal of Medicine [1,2] che abbiamo scelto di presentare in questo numero del Bollettino perché hanno la potenzialità di cambiare in profondità la pratica clinica quotidiana e di rappresentare un vero e proprio cambiamento epocale. Nello stesso tempo, però, è proprio davanti a passaggi come questo che occorre esercitare un attento giudizio critico che bilanci l'apertura al nuovo con la prudenza. E' quanto cercheremo di fare in questo articolo.

La ricerca farmacologica degli ultimi anni si è indirizzata verso l'identificazione di nuove molecole che potessero avere le caratteristiche dell'anticoagulante ideale, riassunte nella Figura 1, ovviando così a molti dei difetti dei farmaci antitrombotici in uso. **I Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO)** inibitori diretti del fattore X e II hanno molte di queste caratteristiche e sembrano candidati perfetti al titolo di "anticoagulante dell'anno". Questi composti si differenziano dai farmaci antitrombotici che li hanno preceduti, eparine o dicumarolici, per il fatto di avere un'azione inibitoria diretta sui fattori II e X, loro target. Questo rende ragione di alcune vantaggiose caratteristiche farmacologiche, prima fra tutte il breve tempo di picco e di inizio azione, compreso fra 30 min e 3 ore. Ci si attende che queste proprietà semplifichino l'impiego clinico dei NAO in molte condizioni, come ad esempio la terapia del tromboembolismo venoso [TEV], evitando la necessità di ricorrere all'embricazione fra anticoagulanti ad azione

**Figura 1**

#### **Caratteristiche dell'anticoagulante "ideale"**

- ✓ **Farmacodinamica semplificata = attività diretta su singoli componenti funzionali del sistema emocoagulativo**
- ✓ **Bassa variabilità farmacocinetica interindividuale = possibilità di somministrazione a dose fissa senza monitoraggio laboratoristico dell'effetto anticoagulante**
- ✓ **Attività inibitoria sui fattori della coagulazione liberi e legati a proteine**
- ✓ **Efficace**
- ✓ **Sicuro = bassa incidenza di eventi emorragici**
- ✓ **Alto indice terapeutico e scarse interazioni farmacologiche e con gli alimenti.**
- ✓ **Orale (possibilmente una volta sola al giorno)**

rapida (eparina) e lenta (dicumarolici). Una seconda caratteristica comune è la breve emivita, che dovrebbe semplificare la gestione delle manovre invasive e di eventuali complicanze emorragiche. In entrambe le situazioni infatti è ragionevole pensare che nella maggioranza dei casi sia sufficiente sospendere il farmaco con anticipo adeguato perché la sua azione termini ed il sanguinamento si arresti, o si possa procedere in sicurezza alle manovre invasive.

Un altro elemento comune, e molto sottolineato dal marketing, è che questi composti non necessitano di un monitoraggio di routine per stabilirne il dosaggio. Questo è certo un vantaggio, in quanto semplifica enormemente la loro gestione, ma per contro la mancanza di test semplici, affidabili e validati per valutare l'effettiva attività dei NAO può essere un limite in diverse condizioni cliniche, come le complicanze emorragiche o trombotiche, le procedure invasive ed anche la valutazione dell'effettiva aderenza alla terapia da parte del paziente, specie se anziano e con problemi cognitivi.

Al momento attuale in Italia sono registrati solo due di questi farmaci, Rivaroxaban e Dabigatran, e solo per la prevenzione del TEV in pazienti sottoposti a chirurgia ortopedica maggiore per protesi d'anca o di ginocchio. Entrambi prevedono la somministrazione postoperatoria, il che li rende certamente interessanti in quanto evita i potenziali problemi legati all'esecuzione di procedure di anestesia spinale o locoregionale in concomitanza con farmaci antitrombotici. In estrema sintesi, sia Dabigatran sia Rivaroxaban si sono dimostrati almeno altrettanto efficaci della profilassi standard con enoxaparina pre o post-operatoria, con un analogo profilo di sicurezza.

Il loro vero target, però, sia scientifico sia di mercato, sono i pazienti con Fibrillazione Atriale (FA). A merito dei NAO va detto che la loro comparsa ha rivitalizzato la ricerca del settore, portando alla pubblicazione ed alla validazione di nuovi score per la stratificazione sia del rischio embolico [CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc] [3] sia di quello emorragico [HAS-BLED] [4]. Questi score, riportati nella Figura 2, individuano una serie di fattori di rischio per trombosi e per emorragia attribuendo ad ognuno un punteggio in base al suo "peso" epidemiologico. Il punteggio totale di ogni paziente è indicativo del suo rischio annuo di avere un evento tromboembolico o un'emorragia maggiore, il che permette di avere una valutazione più obiettiva del rapporto individuale fra rischio e beneficio delle terapie antitrombotiche. A titolo di esempio, una donna di 70 anni fibrillante e ipertesa ha un CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score=3 che corrisponde ad un rischio trombo embolico annuo del 5.92%, ed un rischio emorragico dell'1.88% perché totalizza un HAS-BLED score=2, il che significa che la terapia anticoagulante nel suo caso è vantaggiosa, pur con la necessità di valutarne individualmente l'effettiva gestibilità.

Dabigatran, inibitore diretto del fattore II, ha avuto il primo studio pubblicato di confronto con il warfarin a dosi aggiustate per la profilassi del cardioembolismo in pazienti con FA stabile [5]. In

**Figura 2**  
**SCORE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO TROMBOEMBOLICO ED EMORRAGICO**  
**NEI PAZIENTI CON FIBRILLAZIONE ATRIALE**

CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc score	CHA <sub>2</sub> DS <sub>2</sub> -VASc totale	Eventi ischemici % Paz./anno per i diversi punteggi totali	HAS-BLED Score	HAS-BLED totale	Emorragie maggiori % Paz./anno per i diversi punteggi totali		
Scompenso cardiaco congestizio	1	0	0.78	ipertensione	1	0	1.13
ipertensione	1	1	2.01	Ridotta funzione epatica o renale (1 punto ciascuna)	1-2	1	1.02
≥75 anni	2	2	3.71	Stroke	1	2	1.88
Diabete mellito	1	3	5.92	Pregressa emorragia maggiore	1	3	3.74
Stroke / TIA	2	4	9.27	INR instabile	1	4	8.70
vasculopatia	1	5	15.26	>65 anni	1	5	12.50
65-74 anni	1	6	19.74	Alcool o farmaci interferenti (1 punto ciascuno)	1-2	>5	Non valutabili
Sesso femminile	1	7	21.50	Punteggio massimo	9		
		8	22.38				
Punteggio massimo	9	23.64					

*Lip GY et al. Chest 2010; Olesen JB et al. BMJ 2011 Pisters r et al. Chest 2010;138:1093-1100*

questo studio il dabigatran alle dosi di 110 mg x2/die si è rivelato altrettanto efficace del warfarin con INR fra 2 e 3 [1.53% di eventi embolici/anno nel gruppo Dabigatran vs. 1.71% in quello warfarin,  $p=0.34$ ], ma più sicuro [2.71% di emorragie maggiori/anno vs. 3.36%,  $p=0.003$ ]. Dosi maggiori [150 mg x2/die] si sono dimostrate più efficaci [1.11% di eventi embolici/anno vs. 1.69%,  $p<0.001$ ] ed ugualmente sicure [3.11% di emorragie maggiori/anno vs. 3.36%,  $p=0.31$ ]. Il dato sulla sicurezza merita un commento. L'incidenza di emorragie maggiori, benché uguale nel gruppo dabigatran ed in quello warfarin, è stata decisamente superiore all'incidenza storicamente dimostrata nei pazienti in TAO seguiti da Centri specialistici in Italia (solo 1.35% di emorragie maggiori all'anno). Per contro, l'incidenza di emorragie intracraniche è risultata significativamente inferiore con entrambe le dosi di Dabigatran [rispettivamente 0.23% e 0.30%/anno per le dosi di 110 e 150 mg vs. 0.74% del warfarin,  $p<0.001$ ], poiché la maggior parte delle emorragie maggiori erano extracraniche, specie gastro-intestinali.

Il Rivaroxaban, inibitore diretto del fattore X, è arrivato secondo, ma con risultati certamente non meno interessanti. Lo studio che presentiamo in questo articolo è stato condotto in doppio cieco, nonostante la difficoltà di ottenere falsi INR per i pazienti nel braccio rivaroxaban, ed ha arruolato 14.264 pazienti con FA stabile che sono stati randomizzati per ricevere 20 mg di rivaroxaban una volta al giorno o warfarin a dosi aggiustate per mantenere l'INR fra 2 e 3. L'età media dei pazienti era 73 anni, tutti a rischio cardioembolico elevato (score CHADS<sub>2</sub>  $\geq 2$ ), a differenza del trial con dabigatran che aveva arruolato un terzo di pazienti con rischio basso-moderato. Il rivaroxaban si è dimostrato altrettanto efficace del warfarin all'analisi intention-to-treat [2.1% di eventi embolici/anno vs. 2.4%,  $p<0.001$  per non-inferiorità,  $p=0.12$  per superiorità] ed altrettanto sicuro [3.6% di emorragie maggiori/anno vs. 3.4%,  $p=0.58$ ]. Anche in questo caso l'incidenza di emorragie maggiori è stata superiore allo "storico", ma con una netta riduzione nelle emorragie intracraniche [0.5%/anno vs 0.7%,  $p=0.02$ ]. Ultimo ad arrivare l'apixaban, un altro inibitore del fattore X non ancora registrato in Italia [2]. Anche in questo caso si è trattato di uno studio in doppio cieco che ha arruolato 18.201 pazienti con FA stabile randomizzati per ricevere 5 mg di apixaban due volte al giorno, ridotte a 2.5 nei pazienti  $>80$  anni o con creatinina  $> 1.5$  mg/ml, o warfarin a dosi aggiustate per mantenere l'INR fra 2 e 3. L'età media dei pazienti era 70 anni, e come nello studio con il dabigatran un terzo di pazienti aveva un rischio embo-

lico basso-moderato. L'apixaban si è dimostrato più efficace del warfarin all'analisi intention-to-treat [1.27% di eventi embolici/anno vs. 1.6%,  $p=0.01$  per superiorità] e più sicuro [2.13% di emorragie maggiori/anno vs. 3.09%,  $p<0.001$ ]. Ancora una volta, l'incidenza di emorragie maggiori è stata superiore allo "sto-

**Figura 3**  
Confronto fra studi pubblicati sui Nuovi Anticoagulanti Orali (NAO) per la profilassi del cardioembolismo in pazienti con Fibrillazione Atriale

	Dabigatran		Rivaroxaban	Apixaban
Meccanismo d'azione	Anti-IIa		Anti-Xa	Anti-Xa
Pazienti inclusi	18113		14264	18201
Età media	71		73	70
Dosaggio	110 mg x2/die	150 mg x2/die	20 mg/die	5 mg x2 /die
CHADS <sub>2</sub> score <2	32.6%	32.2%	0	34%
CHADS <sub>2</sub> score =2	34.7%	35.2%	13%	35.8%
CHADS <sub>2</sub> score > 2	32.7%	32.6%	87%	30.2%
EFFICACIA (end-point primario composito)	1.53%/anno P<0.001 per NON INFERIORITA' vs warfarin	1.11%/anno P<0.001 per superiorità vs warfarin	2.1%/anno (ITT) P<0.001 per NON INFERIORITA' vs warfarin	1.27%/anno (ITT) P=0.01 per superiorità vs warfarin
EMORRAGIE MAGGIORI	2.71%/anno P=0.003 vs warfarin	3.11%/anno P=0.31 vs warfarin	3.6%/anno P=0.58 vs warfarin	2.13%/anno P<0.001 vs warfarin
EMORRAGIE INTRACRANICHE	0.23%/anno P<0.001 vs warfarin	0.30%/anno P<0.001 vs warfarin	0.5%/anno P=0.02 vs warfarin	0.33%/anno P<0.001 vs warfarin

rico", ma con una netta riduzione nelle emorragie intracraniche [0.33%/anno vs 0.80%,  $p < 0.001$ ].

La Figura 3 riassume i risultati di questi 3 importantissimi studi, che certamente condizioneranno e forse rivoluzioneranno la pratica clinica dei prossimi anni.

Quindi? Basta Coumadin, più NAO per tutti? E se sì, quale NAO? Certamente questi lavori aprono grandi prospettive di poter sostituire in molti se non in tutti i casi il warfarin, ma nello stesso tempo bisogna anche essere consapevoli che alcuni aspetti di questi farmaci richiedono ulteriori approfondimenti. Infatti i dati disponibili al momento derivano solo da studi registrativi di fase III e non forniscono informazioni sulla sicurezza dei NAO nell'uso clinico routinario in pazienti non selezionati ed in popolazioni speciali, come gli anziani o i soggetti con ridotta funzionalità renale. Non a caso molto di recente sono apparse segnalazioni di eventi emorragici gravi e fatali in pazienti anziani trattati con uno di questi farmaci [6], il che rafforza l'invito alla prudenza nell'uso di questi nuovi composti nei pazienti complessi o fragili. Inoltre gli studi registrativi non forniscono informazioni su alcuni aspetti clinicamente importanti, come la gestione di eventuali effetti collaterali, di manovre invasive o di interventi chirurgici non programmabili, né sul rischio emorragico in caso di utilizzo in associazione ad altri trattamenti antitrombotici, ad esempio antiaggreganti. Sempre a proposito di sicurezza è da notare che a tutt'oggi non sono disponibili antidoti di efficacia dimostrata per i NAO, il che rende molto delicata la gestione di eventuali gravi complicanze emorragiche. La ricerca scientifica sta rapidamente progredendo in questi ambiti, ma c'è ancora molto lavoro da fare per tutti i medici, nessuno escluso.

E' anzitutto necessario acquisire ulteriori dati sulla reale efficacia e sicurezza di questi farmaci nel mondo reale, che non è esattamente quello dei trial registrativi. E' anche necessario gestire bene l'informazione, che quando è stata veicolata dalla stampa non specialistica ha indotto nei pazienti confusione e aspettative non realistiche. Ancora, occorre ripensare ai modelli di assistenza ai pazienti in terapia anticoagulante, che in Italia (e direi nella nostra Provincia in modo particolare) si caratterizzano per standard assistenziali elevatissimi, e pressoché unici al mondo.

Questo ripensamento deve mettere senza retorica al centro il paziente, perché la sua aderenza alla terapia sarà fondamentale per confermare nella quotidianità i vantaggi indicati dai lavori scientifici. Occorrerà dotarsi di strumenti scientificamente validi per capire quale sia il farmaco migliore per ogni singolo paziente, in base alle sue caratteristiche cliniche, ma anche in base al suo profilo psicologico ed alla sua modalità di rappresentazione della malattia. Per alcuni pazienti, infatti, è possibile che la libertà dai controlli dell'INR offerta dai nuovi farmaci possa essere paradossalmente un problema, perché senza un costante controllo da parte del medico potrebbero non garantire una adeguata aderenza alla terapia.

I NAO saranno quindi una preziosa opportunità per ampliare il nostro armamentario terapeutico, consentendo di arrivare ad una terapia antitrombotica veramente individualizzata, ma non dobbiamo aver fretta di pensionare il buon vecchio warfarin.

Del resto, ormai non dobbiamo avere più fretta di pensionare nessuno...nemmeno noi stessi...

#### **Bibliografia di riferimento**

1. Patel MR et al. ONLINE first N Engl J Med, August 10, 2011.
2. Christopher B. ONLINE first N Engl J Med, August 28, 2011.
3. Lip GY et al. Chest 2010;137:263-72.
4. Pisters R et al. Chest 2010; 138:1093-1100.
5. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009; 361: 1139-1151.
6. Legrand M et al. Arch Intern Med 2011;171:1285-1288.

## UNA RIFLESSIONE IN MERITO AI TRATTAMENTI DI FINE VITA, TRA DEONTOLOGIA MEDICA E LIBERTÀ DELLE CURE

*L'etica di fine vita, come l'acqua che non ha nessuna forma e prende tutte le forme, più che dettare delle regole dev'essere il soccorrevole atteggiamento che ascolta la volontà del malato.*

Umberto Veronesi<sup>1</sup>

1. La medicina tra progresso e paradosso

Nel corso del XX Secolo si è assistito ad un capovolgimento epocale, in virtù del quale le malattie croniche e degenerative hanno superato, in termini di prevalenza, quelle acute e infettive; inevitabile conseguenza di ciò è stata la necessità di ridefinire i significati di salute e di malattia<sup>2</sup>, di vita e di morte<sup>3</sup>. Questi risultati sono certamente attribuibili alla Scienza e alla sua costante fiducia nel progresso: tuttavia, «c'è una cosa che la gente, nel suo subconscio, alla Scienza non perdona: la sua esclusiva fede nello sperimentale e nel razionale, e l'arroganza con cui rifiuta tutto ciò che non vi appartiene.»<sup>4</sup> Dunque quale posto occupano attualmente nella pratica medica e nella ricerca, il senso del sacro, il timore dell'abbandono, la paura della morte? È evidente che, mentre i progressi in campo medico ci hanno regalata un'aspettativa di vita inimmaginabile sino a pochi decenni or sono, per la prima volta nella Storia l'umanità si trova di contro ad affrontare una sfida nuova ed inquietante, che, offrendo all'individuo la possibilità di scegliere, di dire basta alle terapie di cui può giovare, mette in discussione l'unica vera certezza dell'esistenza: la morte. «Tutti i secoli prima della nostra epoca sono stati contraddistinti dalla paura di morire anzitempo [...]. Nella nostra epoca, invece, si è prodotta una specie di rivoluzione copernicana: nel nostro cuore, siamo assediati dalla paura di sopravvivere oltre il limite consentito dalla dignità personale, dal nostro desiderio, dalla nostra capacità di sopportare sofferenze psichiche e mentali. Questo vivere "oltre i limiti" che siamo disponibili ad accettare è il risultato del progresso della scienza medica, che con le metodiche di sostegno vitale è in grado di tenere in vita chi un tempo sarebbe morto.»<sup>5</sup> Dal momento che la medicina è in grado di prolungare la sopravvivenza ben oltre le aspettative naturali, dilatando quello spazio grigio che qualcuno si rifiuta di chiamare "vita", ma di certo non è ancora morte, dobbiamo prendere atto che la Natura è costretta a demandare al singolo individuo la scelta sulla propria fine. Ineluttabile, grottesco corollario di tutto ciò è che, accanto alle domande esistenziali di sempre, ne affiorano nuove, ad esempio: *fino a che punto intendo accettare le cure mediche? Come e quando accetterò di morire? Cosa considero vita? E cosa non?*<sup>6</sup>

2. La morte è politicamente scorretta

Pur riconoscendo la fondamentale asimmetria del rapporto tra Paziente e medico, non possiamo pensare di lavarci sbrigativamente le mani riversando su quest'ultimo la responsabilità della scelta *in toto*: egli avrà certamente le proprie convinzioni in merito a cosa si debba ritenere vita, a cosa fare per tutelarla e difenderla, nonché i propri doveri professionali (artt. 16-17, C.D.) ma non può in alcun modo sovrapporre le proprie scelte alla libertà costituzionale del malato, non può scegliere per lui, in un senso o nell'altro<sup>7</sup>. Oggi invece «siamo alla *morte capovolta*, cioè negata. La morte viene considerata politicamente

1 Un sincero ringraziamento al dott. Roberto Bursi per avere vagliato attentamente e criticamente il presente lavoro. Veronesi U., *Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza*, Oscar Mondadori, Milano 2005, p.100

2 Cfr.Engels G.L., *The need for a New Medical Model: a challenge for biomedicine*, Science, 8 April 1977, pp. 129-135

3 Cfr. *A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death*, in Journal of the American Medical Association, CCV (1968), n.6, pp.337-40

4 Montanelli I., *Caso di scienza (e non di fede)* in Corriere della Sera, 15 gennaio 1998.

5 Veronesi U., *op.cit.*, pp. 101-102

6 Cfr. Leone S., *L'accanimento terapeutico*, Cittadella Editrice, Assisi 2009.

7 «Nessuno può assumersi il morire di un altro. Ognuno può, sì, *morire per un Altro*. Ma ciò significa sempre: sacrificarsi per un Altro *in una determinata cosa*. Ma questo morire per... non può mai significare che all'Altro sia così sottratta la propria morte. Ogni Essere deve assumersi sempre in proprio la morte. Nella misura in cui la morte è, essa è essenzialmente la mia morte». Heidegger M., *Essere e Tempo*, Longanesi, Milano 1971, p.288-289

scorretta, non bisogna nominarla.»<sup>8</sup> Viene quindi naturale chiedersi come sia possibile alimentare un dibattito sui trattamenti di fine vita o addirittura sull'eutanasia, senza prima proporre una riflessione culturale che riporti la mortalità al centro della questione, considerato che la malattia è un nemico da combattere, la morte no: è il confine che ci ricorda come la vita, proprio in quanto unica e limitata nei suoi confini spazio-temporali, sia la più grande *possibilità*, un'occasione preziosa da non gettare via. In una società in cui la morte viene rifiutata e scotomizzata fino al punto da venire rimossa dalle coscienze, è quanto mai urgente affermare che il progresso, se da un lato ha dilatato l'orizzonte temporale allontanando sempre più la morte dalla nostra quotidianità e dalle nostre riflessioni, dall'altro impone ad ogni individuo di assumersi in proprio la morte, senza delegarla a una scienza – quella medica – che non può offrirgli risposte, in questo senso; conseguentemente, alla Medicina rimangono solo silenzio e pietà. «E la pietà non è ideologica, è un sentimento che appartiene a tutti e che fa parte dell'onore di dirsi uomo. Anche la fine della vita ci riguarda tutti, ed è un tema che non si può nascondere. Credo sia utile una presa di coscienza, e sia necessario un dibattito leale e civile, il più possibile partecipato. È augurabile che la riflessione sul dolore e sulla morte, e sulle circostanze che accompagnano il morire e lo rendono troppo spesso intollerabile, esca dalla cerchia ristretta degli addetti ai lavori.»<sup>9</sup> I prodotti di questa vera e propria *rimozione*<sup>10</sup> della morte dalla nostra società sono davanti agli occhi di tutti: un ricorso opinabile ai trattamenti medico-chirurgici<sup>11</sup>; solitudine e abbandono di chi affronta l'ultima ora; esclusione degli anziani dal mercato del lavoro, prima, dalle famiglie e dalla società, poi; paura.

«Verrà la morte e avrà i tuoi occhi – / questa morte che ci accompagna/ dal mattino alla sera, insonne, / sorda, come un vecchio rimorso/ o un vizio assurdo. I tuoi occhi/ saranno una vana parola,/ un grido taciuto, un silenzio. [...] Per tutti la morte ha uno sguardo»<sup>12</sup>: è dunque solo quando avremo il coraggio, come società, di fermarci nuovamente a fissare quello sguardo riscoprendone la naturale essenza<sup>13</sup>, che potremo mettere in campo strumenti tecnici e legali adeguati per affrontare un tema così delicato come i trattamenti di fine vita, nel rispetto della deontologia medica ma anche (e soprattutto) della libertà della persona. Oggi è quanto mai imperativo che l'uomo torni ad essere «la misura di tutte le cose»<sup>14</sup>: l'essere umano con le sue potenzialità e i suoi limiti naturali, e non la tecnica, non le ideologie politiche né le religioni, da troppo tempo abituate a speculare sulla sofferenza altrui. Concludo questa breve riflessione con un rammarico, ricordando che il ritardo nel nostro Paese<sup>15</sup>, in merito ai trattamenti di fine vita, è duplice. Infatti, se sul versante politico il Legislatore sembra ignorarli di proposito, salvo poi strumentalizzarli all'occorrenza per ingraziarsi questo o quell'altro campanile, sul versante culturale si respinge con forza la dimensione esistenziale della morte, come se fosse solo una questione teorica o filosofica senza risvolti pratici e clinici, con una inevitabile ricaduta sulla vita di ogni singolo individuo, e sul lavoro quotidiano e diligente di tutti i medici.

Giorgio Mattei

8 Veronesi U., *op. cit.*, p.14

9 Veronesi U., *op. cit.*, pp.3-4

10 «La dialettica di rifiuto e di paura [della morte] dà luogo a un circolo vizioso: la rimozione alimenta infatti la paura, la quale, a sua volta, sollecita la rimozione, provocando l'insorgenza di meccanismi difensivi legati soprattutto al mondo dell'inconscio.» G. Piana, *Testamento biologico*, Cittadella Editrice, Assisi 2010, p.18

11 Si veda, a solo titolo d'esempio, il ricorso crescente alla chirurgia estetica o il recente impiego di sondini-naso gastrici come rapida alternativa alle diete dimagranti.

12 Pavese C., *Verrà la morte e avrà i tuoi occhi*, Einaudi, Torino 1951, p.29

13 «Tu sei affaccendato, la vita si affretta: e intanto verrà la morte, per la quale, voglia o no, devi aver tempo». Seneca, *La brevità della vita* (trad. di A. Traina), BUR, Milano 1993, p.63

14 Protagora, fr.1, in Platone, *Teeteto*, 152a

15 Un Paese il nostro, «afflitto da congenita sordità ad ogni istanza di civiltà.» Montanelli I., *Due o tre cose sulla dignità*, in *Corriere della Sera*, 21 dicembre 2000.

## PENSIONATI CON LIBERA PROFESSIONE

**L'**articolo 18 comma 12 della Manovra Tremonti finalmente chiarisce il bubbone scoppiato per i professionisti pensionati, molti dei quali si erano visti recapitare dall'INPS avvisi di pagamenti contributivi per corrispettivi da libera professione per i quali la propria Cassa previdenziale li aveva invece esentati.

L'INPS interpretando rigidamente la 335/95 che impone per qualsiasi introito da lavoro la corresponsione della contribuzione previdenziale, aveva ritenuto questi professionisti evasori della contribuzione previdenziale alla gestione separata.

Su ricorso EPPI i giudici avevano dato tuttavia ragione ai professionisti: se la tua Cassa previdenziale ti esenta dal pagamento contributivo, l'INPS non può con questo pretendere che il contributo venga pagato nella gestione separata.

L'obbligo di iscrizione alla gestione separata viene ora previsto per i soggetti che esercitano, per professione abituale, ancorché non esclusiva, attività di lavoro autonomo e il cui esercizio non è subordinato all'iscrizione ad appositi albi professionali. Ne deriva dunque che i compensi per ogni attività esercitata in quanto e se iscritti ad un ordine professionale sono soggetti alla contribuzione previdenziale nella propria Cassa di previdenza. Viene inoltre previsto (articolo 18 comma 11) che gli enti previdenziali di diritto privato entro sei mesi debbano adeguare i loro statuti e regolamenti per prevedere la contribuzione obbligatoria (con l'aliquota non inferiore al 50% di quella prevista in via ordinaria) di tutti coloro che titolari di pensione, percepiscono un reddito professionale.

Eventuali versamenti non dovuti non vengono restituiti. Nulla viene detto circa la retribuzione dei medici specializzandi che dovrebbe essere attratta nella Cassa previdenziale dei medici.

### **DECRETO-LEGGE 6 luglio 2011 , n. 98 (Legge di conversione nr. 111 del 15/7/2011)**

#### **Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria.**

#### **Articolo 18**

11. Per i soggetti già pensionati, gli enti previdenziali di diritto privato di cui ai *decreti legislativi 30 giugno 1994, n. 509 e 10 febbraio 1996, n. 103*, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto adeguano i propri statuti e regolamenti, prevedendo l'obbligatorietà dell'iscrizione e della contribuzione a carico di tutti coloro che risultino aver percepito un reddito, derivante dallo svolgimento della relativa attività professionale. Per tali soggetti è previsto un contributo soggettivo minimo con aliquota non inferiore al cinquanta per cento di quella prevista in via ordinaria per gli iscritti a ciascun ente. Qualora entro il predetto termine gli enti non abbiano provveduto ad adeguare i propri statuti e regolamenti, si applica in ogni caso quanto previsto al secondo periodo.

12. *L'articolo 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335*, si interpreta nel senso che i soggetti che esercitano per professione abituale, ancorché non esclusiva, attività di lavoro autonomo tenuti all'iscrizione presso l'apposita gestione separata INPS sono esclusivamente i soggetti che svolgono attività il cui esercizio non sia subordinato all'iscrizione ad appositi albi professionali, ovvero attività non soggette al versamento contributivo agli enti di cui al comma 11, in base ai rispettivi statuti e ordinamenti, con esclusione dei soggetti di cui al comma 11. Resta ferma la disposizione di cui all'*articolo 3, comma 1, lettera d), del decreto legislativo 10 febbraio 1996, n. 103*. Sono fatti salvi i versamenti già effettuati ai sensi del citato *articolo 2, comma 26, della legge n. 335 del 1995*.

*A cura di Marco Perelli Ercolini*

## DAL 1° AGOSTO 2011 LE PENSIONI PIÙ ELEVATE SOTTO LA SCURE DELLA LEGGE

In ottemperanza alle recenti disposizioni urgenti per la stabilizzazione della finanza pubblica (art. 22-bis della Legge 15 luglio 2011 n. 111) anche i trattamenti pensionistici d'importo più elevato corrisposti dall'Enpam saranno assoggettati – con decorrenza 1^ agosto prossimo venturo – al contributo di perequazione del 5% per la parte eccedente i 90 mila euro annui e del 10% per la quota eccedente i 150 mila euro annui.

Si tratta di trattenute che interessano 5.220 posizioni pensionistiche gestite dall'Enpam; le trattenute una volta operate saranno riversate immediatamente in conto entrate del bilancio dello Stato.

L'operazione riguarderà anche i pensionati che pur non percependo dall'Enpam trattamenti di tali importi, sulla base delle risultanze del Casellario Centrale dei Pensionati, essendo titolari di più pensioni, percepiscono complessivamente trattamenti pensionistici superiori ai predetti valori-soglia.

In maggior dettaglio, le pensioni di solidarietà assoggettate a trattenuta del 5% per la parte eccedente i 90 mila € si calcola siano 5.171, mentre quelle che sconteranno una ritenuta del 10% per la parte eccedente i 150 mila € sono 49.

Nel computo rientrano anche i trattamenti pensionistici percepiti da forme di previdenza complementare che garantiscono prestazioni definite in aggiunta o ad integrazione del trattamento pensionistico obbligatorio.

I soggetti direttamente interessati da queste disposizioni riceveranno una lettera di delucidazioni più dettagliate circa i contenuti della norma che li riguarda.

*Dal sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it)*

Informazione pubblicitaria

**UNIPOL**  
UGF ASSICURAZIONI

Agente Generale

**ASSICOOP**  
MODENA spa

Siamo presenti in Modena e Provincia a:

Modena Via C. Zucchi, 31/h

Modena C. Comm.le "I Portali" via dello Sport, 50/25

Modena C. Comm.le "La Rotonda" via Casalegno, 45

Modena Via Giardini, 455/1

Modena Via Vignolese, 439

Modena K1 via Dalton, 55

Castelfranco Emilia C. Comm.le "Le Magnolie" via Loda, 8

Campopallano Via Del Mille, 68

Nonantola Via Veneto, 25/2

Carpi Via Cantina della Pioppa, 12

Seesuolo Via Adda, 76

Vignola Via Bellucci, 2

Mirandola Via Circonvallazione, 172

**CST**  
Centro Servizi Telefonico

Numero Verde  
**800-992220**

[www.assicoop.com](http://www.assicoop.com)  
[cst@assicoop.com](mailto:cst@assicoop.com)

## ERRORI DIAGNOSTICI: UN NUOVO APPROCCIO PER UN VECCHIO PROBLEMA

Come medico mi sento spesso in prima linea; praticamente tutti i giorni la stampa o la televisione gridano all'ennesimo caso di presunta malasanità e parte la ricerca al "colpevole". Questo clima di caccia alle streghe è uno degli elementi, a mio avviso determinante, che ha fatto sì che noi medici non parliamo praticamente mai degli errori che commettiamo. A riprova di questa sorta di rimozione freudiana è, ad esempio, il fatto che i modelli fino ad ora proposti per studiare il problema dell'errore in medicina si occupano esclusivamente dell'errore come risultato del fallimento del sistema.

La famosa teoria del formaggio svizzero afferma infatti che l'errore è il risultato di una o più falle del sistema, dimenticando clamorosamente che alla base di ogni atto medico c'è un ragionamento fatto da una persona.

Quando, casualmente, ho letto il libro di J. Groopman "Come pensano i dottori" ho iniziato ad intuire che potevo migliorare le mie capacità professionali anche modificando il mio modo di ragionare.

Il processo che porta alla formulazione di una diagnosi consiste di una serie di passaggi che, come ci hanno insegnato all'Università, devono essere eseguiti scrupolosamente e devono essere consequenziali ma, soprattutto, essere guidati razionalmente. All'anamnesi deve seguire l'esame obiettivo, la richiesta di esa-

mi, quindi la diagnosi e la terapia. Ogni fase è a sua volta suddivisa in momenti sempre retti da una razionalità deduttiva. Tutto questo processo presuppone che ogni anello sia legato al precedente da un ragionamento di tipo deduttivo secondo le regole della logica analitica.

Orbene tutto ciò non è vero, o meglio lo è solo in minima parte. Numerosi studi di psicologia cognitiva, e nemmeno tanto recenti, hanno dimostrato che in situazioni in cui il grado di incertezza è alto, ossia quando è ampia la possibilità di scelte alternative, e c'è la necessità di prendere rapidamente una decisione, il nostro modo di ragionare è in massima parte intuitivo e segue percorsi, scorciatoie, per giungere rapidamente ad una decisione, che saltano molti passaggi razionali. Se riflettiamo un momento non possiamo non concordare che ciò che quotidianamente accade nei nostri ambulatori è proprio questo: prendiamo decisioni diagnostiche e terapeutiche rapidamente, nonostante l'ampio spettro di possibili alternative, avendo a disposizione pochi elementi. Di fronte ad un sintomo nessuno di noi applica scolasticamente il metodo deduttivo per escludere tutte le possibili diagnosi differenziali, ma, seguendo il proprio intuito, e cogliendo solo alcuni degli elementi a disposizione, si giunge ugualmente ad una conclusione, ad una diagnosi che, quasi sempre è giusta.

Questo processo (euristica) è molto più rapido, economico ed efficiente, ci consente di soddisfare le esigenze dei nostri pazienti in modo eccellente. La peculiarità del nostro lavoro ci impone anche un metodo di ragionare altrettanto peculiare (che sta anche alla base delle difficoltà che incontriamo quando ci dobbiamo confrontare con altri professionisti; si pensi ad esempio in ambito legale o ingegneristico) del quale, se vogliamo migliorarci, dobbiamo essere più consapevoli. L'approccio cognitivo ha questo intento.

Come tutti i processi umani anche questo tipo di ragionamento può risultare fallace e condurre all'errore. Gli errori diagnostici sono un esempio che si presta molto bene per comprendere il ragionamento clinico, le sue caratteristiche, i suoi meccanismi euristici ed i suoi punti deboli.

Il ragionamento intuitivo utilizza delle scorciatoie mentali, tali scorciatoie sono poi usate in modo diverso da ogni persona. La psicologia cognitiva è la scienza che studia come vengono prese le decisioni e quali errori possono essere commessi utilizzando i meccanismi euristici. La possibilità di conoscere questi meccanismi e di evidenziare i loro punti deboli può consentirci di migliorare le nostre capacità diagnostiche. Affrontare il tema degli errori diagnostici da un punto di vista cognitivo significa fare della conoscenza dei nostri limiti un punto di forza, nella

convinzione che riconoscere e prevedere gli errori ci permetterà di commetterne di meno.

Con questo spirito, in collaborazione con uno psicologo, abbiamo organizzato un seminario di approfondimento ("L'autopsia cognitiva: uno strumento per mi-

gliorare il ragionamento clinico") è auspicabile infatti che la futura ricerca si concentri maggiormente sulla correzione degli errori cognitivi, cioè sullo studio delle specifiche condizioni in cui la mente umana è in grado di evitarli, nell'interesse di chi deve prende-

re decisioni e di chi ne sperimenta le conseguenze.

L'analisi cognitiva degli errori diagnostici è una pratica semplice che può aiutarci quotidianamente nel ridurre il margine d'errore, un nuovo strumento nelle nostre mani.

*Marco Barchetti*

#### BIBLIOGRAFIA

1. Crupi V., Gensini G.F., Motterlini M.  
*La dimensione cognitiva dell'errore in medicina*  
Franco Angeli Editore, Milano 2006
2. Tversky A. Kahnemann  
*Judgement under uncertainty: heuristic and biases*  
Science 1974;185:1124-31
3. Croskerry P.  
*The theory and practice of clinical decision-making*  
Can J Anesth 2005;52:6/R1-R8
4. Croskerry P.  
*Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias*  
Acad Emerg Med 2009;91:1184-1204
5. Groopman J.  
*Come pensano I dottori*  
Mondadori editori Milano 2008

Informazione pubblicitaria

www.gruppopper.it



**Gruppo BPER. La nostra forza è la tua forza.**

Banca Popolare dell'Emilia Romagna	Banca Popolare di Lanciano e Sulmona
Banca della Campania	Banca Popolare di Ravenna
Banca di Sassari	Banco di Sardegna
Banca Popolare del Mezzogiorno	Carispaq - Cassa di Risparmio Provincia dell'Aquila
Banca Popolare di Aprilia	



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

**GRUPPO BPER**

MAX INFORMATION



ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO  
SEZIONE DI MODENA

Aidm.mo@tiscali.it  
www.donnemedicomodena.org

## MENOPAUSA parliamone insieme

*Vademecum per affrontare con serenità la menopausa*  
**Le Donne Medico incontrano le Donne**  
giovedì 20 ottobre ore 17.30 – 20.00  
Auditorium Confesercenti  
Via Santi, 8 - Modena

### **Introduzione**

Dott.ssa M. Guerra  
Presidente Associazione Italiana Donne Medico- AIDM- Sezione di Modena

### **Non solo ormoni ma tanto di più**

Dott.ssa C. Bertani Specialista in Ginecologia

### **In menopausa il cuore "tradisce" le donne**

Dott.ssa C. Labia Specialista in Cardiologia

### **Come cambia il nostro corpo**

Dott.ssa M. G. Ferrari Specialista in Endocrinologia

### **Non molliamo l'osso: calcio di rigore**

Dott.ssa M. Guerra Specialista in Ortopedia  
Dott. L. Boiani Specialista in Fisioterapia

### **Dal benessere allo sport**

Prof.ssa M. A. Becchi Specialista in Medicina dello Sport

### **Quello che le donne sentono e non dicono**

Dott.ssa D. Radighieri Psichiatra, Psicologa e Psicoterapeuta

### **Piu' belle di prima**

Dott.ssa P. Molinari Specialista in Chirurgia. Medicina estetica

*Discussione guidata*

## LA MEDICINA NARRATIVA

La narrazione dell'esperienza personale costituisce la base dei rapporti umani e quindi del rapporto medico-paziente. La Medicina basata sull'evidenza, con il miglioramento delle tecniche diagnostiche e terapeutiche e la concezione aziendale delle strutture sanitarie, hanno trascurato l'aspetto umano e relazionale della malattia determinando un deterioramento del rapporto medico paziente, che spesso diviene conflittuale. La Medicina Narrativa nasce per recuperare tale rapporto. La narrazione della patologia del paziente al medico, è considerata al pari dei segni e sintomi della malattia stessa, diventando al contempo anche terapia. La narrazione riguarda non solo il paziente, ma anche il medico e l'infermiere attraverso l'espressione delle emozioni vissute, favorendo il reciproco incontro.

Per raccontare la propria esperienza si possono utilizzare tutte le tecniche che permettono la narrazione, come la parola, la scrittura, i disegni, la pittura, la fotografia ed il cinema.

Il cinema può essere considerato un valido strumento di narrazione, poiché ha il merito di condensare, in un lasso di tempo limitato, lunghe storie come una intera vita, inoltre è in grado di emozionare e coinvolgere lo spettatore.

L'Associazione Italiana Donne Medico (AIDM), Sezione di Modena, la Società Italiana Medicina Generale (SIMG), Sezione di Modena (Presidente Dott.ssa M.S.Padula) e il Collegio IPASVI di Modena (Presidente Dott.ssa C. Giudice) hanno organizzato un corso di Medicina Narrativa mediante l'impiego della cinematografia.

L'argomento del corso riguarda il carattere terapeutico del femminile. Verrà affrontato il tema della donna, medico e infermiera, professionista della cura, della donna come paziente e della donna nelle vicende umane della vita quotidiana, sottolineando il valore terapeutico del femminile.

Il corso si terrà presso la Sala Truffaut di Modena, nelle serate di lunedì 24 ottobre, 14 novembre e 28 novembre 2011.

*Dott.ssa Michela Guerra*  
*Presidente Associazione Italiane Donne Medico*  
*Sezione di Modena*  
*Aidm.mo@tiscali.it*  
*www.donnemedicomodena.org*



Società Italiana Medicina Generale  
S.I.M.G- Sezione di Modena



Associazione Italiana Donne Medico  
A.I.D.M - Sezione di Modena



Collegio IPASVI  
Modena

## Medicina narrativa

*Il carattere terapeutico del femminile:  
la donna e la dimensione della cura*

**MODENA**

**SALA TRUFFAUT VIA DEGLI ADELARDI, 4**

Con il Patrocinio del:

Comune di Modena

Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Modena

Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani(AOGOI)

Associazione Ginecologi Territoriali (AGITE)

Lunedì 24 ottobre 2011

18.00 Registrazione  
partecipanti  
18.30 Aperitivo di benvenuto  
18.45 Saluto delle Autorità  
*Assessore F. Maletti*  
*Dott. N. D'Autilia*  
*Dott. E. Bergamini*  
19.00 Presentazione  
*Dott.ssa C.Giudice, Dott.ssa*  
*M.Guerra, Dott.ssa M.S.*  
*Padula*  
19.15 L'assistenza al  
femminile e contributo della  
filmografia (*Dott.ssa L.*  
*Garrino*)  
19.45 Proiezione del film  
"AMORFU" di E. Piovano  
21.30 Discussione  
Moderatore  
*Dott.ssa C.Giudice, Dott.ssa*  
*M.Guerra, Dott.ssa*  
*L.Mantovani*  
22.30 Conclusione

Lunedì 14 novembre 2011

18.30 Registrazione  
partecipanti  
19.00 La donna colpita da  
malattia e contributo della  
filmografia *Dott.ssa S. Polvani*  
19.30 Proiezione del film  
"LA MIA VITA SENZA DI ME"  
di I. Coixiet  
21.20 Discussione  
Moderatore  
*Dott.ssa C.Giudice, Dott.ssa*  
*M.Guerra, Dott.ssa L.Mantovani*  
22.30 Conclusione

Lunedì 28 novembre 2011

18.30 Registrazione  
partecipanti  
19.00 La pratica  
dell'aver cura e  
contributo della filmografia  
*Dott.ssa L. Garrino*  
19.30 Proiezione del film  
"L'ALBERO DI ANTONIA"  
di M. Gorriss  
21.00 Discussione  
Moderatore  
*Dott.ssa C.Giudice, Dott.ssa*  
*M.Guerra, Dott.ssa M.S. Padula*  
22.00 Compilazione test ECM  
22.30 Conclusione

PROVIDER ECM  
A.I.D.M.  
Associazione Italiana Donne  
Medico  
Via Padre Lino, 12  
43100 Parma

RESPONSABILE SCIENTIFICO  
*Dott.ssa M.S. Padula*  
*Dott.ssa M. Guerra*  
SEGRETERIA SCIENTIFICA  
*Dott.ssa Labia, Dott.ssa Donini*  
*aidm.mo@tiscali.it*  
*Dott.ssa Mantovani l\_manto@yahoo.it*  
*Dott.ssa Giudice segreteria@ipasvimodena.it*

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA  
D.B. S.r.l.  
Viale A. Corassori 70 - 41124  
Modena  
Tel. 338 4224499, fax. 059  
2921767  
e-mail: *segreteria@dbsrl.it*

INFORMAZIONI :  
Iscrizione gratuita.  
Crediti ECM attribuiti: 10 per  
Medici -Chirurghi ed Infermieri.  
Per l'attribuzione dei crediti ECM  
è necessario partecipare a tutti  
i 3 eventi.



Associazione Mogli Medici Italiani  
Unite per Unire

## CONCORSO NAZIONALE

**PER IL CONFERIMENTO DEL SUPPORTO FINANZIARIO PER UN PROGETTO DI RICERCA DI MEDICINA DI GENERE E FARMACOLOGIA DI GENERE DA SVOLGERE NELLE UNIVERSITA'E NEI CONSORZI INTERUNIVERSITARI ITALIANI**

### **BANDO DI CONCORSO**

- 1) Il Premio è promosso dalla **Associazione Mogli dei Medici Italiani** senza fini di lucro e con lo scopo di premiare il progetto di ricerca scientifica più innovativo e significativo nell'ambito della Medicina di Genere e Farmacologia di Genere da svolgere presso una Università Italiana o un Consorzio Interuniversitario per incentivare l'appropriatezza delle cure ed una medicina basata sull'evidenza per ambedue i generi.
- 2) Possono concorrere al Premio i laureati che hanno meno di 33 anni alla data di scadenza del bando e che possono dimostrare di avere un'attività sperimentale, svolta in Italia, di almeno sei anni senza interruzioni, di essere in possesso del titolo di dottorato di ricerca conseguito presso un'Università Italiana nell'ambito delle materie mediche e farmacologiche e di non essere strutturati.
- 3) Nella domanda di partecipazione dovrà essere indicata la sede di svolgimento del progetto di ricerca corredata dell'approvazione del referente con cui s'intende collaborare.
- 4) Il premio consiste nella erogazione della somma di euro 10.000 (diecimila) a beneficio del ricercatore titolare del progetto di ricerca risultato migliore tra quelli giunti entro la data del 31 dicembre 2011, ad insindacabile giudizio della Commissione Giudicatrice.
- 5) La Commissione giudicatrice è nominata dalla Presidente Nazionale dell'AMMI
- 6) La valutazione dei progetti avverrà considerando:
  - Innovatività della progettazione nell'ambito delle tematiche del bando
  - Congruenza dei metodi proposti per ottenere i risultati
  - Curriculum del candidato con particolare riferimento alla sua esperienza nel campo del genere
- 7) La cerimonia di consegna del premio si svolgerà in occasione del Congresso Nazionale AMMI maggio 2012.
- 8) Le modalità di partecipazione al concorso e gli aspetti che ne disciplinano lo svolgimento sono definiti nel Regolamento che fa parte integrante del presente bando.

### **REGOLAMENTO**

1. La domanda di partecipazione al concorso, prodotta in formato Word o PDF, deve essere corredata dei documenti di cui al comma 3 e deve essere inoltrata esclusivamente in carta libera e tramite posta elettronica a:  
**Segreteria del Premio AMMI 2012 [concorso@ammi-italia.org](mailto:concorso@ammi-italia.org)**
2. La domanda dovrà pervenire entro e non oltre il **31/12/2011**
3. Nella domanda dovranno essere chiaramente specificati:
  - cognome e nome del candidato
  - luogo e data di nascita
  - titolo del progetto di ricerca
  - recapito di posta elettronica scelto per l'invio della corrispondenza
  - recapito telefonico del candidato.
4. Alla domanda dovranno essere allegati:
  - a) una copia del progetto
  - b) l'autorizzazione allo svolgimento del progetto di ricerca rilasciata dal responsabile della sede dove si intende svolgere il progetto e dal docente di riferimento
  - c) il certificato di laurea con voto di laurea
  - d) il certificato di dottorato
  - e) il curriculum vitae et studiorum dell'autore del progetto
  - f) la documentazione dell'attività sperimentale di almeno 6 anni senza interruzioni.

Qualora fosse ritenuto opportuno, potranno essere allegati alla domanda altri documenti tesi ad attestare il valore del progetto.

Le domande che perverranno oltre i termini fissati dal presente Regolamento o che non siano corredate della documentazione richiesta non saranno prese in considerazione.

I documenti presentati non saranno restituiti ai concorrenti che conferiscono all'AMMI tacita autorizzazione per la divulgazione del progetto a fini scientifici.

**Per ulteriori informazioni si prega di contattare:**  
[franconi@uniss.it](mailto:franconi@uniss.it)  
[presidenzaammi@libero.it](mailto:presidenzaammi@libero.it) - cellulare 335/5447784

Bari, 30/06/2011  
Tatb

Dott. Lilla Fortunato  
Presidente Nazionale AMMI

## PANICO! UNA "BUGIA" DEL CERVELLO CHE PUÒ ROVINARCI LA VITA

Il titolo del libro è già tutto un programma, non c'è che dire. Il tema è di quelli accattivanti sia sotto il profilo scientifico sia sotto quello più propriamente divulgativo. Perché in effetti di questo oggi si parla un po' dappertutto, del panico o meglio ancora dell'attacco di panico.

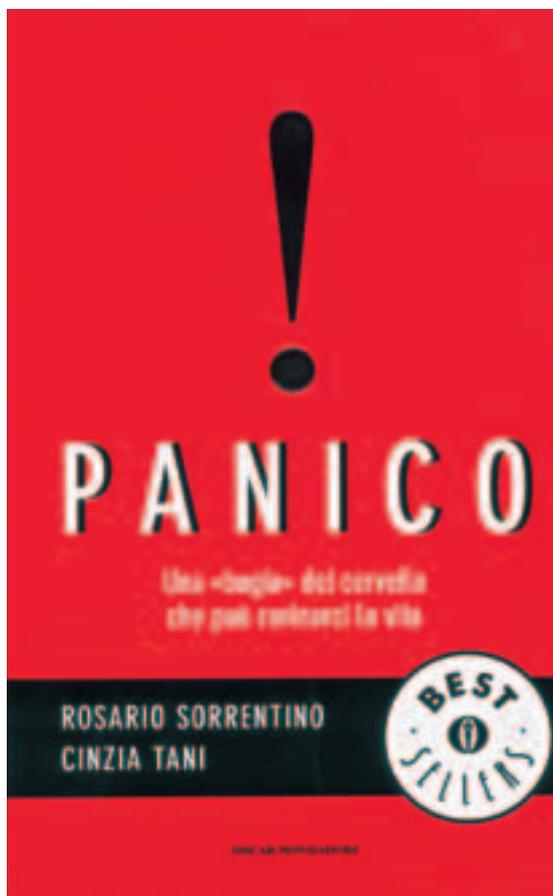
Rosario Sorrentino è troppo noto al grande pubblico per dover essere presentato. Neurologo di fama internazionale, si è dedicato all'approfondimento di molti ambiti inerenti la sua specialità e il libro rappresenta in questo senso un'occasione per affrontarli in forma particolarmente discorsiva. Dal Parkinson alle nevrosi, dalla depressione all'ansia fino appunto al panico. I temi vengono analizzati sul versante della eziopatogenesi chimica e biochimica senza trascurare l'impatto delle patologie sulla vita sociale dei soggetti che ne soffrono. Un posto di rilievo Sorrentino lo riserva al ruolo dei mass media nel promuovere una cultura che dovrebbe essere più "positiva", mentre è da sottolineare la critica neppure tanto velata nei confronti della psicanalisi.

Sullo sfondo scorre il fiume dell'approccio terapeutico, considerato dallo scrittore indispensabile nel contrastare una patologia così impegnativa, e questo a dispetto delle tante, anzi troppe, diffidenze e ostilità nei confronti di una impostazione farmacologica.

Il taglio del libro è di una intervista da parte di una giornalista (e paziente), Cinzia Tani, sotto forma di domande particolarmente semplici e di altrettanto brevi risposte del neurologo. I capitoli scorrono così veloci perché la lettura risulta facilitata dal tono quasi salottiero del discorso.

Un libro insomma da leggere e da consigliare a colleghi ed anche ai non "addetti ai lavori".

*N. G. D'Autilia*



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

## A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

Dopo le vacanze estive, qualche chiletto di troppo, ci disturba un po', quindi movimento, dieta e....

**"Andèr éd còrp"** (andare di corpo, svuotare l'alvo).

**"A un'ora al gal, al do al cavàl, al tre al studèint, al quàter al viandànt, al zinch al còrp, al se al pòrch, al sèt la troia, agli òt un ch'a-n n'ava voia"**

(questo detto si rifà alla sveglia mattutina, ricordano anche il corpo... "a un'ora il gallo, alle due il cavallo, alle tre lo studente, alle quattro il viandante, alle cinque il corpo, alle sei il porco, alle sette la scrofa, alle otto uno che non ne abbia voglia).

**"Avér al còrp tànder"** (avere il corpo tenero, cioè essere soggetto a diarrea).

**"Bo, cavài e pòrch i déven éser gràs ed còrp"** (buoi, cavalli e maiali devono essere grassi di corpo)

**"Piò vod che pin, piò chèld che fràdd, piò drétt che a séder"** (più vuoto che pieno, più caldo che freddo, più dritto che a sedere).

Il proverbio espone sinteticamente i principi che aiutano a conservarsi in buona salute: mangiare con parsimonia, stare preferibilmente al caldo, evitando i colpi di freddo, muoversi e camminare piuttosto che trascorrere sempre il tempo stando comodamente seduti.

**"Pòch magnèr e gnint afàn sanità dal còrp i dan"** (mangiare poco, senza affanni, evitando le preoccupazioni, danno la salute del corpo).

Qui si ripete il "mangiare" con parsimonia" al quale si aggiunge "evitare le preoccupazioni".

**"Mèl ed tèsta al vol magnèr, mèle de pànza al vol vudèr"** (mal di testa esige che si mangi, mal di pancia che si evacui).

Il mal di testa a volte è indice di debolezza dovuta a scarsa alimentazione.

La sola terapia in questo caso è il solo nutrimento.

Il mal di pancia, invece, può essere indice del contrario, per esempio di un'indigestione.

E' opportuno allora liberare l'intestino.



L. Arginelli

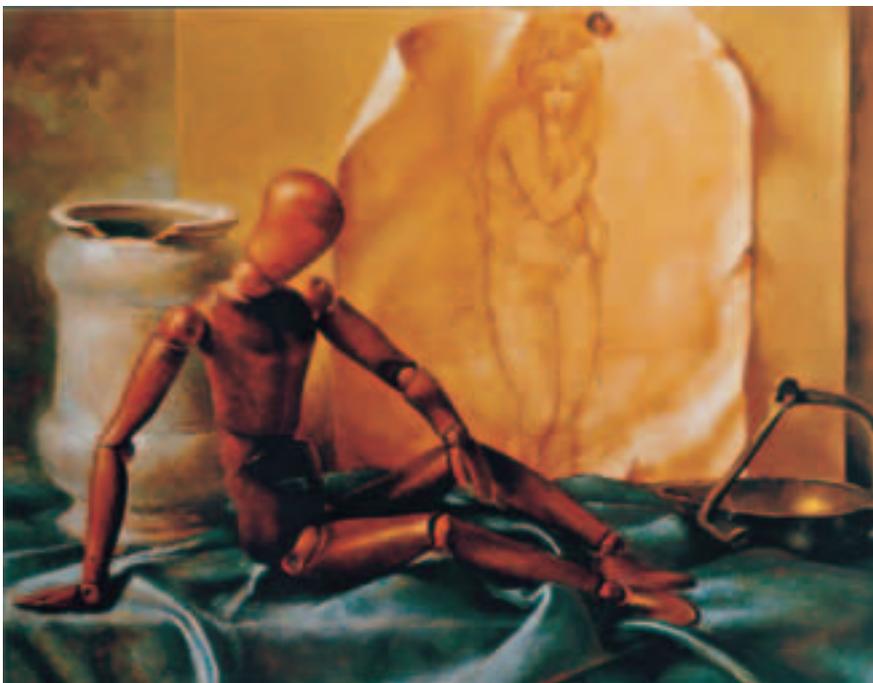
## VIGNETTE A CURA DI PAOLO MARTONE



P. Martone



**N**acque a San Felice sul Panaro il 28 agosto 1886, da famiglia di tradizionale educazione umanistica, la quale assecondò la sua innata predisposizione al disegno iscrivendolo all'Accademia di Belle Arti di Modena. Morì a Bologna nel 1954.



Il giovane studente ama la pittura del

'400 e del '500, poiché rappresenta in sintesi l'anelito della creatività nella predisposizione ambientale.

Ottenuto il titolo di "Professore di disegno", si iscrive al corso di perfezionamento in "architettura", e consegue il diploma di Architetto nel 1909.

Ha un'altra passione, la musica.

Ottiene infatti il diploma di Magistero in pianoforte al Conservatorio di Bologna. Poi con il maestro Vivaldi, frequenta corsi di perfezionamento a Firenze ed a Milano e dal 1913 inizia concerti di piano che lo portano fino in Belgio ed in Olanda.

Ma la guerra gli ripropone l'arte figurativa. Viene assunto come "disegnatore", al Comando di Corpo d'Armata sul monte Santo, ed in seguito è mandato in Francia. Quando nel 1919 rientra a San Felice, il suo interesse si articola quasi esclusivamente sull'arte pittorica. Nel 1936 ottiene la Cattedra di Architettura e torna presso l'Istituto Pier Crescenzi di Bologna, città ove si trasferisce definitivamente. Come pittore, partecipa a varie mostre nazionali, (specie a Milano), ed alla quadriennale romana nel 1952. Il suo fare pittorico nasce da una scelta che è convinzione estetica, in opposizione alle nuove ricerche filosofiche o scientifiche.

Questo principio viene rafforzato dall'incontro con Annigoni nel 1946 a Modena poiché l'Annigoni celebra l'esigenza di rispettare l'alta tradizione pittorica e la rivalutazione del mestiere artistico. Si adegua così all'analisi del disegno, all'evidenza più sottile, ad un risalto coloristico costruito con stesura pulita.

Le sue opere sono "nature morte", ove i vetri, i frutti, i libri, i violini, i fiori, si ambientano fra cassetti semiaperti e drappi. Ad Aldo Roncaglia ed all'amore per l'arte è stato dedicato il noto "Premio Roncaglia", di San Felice.

Alcune sue opere:

"Il manichino", olio su legno, cm. 38x28. (di fianco all'articolo)

"Composizione", olio, cm. 38,5x50 (in copertina)

"Natura morta", 1948, olio su legno, cm. 29,5x20.

"Fiori", 1947, olio su legno, cm. 23x 29.5

## A CURA DI ROBERTO OLIVI MOCENIGO | LE STORIELLE

*La felicità è una scelta, è lo stato d'animo con cui guardiamo alla vita*

*Nicholas Evans*

*Tutta la differenza tra costruzione e creazione è esattamente questa: una cosa costruita si può amare solo dopo che è stata costruita; ma una cosa creata si ama prima di farla esistere.*

*Gilbert K. Chesterton*



**R. Olivi Mocenigo**

*Alcuni libri vanno assaggiati, altri inghiottiti, pochi masticati e digeriti*

*Samuel Butler*

*Non c'è nulla di così facile che non diventi difficile quando si fa controvoglia*

*Terenzio*

## D'AUTILIA: UN AUTUNNO INTERNAZIONALE PER I MEDICI ITALIANI

### Intervista tratta dal sito della FNOMCeO

**E'** un'incessante attività internazionale quella che coinvolge la **FNOMCeO** in questo avvio d'annata: convegni, relazioni, partecipazioni a commissioni, interventi a commissioni professionali europee. Da **Bruxelles** a **Napoli**, passando per la tappa friulana di **Udine**, è Nicolino **D'Autilia**, coordinatore dell'Ufficio estero della Federazione nonché vice-presidente della **Ceom** a interpretare il ruolo del rappresentante dei medici italiani sulla ribalta internazionale. Ci siamo fatti illustrare dal presidente dell'**Ordine di Modena** quali sono le attività previste in questo intenso autunno europeo. Una stagione, dichiara D'Autilia in questa intervista, "in cui si sta affermando un'asse di rilevante importanza con molti paesi che si affacciano sul Mare Nostrum, Spagna e Francia in primo luogo".

**Presidente D'Autilia in questi giorni lei fa la spola tra l'Italia, Bruxelles e Tallin: puoi illustrarci le attività a cui presenzierà come rappresentante dei medici italiani?**

In effetti con la ripresa dell'autunno iniziano gli appuntamenti europei per la Federazione nazionale. Il primo riguarda la riunione del board della CEOM nel quale verranno programmati i lavori per il prossimo triennio. Si tratta di mettere in campo attività anche d'intesa con le altre Commissioni europee, naturalmente ciascuna nei rispettivi ambiti di intervento. Quello della CEOM riguarda l'approfondimento dei temi di etica professionale e di deontologia, al centro del documento di Kos. Per quanto concerne Tallin si da seguito alla partnership con il Ministero della Salute.

**A Tallin - dove già nel 2008 era stata siglata la Carta di Tallin sui Sistemi Sanitari per la Salute ed il Benessere Economico - la FNOM sarà presente a fianco del Ministero della Salute ad un workshop che coinvolge tutti i paesi dell'Unione Europea. Cosa ci può anticipare?**

A Tallin si riuniscono le cosiddette Autorità competenti per discutere sulle risultanze della consultazione sul Libro Verde. Noi abbiamo già partecipato a precedenti riunioni presso la sede del Parlamento europeo a Roma condividendo con il Ministero la maggior parte delle risposte al questionario inviato in primavera. Sono stati affrontati temi (e problemi) rilevanti come la Tessera Professionale Europea, le Piattaforme Comuni (intese come standard di formazione professionale omogenee), ed altro ancora. Il Ministero ha scelto di essere accompagnato da un esponente della professione medica e il Presidente Bianco ha delegato il sottoscritto a rappresentare i medici italiani.

**A parte queste due giornate imminenti, tutto il prossimo periodo è ricco di attività internazionali. A partire dal workshop di Udine dove saranno presenti i vertici delle associazioni mediche europee....**

Il workshop di Udine costituisce un'occasione preziosa di confronto sul tema "strategico" della formazione specialistica in Europa. Saranno presenti esperti del settore e i rappresentanti delle varie Commissioni europee che sono da sempre impegnate nella valorizzazione di questo ambito così significativo dell'esercizio professionale. Sarà, ne sono certo, una iniziativa di rilievo assoluto.

**Tra un mese la UEMS si riunirà a Napoli per eleggere le sue cariche. Ci può anticipare se anche qui la Federazione - come recentemente in sede CEOM - intende presentare propri autorevoli candidati?**

La FNOMCeO sta costruendo da circa tre anni un percorso di rafforzamento della nostra presenza nelle Commissioni europee perchè riteniamo che fino ad ora non sia stata sufficientemente rappresentata una componente professionale come quella italiana, ma definibile in modo più ampio come "mediterranea".

Non si può infatti negare che in questi organismi siano presenti varie anime, da quella nord-europea alla middle-europea per finire appunto a quella del bacino mediterraneo. Si confrontano in questo senso culture professionali e tradizioni abbastanza difforni. La Federazione sta pensando di candidare uno o due colleghi in posti di responsabilità politica, come l'Esecutivo.

***Da ultimo le chiedo una visione globale: forse mai come ora la FNOM è stata presente e attiva sul palcoscenico europeo. Merito del lavoro FNOMCeO di questi lunghi anni? Merito di una nuova coscienza professionale dei medici italiani? Merito degli stimoli che vengono dai vicini Paesi europei?***

Credo che sia stata la scelta del Presidente Bianco e del Comitato Centrale nel suo complesso che ha determinato un impegno di assoluto rilievo nel panorama europeo. C'è la consapevolezza di un ruolo più incisivo da svolgere in questo ambito per non vedersi "calare dall'alto" normative che improntano la nostra professione da qualche anno a questa parte. La partnership col Ministero della Salute rappresenta un'occasione di maggiore pregnanza della nostra presenza. Occorre peraltro affermare che si è costituita un'asse di rilevante importanza con molti paesi che si affacciano sul Mare Nostrum, Spagna e Francia in primo luogo. E questo ha significato in ultima analisi spostare l'asse delle alleanze che si creano all'interno delle Commissioni europee verso il Sud conferendo un maggior peso politico al nostro Paese.

### **FIOCCO ROSA**

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite felicitazioni con l'augurio di un prospero avvenire alla piccola Elena, alla mamma D.ssa Francesca Olivi Mocenigo e al papà Dott. Roberto Chiesa.

### **FIOCCO AZZURRO**

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite felicitazioni con l'augurio di un prospero avvenire al piccolo Francesco, alla mamma D.ssa Maria Teresa Donini e al papà Dott. Nicola Sforza.

### **NOTE TRISTI**

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:  
 al Dott. Adolfo Folloni per il decesso del padre;  
 alla D.ssa Raffaella Andresini per la perdita della madre;  
 alla famiglia e al Dott. Giovanni Loscalzo per il decesso del Dott. Domenico;  
 alla famiglia per il decesso del Dott. Piergiorgio Benedetti;  
 alla famiglia per il decesso del Dott. Antonio Frassinetti;  
 alla D.ssa Anna Maria Previdi per il decesso del padre.  
 Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Enrico Zanoli.