

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

*INSERTO CENTRALE STACCABILE:
DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO –
COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA*

*IL DISEASE MANAGEMENT NEL “PROGETTO DIABETE” DELLA PROVINCIA
DI MODENA (G. DAYA, M. BEVINI, G. FELTRI, D. NOVI, N. MAGRINI, C.A.
GOLDONI, M. BRUNETTI, M. M. DAGHIO, A. GUERZONI, A.V. CIARDULLO)*

L'INTERVISTA (M. PANTUSA)

UNA MORTE DIMENTICATA (D'AUTILIA)



Gentile Dottoressa, Egregio Dottore,

ha intenzione di comprare una casa o un appartamento, e sta cercando una banca cui appoggiarsi per accendere un mutuo?

Se questo e' quello di cui ha bisogno, siamo lieti d'informarLa che oggi al SanPaolo, grazie ad una specifica Convenzione stipulata con l'ENPAM e di recente ampliata, Le ha riservato gli interessanti e vantaggiosi mutui della Linea Domus a condizioni del tutto particolari.

Fra queste, potrà ad esempio contare su uno sconto superiore al 50% sulle spese di istruttoria, un tasso sul finanziamento decisamente agevolato, e ancora uno sconto sul compenso per l'eventuale estinzione anticipata del Suo mutuo.

Ad esempio le condizioni valide per il mese di GIUGNO 2004 sono:

DURATA MUTUO	DOMUS TASSO FISSO		ASSIDOMUS TASSO FISSO	
	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO
5 anni	3,58%	18,23	N.D.	N.D.
7 anni	4,61%	13,95	N.D.	N.D.
10 anni	5,03%	10,62	5,28%	10,74
12 anni	5,23%	9,36	N.D.	N.D.
15 anni	5,45%	8,14	5,70%	8,28
20 anni	5,89%	7,10	N.D.	N.D.

DURATA MUTUO	DOMUS TASSO VARIABILE		ASSIDOMUS TASSO VARIABILE	
	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO
5 anni	Euribor 3 m. + 0,90%	2,987%	N.D.	N.D.
7 anni	Euribor 3 m. + 0,90%	2,987%	N.D.	N.D.
10 anni	Euribor 3 m. + 0,95%	3,037%	Euribor 3 m. + 1,20%	3,287%
12 anni	Euribor 3 m. + 1,00%	3,087%	N.D.	N.D.
15 anni	Euribor 3 m. + 1,00%	3,087%	Euribor 3 m. + 1,25%	3,337%
20 anni	Euribor 3 m. + 1,10%	3,187%	Euribor 3 m. + 1,35%	3,437%
25 anni	Euribor 3 m. + 1,30%	3,387%	N.D.	N.D.

In più, grazie alla nostra esperienza di leader del settore, le formule di mutuo che Le offriamo sono davvero molte, e ciascuna e' stata studiata per venire incontro ad una Sua specifica esigenza.

Saremo quindi particolarmente lieti di riceverLa presso le nostre Filiali, per parlare dei mutui Domus e di tutti gli altri prodotti del SanPaolo. Non esiti quindi a contattarci, anche per fissare un appuntamento nell'orario a Lei più comodo.

Maggiori informazioni sono reperibili presso tutte le nostre filiali di Modena e provincia.

A presto, quindi, e con le nostre più vive cordialità.

SANPAOLO
Filiale di Modena

La concessione del mutuo è subordinata all'approvazione della Filiale SanPaolo, presso la quale sono a Sua disposizione i Fogli Informativi Analitici riportanti tutte le condizioni economiche praticate.



BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI MODENA

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

dr Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

dr Marco Baraldi

Consigliere Segretario

dr Michele Pantusa

Consigliere Tesoriere

dr Stefano Reggiani

Consiglieri

dr Antonino Addamo - dr Lodovico Arginelli
dr Luigi Bertani - dr Adriano Dallari
dr.ssa Azzurra Guerra - dr Giacinto Loconte
dr Beniamino Lo Monaco - dr Paolo Martone
prof Francesco Rivasi - dr Francesco Sala
dr.ssa Laura Scaltriti

Consiglieri Odontoiatri

dr Marco Fresa - dr Roberto Gozzi

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

dr Giovanni Bertoldi

Componenti:

dr Geminiano Bandiera

dr Roberto Olivi

Revisore dei conti supplente:

dr.ssa Silvia Bellei

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

dr Roberto Gozzi

Segretario

dr Vincenzo Malara

Componenti

dr Riccardo Cunsolo

dr Giancarlo Del Grosso

dr Marco Fresa

Direzione e Amministrazione:

Modena, p.le Boschetti, 3

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

Email: ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO

N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione:

dr A. Addamo - dr L. Arginelli

dr L. Bertani - dr A. Dallari

dr.ssa A. Guerra - dr P. Martone

dr R. Olivi - dr M. Pantusa - prof F. Rivasi

Collabora il prof G. Tedeschi

Realizzazione Editoriale:

Pol. Mucchi - Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

ATTIVITÀ DELL'ORDINE	4
DI PARTICOLARE INTERESSE	7
L'OPINIONE	13
.....
INSERTO STACCABILE CENTRALE:	
Dichiarazioni anticipate di trattamento – Comitato nazionale per la Bioetica (18 dicembre 2003)	15
.....
L'INTERVISTA	27
FEDERAZIONE NAZIONALE	30
ARTE E DINTORNI	31
CORSI CONVEGNI E CONGRESSI	33
TACCUINO	34

ULTIMISSIME!!!

Approvate dal Parlamento le modifiche al Codice della Privacy

- *medici di medicina generale e pediatri di libera scelta esonerati dall'obbligo di notifica;*
- *viene mantenuta la possibilità di chiamare i pazienti "nominalmente";*
- *la ricetta non è più criptata salvo esplicita richiesta dell'interessato;*
- *il termine del 30 settembre per la raccolta del consenso informato è abrogato.*

Foto di copertina:

Cerimonia per il 50° e 60° anno di laurea.

FERMA PRESA DI POSIZIONE DELL'ORDINE DI MODENA SULLA DELIBERA REGIONALE DELLE AUTORIZZAZIONI

IL PRESIDENTE RACCOGLIE LE ISTANZE DEI COLLEGGI E SCRIVE IN REGIONE

Prot. n. 1316

Modena, 13 maggio 2004

Al Presidente della Giunta Regionale
Regione Emilia-Romagna
Dott. VASCO ERRANI

All'Assessore alla Sanità
Regione Emilia-Romagna
Dott. GIOVANNI BISSONI

Al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali
Assessorato alla Sanità
Regione Emilia-Romagna
Dott. FRANCO ROSSI

e p.c. Al Coordinatore Commissione L.R. 34/98
Dipartimento di Salute Pubblica
AUSL Modena
Ing. PIETRO BALUGANI

Oggetto: DRG 327/04, termine di scadenza presentazione domanda di autorizzazione studi professionali soggetti ad autorizzazione all'esercizio.

In ordine alla Delibera Regionale 327 del 23 febbraio 2004, in riferimento al termine di scadenza del 21 agosto 2004 per la presentazione della domanda di autorizzazione da parte dei professionisti titolari di studi professionali:

- considerata la portata delle innovazioni contenute nella stessa
- tenuto conto che saranno interessati la quasi totalità degli studi professionali
- visto che la scadenza dei termini cade in un periodo estivo, in cui la maggioranza dei professionisti è in ferie ed alcuni uffici hanno una operatività ridotta e che tale adempimento si sovrappone temporalmente ad altri di carattere generale come la Legge sulla Privacy D.lgs 196/03
- considerato che la definizione di studio professionale soggetto ad autorizzazione è talmente estensiva da risultare generica ("Sono soggetti ad autorizzazione gli studi professionali utilizzati per procedure diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, ivi comprese le procedure di cui all'allegato n. 2 della delibera di Giunta Regionale n. 559/2000") e che pertanto sarebbe opportuno, al fine di non ingenerare situazioni di difficoltà, che gli organi regionali emanassero una nota esplicativa per identificare con certezza i professionisti interessati, a tutt'oggi non ancora pervenuta
- considerato inoltre che la mancanza della presentazione della domanda da parte di chi ne ha l'obbligo può comportare gravi conseguenze, anche penali, in quanto si configura un "esercizio professionale illegittimo"

l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena, facendosi interprete di centinaia di colleghi, riterrebbe opportuno alla luce delle suesposte considerazioni, chiedere alle SS/VV una proroga al termine prefissato del 21 agosto, spostandolo al 31 dicembre 2004, al fine di permettere necessarie chiarificazioni sulla normativa ed una conseguente capillare informazione dei soggetti interessati.

Distinti saluti

IL PRESIDENTE
Dott. N. D'Autilia

*La Delibera della Giunta regionale 327/04 è consultabile sul sito:
www.ordinemedicimodena.it alla sezione "La professione".*

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - 6 aprile 2004

Il giorno 6 aprile 2004 alle ore 12 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo. Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi, Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi, D.ssa Azzurra Guerra, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

Ordine del giorno:

1. variazioni albi professionali;
2. delibere amministrative (Reggiani);

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 6.4.04

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
FORTE	ANDREA	5831
Iscrizione per trasferimento con contemporanea iscrizione Albo Odontoiatri		
FERRARI	LAURO (Albo Odontoiatri N. 514)	5832
Cancellazione per trasferimento		
GOZZI	ENRICO	5199
Cancellazione		
PASQUINELLI	COSTANTINO	1129

ALBO ODONTOIATRI

Iscrizione per trasferimento con contemporanea iscrizione Albo Medici Chirurghi		N. Iscriz.
FERRARI	LAURO (Albo Medici Chirurghi N. 5832)	514

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - 19 aprile 2004

Il giorno 19 aprile 2004 alle ore 20,50 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo. Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi, Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

Ordine del giorno:

1. variazioni agli albi professionali;
2. accreditamento nazionale ECM corsi di lingue e informatica;
3. delibere amministrative;
4. pubblicità sanitaria;
5. varie ed eventuali.

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 19.4.04

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Cancellazione		N. Iscriz.
FIorentino	LEONARDO	5024
KOOMARI TABRIZI	MAGHSOOD	4909
MAGNONI	ILARIA	523

ALBO ODONTOIATRI

Cancellazione		N. Iscriz.
KOOMARI TABRIZI	MAGHSOOD	486

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - 10 maggio 2004

Il giorno 10 maggio 2004 alle ore 21 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi, Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Roberto Gozzi, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

Ordine del giorno:

1. approvazione verbali sedute di Consiglio del: 22.3.04 – 06.4.04 – 19.4.04;
2. variazioni albi professionali;
3. comunicazioni del Presidente;
4. autorizzazioni studi professionali (Addamo);
5. iniziativa Enpam a Modena in autunno (D'Autilia);
6. proposte per nuove iniziative editoriali (Pantusa, D'Autilia);
7. iniziativa dell'Ordine per le prossime elezioni amministrative (Esecutivo);
8. delibere amministrative (Reggiani);
9. delibere di pubblicità sanitaria;
10. varie ed eventuali.

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 10.5.04

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
HAFIZI	ELIDA	5833
Cancellazione		
ANDREOLI	MAURO	3052
COCLITE	WILLIAM FRANCESCO	5383

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

14 aprile 2004

Il giorno 14 aprile 2004 alle ore 21,20 presso la Sede di P.le Boschetti, 8 – Modena - si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: Dott. Riccardo Cunsolo, Dott. Giancarlo Del Grosso, Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi (Presidente), Dott. Vincenzo Malara (Segretario).

Ordine del giorno:

1. approvazione verbale seduta del 2.3.2004;
2. comunicazioni del Presidente;
3. autorizzazioni per gli ambulatori odontoiatrici;
4. ratifica definizione terne per esame di abilitazione alla professione di odontoiatra;
5. opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. varie ed eventuali.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI

19 aprile 2004

Il giorno 19 aprile 2004 alle ore 21 presso la Sede di P.le Boschetti, 8 – Modena - si è riunita la Commissione Albo Medici.

Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi, Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, D.ssa Azzurra Guerra, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

Ordine del giorno:

1. decisione nel procedimento disciplinare avverso il Dr. A.P.;
2. decisione nel procedimento disciplinare avverso il Dr. M.F.;
3. decisione nel procedimento disciplinare avverso il Dr. H.P.W.H.;
4. decisione nel procedimento disciplinare avverso il Dr. D.S.;
5. eventuale apertura procedimenti disciplinari;
6. opinamento eventuali parcelle sanitarie;
7. varie ed eventuali.

IL DISEASE MANAGEMENT NEL “PROGETTO DIABETE” DELLA PROVINCIA DI MODENA

MIGLIORAMENTO A LUNGO TERMINE DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE E DI ESITO CLINICO NELLA COORTE DI PAZIENTI DIABETICI TIPO 2 PRESI IN CARICO DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Ghassan Daya,¹ Massimo Bevini,^{1,4} Gaetano Feltri,^{1,4} Dorianò Novi,^{1,4} Nicola Magrini,² Carlo Alberto Goldoni,^{3,4} Massimo Brunetti,² Maria Monica Daghigh,^{2,4} Andrea Guerzoni,⁴ Anna Vittoria Ciardullo^{2,4}

¹ Medici di Medicina Generale; ² Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria – CeVEAS; ³ Dipartimento Salute Pubblica; ⁴ Commissione Provinciale “Progetto Diabete” – Azienda USL di Modena

Introduzione

La gestione integrata del diabete mellito è “una partecipazione congiunta dello Specialista diabetologo e del Medico di Medicina Generale (MMG) in un programma stabilito d'assistenza nei confronti dei pazienti con patologie croniche in cui lo scambio d'informazioni, che vanno oltre la normale routine, avviene da entrambe le parti e con il consenso informato del paziente”. In Italia sono ancora scarsi i dati sulla gestione integrata del diabete mellito, specialmente quelli di follow-up.

Dal 1998 l'Azienda USL di Modena ha implementato un programma condiviso di gestione integrata dei diabetici tipo 2 non scompensati, denominato “Progetto Diabete”, dotato di un sistema di monitoraggio per garantire l'appropriatezza e la sicurezza dell'assistenza.

La prevalenza di diabete nella nostra provincia è del 2,8-3,0% (16-18.000 diabetici su circa 630.000 residenti); circa un terzo di essi è seguito dal medico di medicina generale.

In questo lavoro abbiamo analizzato i dati raccolti dai MMG aderenti al “Progetto Diabete” allo scopo di: (a) fornire una descrizione del profilo epidemiologico - clinico dei pazienti diabetici presi in carico dai MMG della provincia di Modena; (b) valutare l'adesione dei MMG al protocollo di controlli periodici a cui devono essere sottoposti i pazienti diabetici da loro assistiti secondo l'accordo provinciale “Progetto Diabete” attraverso il monitoraggio degli “indicatori di performance”; (c) valutare la sicurezza e l'efficacia a lungo termine (follow-up a 5 anni) della gestione integrata dei pazienti diabetici tipo 2 da parte dei MMG aderenti al “Progetto Diabete” attraverso il monitoraggio degli “indicatori di esito clinico”.

Materiali e metodi

Per il monitoraggio degli indicatori del “Progetto Diabete”, è stato istituito un registro ad hoc in cui vengono archiviati i dati raccolti dai MMG. La “A” è la scheda raccolta dati che il MMG compila al momento della presa in carico del paziente diabetico e viene compilata una sola volta per ciascun paziente. La “B” è la scheda raccolta dati che il MMG compila una volta all'anno per ciascun paziente diabetico e serve sia per il monitoraggio dell'adesione del MMG al protocollo aziendale che per il monitoraggio del trattamento e delle complicanze nel tempo (follow-up) dei pazienti. Il numero di schede analizzate nel mese di gennaio del 2004 è stato complessivamente di 11319 *schede A* e 11319 *schede B*.

I dati relativi al follow-up (desunti dall'analisi delle *schede B*) vengono qui presentati in maniera differenziata anche per: (a) differenza *dopo-prima* per dati appaiati (cioè: valori *scheda B* meno valori *scheda A*) al fine di valutare i cambiamenti della malattia diabetica a livello individuale; (b) trends temporali negli anni solari al fine di monitorare i cambiamenti complessivi nel tempo degli indicatori di performance e degli *indicatori di esito clinico*.

L'analisi statistica per fornire i dati suddetti ha utilizzato (a) il test T di Student per dati appaiati per le variabili continue (età, peso, BMI, HbA1c) ed il test non parametrico di McNemar per dati appaiati per le variabili categoriche (tabelle di contingenza 2x2); (b) il test non parametrico di Cuzick e Altman, test per il trend lineare dei log-odds basati sullo score e relativa varianza per il calcolo dei trends temporali. Il livello di significatività statistica scelto è stato $P < 0.05$. Il numero totale di pazienti diabetici è di 5102. Tutti i dati sono presentati in maniera distinta per i pazienti “deambulanti” (n. 4298) e per quelli “non deambulanti” per qualsiasi causa (n. 804).

Risultati e discussione

Sono state valutate le caratteristiche basali e le variazioni – avvenute nei 5 anni di follow-up del “Progetto Diabete” (fino a dicembre 2003) – degli indicatori di performance e degli indicatori di esito clinico nei pazienti diabetici tipo 2 assistiti dai MMG aderenti al “Progetto Diabete” dell’Azienda USL di Modena. Hanno aderito al progetto 387 su 527 (74%) MMG dell’Azienda USL di Modena. Duecentocinquantesi di essi (89%) hanno inviato 11319 schede appaiate complete (scheda “A” all’atto della presa in carico + scheda “B” di monitoraggio annuale o di follow-up).

Nella tabella 1 sono riportate le caratteristiche dei pazienti ed i fattori di rischio cardiovascolare prevalenti al momento della presa in carico.

Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti e fattori di rischio cardiovascolari prevalenti al momento della presa in carico (media \pm DS)

Variabile	Diabetici Deambulanti (n. 4298)	Diabetici Non-Deambulanti (n. 804)	Significatività di P*
Età (anni)	66,9 \pm 11,2	77,2 \pm 11,1	<0.01
Sesso Maschile	50,6%	34,6%	<0.01
Sesso Femminile	49,4%	65,4%	<0.01
Peso corporeo (kg)	78,5 \pm 15,2	71,6 \pm 14,7	<0.01
Altezza (cm)	164,6 \pm 9,1	161,8 \pm 8,9	<0.01
Indice di Massa Corporea o BMI (kg/m ²)	28,9 \pm 5,0	27,3 \pm 4,9	<0.01
Durata del diabete (anni)	11,0 \pm 7,4	13,5 \pm 8,5	<0.02
Emoglobina glicosilata o HbA1c (%)	7,54 \pm 1,50	7,62 \pm 1,58	<0.01
Familiarità per Diabete	52,8%	46,5%	n.s.
Familiarità per Patologie Autoimmuni	2,1%	2,7%	n.s.
Prevalenza di Iperensione	60,9%	68,9%	n.s.
Prevalenza di Ipercolesterolemia	34,3%	26,4%	<0.02
Prevalenza di Ipertrigliceridemia	28,0%	22,7%	<0.02
Prevalenza di fumatori	15,3%	9,1%	n.s.

* confronto aggiustato per età tra pazienti diabetici “deambulanti” vs. “non-deambulanti”

Nella tabella 2 è riportata la prevalenza delle complicanze del diabete nei due gruppi al tempo zero.

Tabella 2. Prevalenza delle complicanze del diabete al momento della presa in carico

Variabile	Diabetici Deambulanti (n. 4298)	Diabetici Non-Deambulanti (n. 804)	Significatività di P*
Complicanze micro-vascolari (%):			
Nefropatia assente	87,4	72,2	<0.01
Microalbuminuria	10,2	19,4	<0.01
Proteinuria	1,1	3,6	<0.01
Insufficienza renale	1,3	4,7	<0.01
Retinopatia assente	89,5	75,9	<0.01
Retinopatia non-proliferante	8,5	18,1	<0.01
Retinopatia pre-proliferante	0,2	0,9	<0.01
Retinopatia proliferante	1,9	5,0	<0.01
Neuropatia periferica	6,7	21,0	<0.01
Piede diabetico	1,7	9,2	<0.01
Complicanze macro-vascolari (%):			
Angina pectoris	8,1	16,9	<0.05
Infarto miocardico	5,5	7,1	<0.05
Scompenso cardiaco cronico	3,4	18,9	<0.01
TIA/Ictus	6,8	30,8	<0.01
Claudicatio intermittens	4,7	14,6	<0.01

* confronto aggiustato per età tra pazienti diabetici “deambulanti” vs. “non-deambulanti”

In generale, il paziente preso in carico dai MMG dell'AUSL MODENA è tipicamente un diabetico di tipo 2 anziano, in sovrappeso, e con altri importanti fattori di rischio cardiovascolare (2 su 3 sono ipertesi e 1 su 2 è dislipidemico). Siffatte caratteristiche configurano il tipico paziente da sottoporre a prevenzione secondaria cardiovascolare. Tuttavia egli è ancora in buone condizioni generali per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, specialmente per quanto riguarda i pazienti "deambulanti": il 7% ha avuto un ictus/TIA, il 5,5% ha avuto un infarto, il 5% ha una arteriopatia periferica ed il 3% è scompensato. Anche le complicanze micro-vascolari sono contenute, specialmente nei pazienti "deambulanti": quasi 9 pazienti su 10 sono esenti da nefropatia e retinopatia, il 7% ha una diagnosi di neuropatia diabetica e solo il 2% un "piede diabetico".

Nella tabella 3 è riportato il profilo terapeutico per la cura del diabete al momento della presa in carico.

Terapia per il diabete	Diabetici Deambulanti (n. 4298)	Diabetici Non-Deambulanti (n. 804)	Significatività di P*
Solo dieta (%)	32.2	17.8	<0.01
Solo sulfaniluree (%)	30.4	33.8	<0.01
Sulfaniluree più biguanidi (%)	20.8	23.2	<0.05
Solo metformina (%)	4.6	3.4	<0.05
Solo insulina (%)	0.2	7.4	<0.01
Insulina più ipoglicemizzanti orali (%)	0.3	4.3	<0.01
Nuovi ipoglicemizzanti orali da soli (%)	3.3	3.0	n.s.
Sulfaniluree più nuovi ipo-orali (%)	0.3	0.3	n.s.
Biguanidi più nuovi ipo-orali (%)	0.06	0.05	n.s.

* confronto aggiustato per età tra pazienti diabetici "deambulanti" vs. "non-deambulanti"

In generale, al momento della presa in carico i MMG hanno trovato un profilo prescrittivo fortemente orientato verso l'utilizzo delle sulfaniluree e delle associazioni sulfaniluree+biguanidi; mentre l'utilizzo della metformina da sola è molto basso.

Quest'ultimo dato merita una approfondita riflessione e revisione. Il motivo principale sta nei risultati emersi dallo studio UKPDS, trial clinico randomizzato in diabetici di tipo 2 con un follow-up molto lungo che consente di fare migliori scelte terapeutiche supportate da solide e per certi versi inattese prove di efficacia. L'importanza di questo studio è paragonabile a quella avuta dallo studio DCCT per il diabete tipo 1 che ne ha rivoluzionato l'approccio terapeutico spostando l'attenzione dalla mera riduzione della glicemia attuale (end point surrogato) alla diminuzione delle importanti complicanze micro- e macro-vascolari e della mortalità (end point rilevanti, hard). In estrema sintesi, bisognerebbe favorire l'uso della metformina nei diabetici in sovrappeso (come sono i pazienti della nostra coorte e come è raccomandato dalle linee guida nazionali ed internazionali) che, sola, ha mostrato una riduzione significativa della mortalità totale e della mortalità legata al diabete nonché la riduzione dell'infarto miocardico.

Dati dubbi, invece, sono emersi sugli effetti dell'associazione di sulfaniluree e biguanidi in questi pazienti. Anche il profilo prescrittivo dei pazienti "non-deambulanti" pone qualche riflessione. Appare molto bassa la percentuale di pazienti in trattamento insulinico.

Ciò è in controtendenza con quanto raccomandato dalle linee guida nazionali ed internazionali e con le prove di efficacia fornite dallo studio DCCT. Anche in questi pazienti il profilo prescrittivo è dominato dalle sulfaniluree e dall'associazione sulfaniluree+biguanidi. Questi pazienti, già portatori di disabilità maggiori, presentano anche le complicanze diabetiche sia micro-vascolari (circa 1 su 4-5) che macro-vascolari (ad es. 1 su 3 ha avuto un ictus/TIA e 1 su 5 è scompensato).

I pazienti diabetici appropriatamente trattati con sola dieta sono gli unici ad avere un livello ottimale (secondo le linee-guida internazionali) di HbA1c <7%. Questi pazienti, a parità di fattori di rischio, presentano anche un numero inferiore di complicanze microangiopatiche e cardiovascolari.

Al follow-up, gli indicatori di esito clinico "individuali" (cioè appaiati per lo stesso paziente *prima-dopo*) hanno mostrato che il controllo glico-metabolico è migliorato nei due gruppi (tabella 4.a e 4.b). Infatti, i livelli ematici di HbA1c si sono ridotti significativamente del 4% nei pazienti "deambulanti" e del 5% in quelli "non-deambulanti". Si sono significativamente ridotti anche il peso corporeo ed il BMI. Il controllo glicemico è complessivamente e significativamente migliorato anche nei dati cumulativi per anno solare che testimoniano dell'andamento complessivo del progetto (time-trends riportati in tabella 5.a e 5.b).

Tabella 4.a. Variazioni degli indicatori di esito clinico a lungo-termine nel paziente individuale (dati appaiati dopo-meno-prima). Diabetici Deambulanti (media±DS) (n. 4298)

Variabile	Prima	Dopo	Differenza <i>dopo-meno-prima</i> (dati appaiati) Delta (95% CI)
HbA1c (%)	7,53±1,50	7,24±1,60	-0,29 (-0,34 to -0,25)
Peso corporeo (kg)	78,6±15,3	77,7±14,6	-0,93 (-1,07 to -0,79)
BMI (kg/m ²)	29,0±5,0	28,5±4,8	-0,45 (-0,51 to -0,39)

Tempo medio di follow-up 4,4±1,0 anni (range da 0,9 a 5,6 anni)

Tabella 4.b. Diabetici Non-Deambulanti (media±DS, n. 804)

Variabile	Prima	Dopo	Differenza <i>dopo-meno-prima</i> (dati appaiati) Delta (95% CI)
HbA1c (%)	7,60±1,55	7,22±2,44	-0,38 (-0,55 to -0,21)
Peso corporeo (kg)	71,8±14,8	70,3±14,9	-1,55 (-1,95 to -1,16)
BMI (kg/m ²)	27,4±4,9	26,7±5,0	-0,71 (-0,87 to -0,55)

Tempo medio di follow-up 4,5±0,9 anni (range da 0,9 a 5,5 anni)

Tabella 5.a. Trends temporali degli indicatori di esito clinico. Diabetici Deambulanti (n. 4298)

Indicatori di esito clinico	Inizio del Progetto Diabete	1° anno di follow-up (media±DS)	2° anno di follow-up (media±DS)	3° anno di follow-up (media±DS)	4° anno di follow-up (media±DS)	5° anno di follow-up (media±DS)	Significatività di P per il trend
HbA1c (%)	7,53±1,50	7,39±1,27	7,19±1,70	7,34±3,68	7,07±1,17	7,02±1,20	<0,01
Percentuale di persone con HbA1c<6,5%	9,2%	7,9%	10,2%	10,7%	8,8%	7,1%	n.s.
Peso corporeo (kg)	78,6±15,3	77,3±14,5	77,2±14,1	77,9±15,1	79,2±15,4	79,7±15,3	n.s.
BMI (kg/m ²)	29,0±5,0	28,5±4,7	28,4±4,7	28,4±4,9	29,1±4,9	28,9±4,9	n.s.

Tabella 5.b. Trends temporali degli indicatori di esito clinico. Diabetici Non-Deambulanti (n. 804)

Indicatori di esito clinico	Inizio del Progetto Diabete	1° anno di follow-up (media±DS)	2° anno di follow-up (media±DS)	3° anno di follow-up (media±DS)	4° anno di follow-up (media±DS)	5° anno di follow-up (media±DS)	Significatività di P per il trend
HbA1c (%)	7,60±1,55	7,28±1,17	7,26±3,17	7,24±1,14	7,21±1,35	6,98±1,06	<0,05
Percentuale di persone con HbA1c<6,5%	16,1%	7,0%	11,4%	7,5%	6,4%	14,1%	n.s.
Peso corporeo (kg)	71,8±14,8	70,8±15,6	70,9±14,6	68,8±13,1	67,5±13,7	64,4±13,3	<0,01
BMI (kg/m ²)	27,4±4,9	26,9±5,3	26,5±5,0	26,5±4,5	25,8±4,5	25,4±4,7	<0,01

* N.B. I valori della tabella sono i dati cumulativi per anno solare, mentre i valori riportati nelle tabelle 4.a e 4.b sono i dati individuali appaiati dopo-meno-prima.

I dati annuali di follow-up mostrano un significativo e progressivo miglioramento degli indicatori di aderenza degli MMG al protocollo aziendale nei 5 anni di osservazione (“indicatori di performance” calcolati come rapporto percentuale tra il numero di controlli annuali effettuati e quelli attesi) (tabella 6). Per una corretta interpretazione di questi indicatori, tuttavia, va considerato che c’è una differenza quantitativa “temporale” tra le schede A e B, e cioè: tutte le schede B di follow-up vengono compilate dai MMG ad almeno 6 mesi di distanza dalla presa in carico dei pazienti; è questo il motivo per cui in una analisi fatta in qualunque momento di un anno solare ci si troverà sempre con una sottostima degli indicatori di performance (specialmente per il fondo oculare e l’ecg la cui effettuazione è attesa 1 volta l’anno) dovuta allo *shift* nella raccolta dati.

Tabella 6. Trends temporali degli indicatori di performance (n. 5102)						
Indicatori di performance	1° anno di follow-up (%)	2° anno di follow-up (%)	3° anno di follow-up (%)	4° anno di follow-up (%)	5° anno di follow-up (%)	Significatività di P per il trend
Numero di glicemie (3 o più per anno)	84,1	82,4	83,4	81,2	72,2	<0,01
Numero di HbA1c (2 o più per anno)	87,6	89,7	92,2	93,1	91,8	<0,01
Numero di fondi oculari (1 o più per anno)	74,2	76,5	81,1	79,8	74,5	<0,01
Numero di ECG (1 o più per anno)	79,6	82,9	83,4	82,4	80,3	<0,01

In conclusione, gli indicatori di monitoraggio del Progetto Diabete della Azienda USL di Modena, vale a dire gli indicatori di performance e gli indicatori di esito clinico relativi ai pazienti diabetici tipo 2 assistiti dai medici di medicina generale aderenti al programma aziendale di gestione integrata del diabete mellito, sono progressivamente e significativamente migliorati nel periodo quinquennale di follow-up considerato.

Ringraziamenti:

Si ringraziano tutti i pazienti diabetici ed i medici di medicina generale che partecipano al “Progetto Diabete”. Il presente lavoro è finanziato dalla Azienda USL di Modena.

Bibliografia disponibile presso gli autori.

Per saperne di più: g.day@libero.it



VILLA BERTANI S.P.A. CENTRO RESIDENZIALE PER LA TERZA ETÀ



La Direzione e gli operatori
garantiscono un servizio di alta qualità in una villa seicentesca
contornata da un ampio e verde parco.
Sono possibili soggiorni anche temporanei
per pazienti autosufficienti e non, per consentire ai famigliari
attimi di recupero e momenti di vacanza.



Villa Bertani,
un servizio per l'anziano
e la sua famiglia.
Attenzione e professionalità,
assistenza e cura
anche nella relazione
e nel rispetto della persona
in un ambiente
di elevato livello,
moderno e confortevole.

Per informazioni: tel. 0522/698313 - 0522/698171

Via Stradone, 27
San Martino in Rio (Località Stiolo)
Reggio Emilia
Internet: www.villabertani.it



- FOTOCOMPOSIZIONE E IMPAGINAZIONE
- RIPRODUZIONI BIANCO/NERO E COLORI
- SERVICE DA PERSONAL COMPUTER SU PIATTAFORMA WINDOWS
- E SELEZIONI DA QUALSIASI PROGRAMMA OFFICE IN QUADRICROMIA
- CORREZIONI CROMATICHE
- FOTORITOCCHI
- SERVICE DA MACINTOSH
- IMPOSIZIONE MACCHINA
- PROGETTAZIONE GRAFICA

41100 MODENA - Via S. Allende, 69
Tel. 059/260565 - Fax 059/260568 E-mail: cpfgrafica@tin.it

Salvatore Scandurra se n'è andato il 17 marzo di quest'anno. Si è suicidato nella sua casa di Bologna. Chi lo ha conosciuto, ed io sono stato fra questi, lo ricorda come un medico preparato ed attento, sempre impegnato nei processi di valorizzazione della professionalità nel campo della medicina generale. Se n'è andato in silenzio, dopo che il Giudice aveva rinviato ancora una volta l'udienza nella quale i suoi legali avevano chiesto il rito abbreviato per discutere il suo caso.

La vicenda è nota a tutti: nell'agosto del 2001 una sua paziente di 84 anni, in terapia con cerivastatina (assunta per soli dieci giorni) e gemfibrozil per iperlipidemia, decedette e fu l'inizio di un calvario che si è concluso tre anni dopo in un'anonima giornata di primavera.

L'accusa con la quale Scandurra fu rinviato a giudizio fu di omicidio colposo. Poche settimane più tardi il farmaco venne ritirato dal commercio ed iniziò una campagna mediatica che cercò di coinvolgere medici (di famiglia in particolare) e industria farmaceutica in un lugubre festival delle responsabilità che un bel giorno finì così come era iniziato. Rimase il peso del procedimento penale a carico di Scandurra e quel peso il nostro collega se l'è portato sulle spalle per tre anni. Tre anni di angoscia e di solitudine con la riduzione progressiva del suo impegno professionale. I suoi legali hanno dichiarato che egli "viveva questa situazione con una profonda lacerazione, sia professionale che caratteriale". Difficile non credere loro. Quando un medico di famiglia costruisce giorno per

giorno la propria credibilità professionale sulla preparazione scientifica, sul rapporto medico-paziente, sulla continuità di quel rapporto che trova le sue fondamenta nella fiducia, e poi accade un avvenimento come quello occorso a Salvatore Scandurra non c'è da meravigliarsi che vengano meno tutte le certezze acquisite e si entri in una fase di instabilità reattiva della quale è francamente difficile ipotizzare i contorni. Siamo tutti fragili come Salvatore, professionalmente e umanamente. Ricordiamocelo. Non c'è foglietto illustrativo di farmaco o corso di aggiornamento che possa sopperire alle infinite possibilità di cadere in errore, quello professionale naturalmente. Siamo giorno dopo giorno esposti al rischio di sbagliare. Ed è sacrosanto che la Giustizia intervenga. Ma la vicenda del dottor Scandurra ci deve far riflettere sulla necessità che casi come questo siano oggetto di approfondimento per tutti noi: medici, pazienti, mass media, industria farmaceutica, aziende sanitarie. Continuiamo infatti a coltivare un vizio vecchio come il mondo, quello di archiviare quello che ci è scomodo ricordare, come se fosse successo qualcosa che ha riguardato altri e non noi. Un suicidio provoca disagio e non sta bene parlarne; meglio mettere tutto in un cassetto, magari di quelli che nella scrivania sono un pò più scomodi, in basso.

Salvatore Scandurra aveva una faccia di quelle che si definiscono buone, ed era un gran bravo medico, di famiglia.

Il presidente dell'Ordine



**POLIGRAFICO
MUCCHI**

41100 MODENA - Via Emilia Est, 1525

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

SASSUOLOASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Noi Vi assistiamo a casa e in strutture ospedaliere

A Modena e Sassuolo

SERVIZI DI ASSISTENZA

personalizzata per: anziani; handicappati; malati;
disabili e persone non autosufficienti



I nostri servizi di
**SOSTEGNO A DOMICILIO
E IN STRUTTURE
OSPEDALIERE**

possono essere:
saltuari; continuativi; part-time;
giornalieri/notturni;
fine settimana



*Ad integrazione dei nostri servizi, sono disponibili
prestazioni di parrucchiere e pedicùre a domicilio,
acquisto di generi alimentari ed altro*

- CHIAMATECI -

MODENASSISTENZA

059-22.11.22

Via Ciro Menotti, 43
Modena

SASSUOLOASSISTENZA

0536-81.25.79

Via XXIII Aprile, 4 (ang. Ciro Menotti)
Sassuolo

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

18 DICEMBRE 2003

SOMMARIO

1. Premessa
2. Testi di riferimento
3. Le dichiarazioni anticipate alla luce dell'art. 9 della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina
4. Astrattezza e ambiguità delle dichiarazioni anticipate
5. Il fiduciario
6. I contenuti delle dichiarazioni anticipate
7. Affidabilità delle dichiarazioni anticipate
8. Vincolatività delle dichiarazioni anticipate
9. Come implementare le dichiarazioni anticipate
10. Raccomandazioni bioetiche conclusive

1. Premessa

Oggetto di questo documento sono le Dichiarazioni anticipate di trattamento, è un tema la cui rilevanza è andata costantemente crescendo negli ultimi anni e che, nella letteratura bioetica nazionale e internazionale, viene per lo più indicato con l'espressione inglese *living will*, variamente tradotta con differenti espressioni quali: testamento biologico, testamento di vita, direttive anticipate, volontà previe di trattamento ecc. Tali diverse denominazioni fanno riferimento, in una prima approssimazione, a un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato. Di questi documenti si discutono in letteratura le diverse possibili tipologie (alcune delle quali hanno ottenuto in alcuni paesi un riconoscimento giuridico).

Per far acquisire rilievo pubblico (anche se non necessariamente legale) a questi documenti viene richiesto che essi siano redatti per iscritto, che non possa sorgere alcun dubbio sulla identità e sulla capacità di chi li sottoscrive, sulla loro autenticità documentale e sulla data della sottoscrizione e che siano eventualmente controfirmati da un medico, che garantisca di aver adeguatamente informato il sottoscrittore in merito alle possibili conseguenze delle decisioni da lui assunte nel documento. E' auspicabile che il sottoscrittore indichi una scadenza temporale per la conferma e/o il rinnovo della sua Dichiarazione, fermo restando il diritto di revocare o parzialmente cambiare le sue disposizioni in qualsiasi momento. E' inoltre da ritenere che spetti esclusivamente alla decisione di chi compila tali documenti stabilire le modalità della loro conservazione, il numero di copie autentiche da produrre e l'individuazione dei soggetti ai quali affidarli per la custodia e per la loro eventuale esibizione e utilizzazione. E' opportuno che il legislatore predisponga, per coloro che lo richiedano, una procedura di deposito e/o registrazione presso un'istituzione pubblica delle dichiarazioni anticipate. Si ritiene altresì opportuno che i sottoscrittori stabiliscano, ove tali documenti vengano poi effettivamente utilizzati nei loro confronti, se il loro contenuto possa essere reso di dominio pubblico.

2. Testi di riferimento

Il CNB non ha in precedenza dedicato al tema delle dichiarazioni anticipate uno specifico documento.

Tuttavia, utili riferimenti a questo tema sono contenuti in precedenti documenti del Comitato dedicati a tematiche connesse, come ad es. nel documento *Informazione e consenso all'atto medico*. Particolarmente rilevante però è la trattazione contenuta nel terzo capitolo del documento "Questioni bioetiche sulla fine della vita umana", approvato dal CNB il 14 luglio 1995: questa trattazione verrà richiamata nel contesto dei prossimi paragrafi, anche al fine di individuare i punti sui quali il presente documento intende ulteriormente soffermarsi, anche alla luce della più recente riflessione bioetica e di rilevanti novità biogiuridiche. Tra queste va innanzi tutto segnalata la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, da cui emerge come il consenso libero e informato del paziente all'atto medico non debba più essere visto soltanto come un requisito di liceità del trattamento, ma vada considerato prima di tutto alla stregua di un vero e proprio diritto fondamentale del cittadino europeo, afferente al più generale diritto all'integrità della persona (titolo I. Dignità, art. 3. Diritto all'integrità personale). In modo più specificamente attinente al tema in esame, va altresì ricordata che è stata deliberata dal Parlamento Italiano la ratifica della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (L. 28 marzo 2001, n. 145), già firmata a Oviedo il 4 aprile 1997. Ribadendo la centralità della tutela della dignità e identità della persona, la Convenzione attribuisce, all'art. 9, particolare rilievo ai desideri precedentemente espressi dal paziente, stabilendo che essi saranno presi in considerazione⁽¹⁾. Si osservi, inoltre, che prima ancora dell'approvazione della legge di ratifica della Convenzione, il principio dell'art. 9 era già stato accolto, nel 1998, dal Codice di deontologia medica italiano, che all'art. 34, sotto la rubrica *Autonomia del cittadino*, dispone: "Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell'indipendenza professionale, alla volontà di curarsi liberamente espressa dalla persona.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso". Si tenga anche conto che il medesimo codice deontologico afferma all'art. 36 che "il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare o favorire trattamenti diretti a provocarne la morte" e all'art. 35 abilita il medico a intervenire con l'assistenza e le cure indispensabili in condizioni di urgenza e in caso di pericolo di vita ("Allorché sussistano condizioni di urgenza e in caso di pericolo per la vita di una persona, che non possa esprimere al momento volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure indispensabili").

Ne consegue che per la FNOMCeO le precedenti manifestazioni di volontà del paziente andranno contestualizzate nel singolo caso.

3. Le dichiarazioni anticipate alla luce dell'art. 9 della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina

Lo sfondo culturale che rende non più rinviabile una approfondita riflessione, non solo bioetica, ma anche biogiuridica, sulle dichiarazioni anticipate è, quindi, rappresentato dall'esigenza di dare piena e coerente attuazione allo spirito della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, garantendo la massima tutela possibile alla dignità e integrità della persona in tutte quelle situazioni in cui le accresciute possibilità aperte dall'evoluzione della medicina potrebbero ingenerare dubbi, non solo scientifici, ma soprattutto etici, sul tipo di trattamento sanitario da porre in essere in presenza di affidabili dichiarazioni di volontà formulate dal paziente prima di perdere la capacità naturale. Anche nell'intento di rispettare il più fedelmente possibile il dettato normativo della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, il CNB decide di adottare nel presente documento l'espressione *dichiarazioni anticipate di trattamento*, per indicare le varie forme di autodeterminazione che possono essere ricondotte ad un atto compatibile con il modello etico e giuridico espresso dall'art. 9 della Convenzione.

Come già in precedenza affermato dal CNB, la "più ampia partecipazione dei cittadini nelle decisioni che li riguardano" si applica a tutto l'arco del processo di cura ed è particolarmente richiesta quando il soggetto potrebbe essere privato delle facoltà cognitive e della stessa coscienza, trovandosi così a dipendere interamente dalla volontà di altri. Queste situazioni appaiono particolarmente drammatiche quando l'intervento potrebbe mettere in discussione la vita o la qualità della vita. Le dichiarazioni anticipate di trattamento tendono a favorire una socializzazione dei momenti più drammatici dell'esistenza e ad evitare che l'eventuale incapacità del malato possa indurre i medici a considerarlo, magari inconsape-

⁽¹⁾ The previously expressed wishes relating to a medical intervention by a patient who is not, at the time of the intervention, in a state to express his or her wishes shall be taken into account. Nella versione francese: Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte.

volmente e contro le loro migliori intenzioni, non più come una persona, con la quale concordare il programma terapeutico ottimale, ma soltanto come un corpo, da sottoporre ad anonimo trattamento. A tal fine è opportuno fornire ai medici, al personale sanitario e ai familiari elementi conoscitivi che li aiutino a prendere decisioni che siano compatibilmente in sintonia con la volontà e le preferenze della persona da curare. Si può dunque ben dire – come già osservava il CNB nel documento sopra ricordato sulla Fine della vita umana - che le varie forme di dichiarazioni anticipate “si iscrivono in un positivo processo di adeguamento della nostra concezione dell’atto medico ai principi di autonomia decisionale del paziente”.

In realtà, le dichiarazioni non possono essere intese soltanto come un’estensione della cultura che ha introdotto, nel rapporto medico-paziente, il modello del consenso informato, ma hanno anche il compito, molto più delicato e complesso, di rendere ancora possibile un rapporto personale tra il medico e il paziente proprio in quelle situazioni estreme in cui non sembra poter sussistere alcun legame tra la solitudine di chi non può esprimersi e la solitudine di chi deve decidere. La finalità fondamentale delle dichiarazioni è, quindi, quella di fornire uno strumento per recuperare al meglio, nelle situazioni di incapacità decisionale, il ruolo che ordinariamente viene svolto dal dialogo informato del paziente col medico e che porta il primo, attraverso il processo avente per esito l’espressione del consenso (o del dissenso), a rendere edotto il medico di ogni elemento giudicato significativo al fine di far valere i diritti connessi alla tutela della salute e, più in generale, del bene integrale della persona. E’ come se, grazie alle dichiarazioni anticipate, il dialogo tra medico e paziente idealmente continuasse anche quando il paziente non possa più prendervi consapevolmente parte.

Nell’affermare questo, il CNB intende anche sottolineare, da un lato, che le dichiarazioni anticipate assegnano al medico e al personale sanitario un compito valutativo reso assai complesso dall’impossibilità materiale di interazione col paziente, un compito, tuttavia, che ne esalta l’autonomia professionale (ma anche la dimensione umanistica); e, dall’altro, che le dichiarazioni anticipate non devono in alcun modo essere intese come una pratica che possa indurre o facilitare logiche di abbandono terapeutico, neppure in modo indiretto: infatti, le indicazioni fornite dal paziente, anche quando espresse (come è in parte inevitabile) in forma generale e standardizzata, non possono mai essere applicate burocraticamente e ottusamente, ma chiedono sempre di essere calate nella realtà specifica del singolo paziente e della sua effettiva situazione clinica.

Per concludere sul punto, dunque, si può ben affermare che, pur essendo numerosi e complessi i problemi bioetici sollevati dalle dichiarazioni anticipate, sul piano etico non esistono radicali obiezioni di principio nei loro confronti, anche se differenti possono essere le motivazioni e gli argomenti che le differenti teorie etiche formulano a sostegno delle proprie posizioni. La letteratura successiva al 1995 non ha portato novità rilevanti su questo punto e il CNB è concorde nel confermare l’attualità del giudizio da esso formulato nel già ricordato documento del 1995.

A fronte di questo consenso di principio, possono però, come si è appena accennato, essere avanzati vari dubbi e varie riserve in ordine alla struttura e alle modalità di attuazione delle dichiarazioni anticipate, che finiscono per assumere inevitabilmente una rilevante, ma anche differenziata, incidenza etica. Senza pretendere di esaurire l’ampia gamma di problematiche che sono emerse in un dibattito ormai più che trentennale, in questo documento ci si soffermerà su quattro temi la cui analisi appare imprescindibile al fine della introduzione di una prassi accettabile. Questi quattro temi possono essere così riassunti:

- A) Come evitare il carattere “astratto” delle dichiarazioni anticipate e le inevitabili “ambiguità” dovute al linguaggio con cui vengono formulate, in specie quando il paziente non si faccia assistere, nella loro redazione, da un medico o da altro soggetto dotato di specifica competenza?
- B) Quali indicazioni operative possono essere contenute in questi documenti?
- C) Quale affidabilità può riconoscersi a tali documenti? Quale vincolatività devono possedere per il medico dal punto di vista deontologico e giuridico?
- D) A quali strumenti è opportuno ricorrere per implementare, qualora ciò appaia desiderabile, le dichiarazioni anticipate?

4. Astrattezza e ambiguità delle dichiarazioni anticipate

Uno dei rilievi più frequentemente mossi alle dichiarazioni anticipate, o a documenti consimili, riguarda l’astrattezza di cui questi documenti inevitabilmente soffrirebbero, un’astrattezza e genericità dovuta

alla distanza, psicologica e temporale, tra la condizione in cui la dichiarazione viene redatta e la situazione reale di malattia in cui essa dovrebbe essere applicata. Questo rilievo ha maggior ragione d'essere quando si osservi che c'è un senso in cui sarebbe persino augurabile che la redazione delle dichiarazioni anticipate avvenga nel tempo in cui la persona è non solo nel pieno possesso delle sue facoltà decisionali, ma anche in buona salute, al riparo dallo stress provocato dall'insorgere della malattia e/o dall'ammissione in ospedale. In tal modo, infatti, la stessa decisione di redigere (o di rinunciare a redigere) le dichiarazioni anticipate – ovviamente non pensate come un mero atto burocratico – può diventare momento importante di riflessione sui propri valori, la propria concezione della vita e sul significato della morte come segno dell'umana finitezza, contribuendo così ad evitare quella “rimozione della morte”, che molti stigmatizzano come uno dei tratti negativi della nostra epoca e della nostra cultura.

Comunque, anche se, come è ovvio, non è possibile stabilire in astratto quale sia il momento più appropriato per redigere le dichiarazioni anticipate, le preoccupazioni per l'astrattezza dovuta alla distanza di tempo e di situazioni possono essere mitigate dalla previsione che la persona può in ogni momento revocare le sue precedenti volontà, o modificarle in riferimento agli eventuali mutamenti nella percezione della propria condizione esistenziale determinati dall'esperienza concreta della malattia. In quest'ultimo caso – e anche indipendentemente da precedenti redazioni – le dichiarazioni anticipate possono utilmente assumere la forma nota come “pianificazione sanitaria anticipata” (advanced health care planning) o “pianificazione anticipata delle cure”.

E' fuor di dubbio che molti ardui problemi decisionali di terapia e di trattamento possono essere, se non risolti, almeno attenuati da questo tipo di documenti, qualora vengano formulati nell'attualità delle prime fasi della malattia e trovino specifica applicazione soprattutto in relazione a particolari patologie a lenta evoluzione (AIDS, morbo di Alzheimer, malattie tumorali), il cui decorso tipico è sufficientemente conosciuto e per le quali, in base alle correnti conoscenze mediche, esistono diverse opzioni diagnostico-terapeutiche, nessuna delle quali prevalente in assoluto su altre, ma ciascuna caratterizzata da particolari benefici riconnessi con particolari oneri e tale quindi da esigere una valutazione di complessivo bilanciamento, che non può non spettare, almeno prima facie, se non al paziente stesso.

E' evidente che per quanto una redazione meditata e consapevole delle dichiarazioni anticipate possa ridurne in modo significativo il carattere astratto, è comunque da escludere che questa astrattezza possa essere del tutto evitata.

E' questo già un primo e decisivo argomento (ma non certo l'unico) contro una rigida vincolatività delle dichiarazioni anticipate, che, anche se redatte con estremo scrupolo, potrebbero rivelarsi non calibrate sulla situazione esistenziale reale nella quale il paziente potrebbe venire a trovarsi.

5. Il fiduciario

Un ulteriore rilievo spesso avanzato nel dibattito sulle dichiarazioni anticipate riguarda il loro linguaggio e la loro competenza. Poiché, si osserva, resta assai difficile per il paziente definire in maniera corretta le situazioni cliniche in riferimento alle quali intende fornire le dichiarazioni, questa situazione può essere fonte di ambiguità nelle indicazioni e, quindi, di dubbi nel momento della loro applicazione. Questo rilievo tocca un problema particolarmente spinoso e, se venisse portato all'estremo – se cioè lo si utilizzasse nel senso di ritenere che l'accettabilità delle dichiarazioni anticipate debba dipendere da una loro assoluta precisione di linguaggio o da una assoluta capacità in chi le formuli di prevedere i dettagli delle situazioni di riferimento - toglierebbe già di per sé ogni valenza bioetica e soprattutto pratica alle dichiarazioni: ma sarebbe questa una conclusione eccessivamente drastica, che se venisse, per analogia, applicata ai grandi temi bioetici dell'informazione e del consenso, potrebbe svuotarli completamente di senso. Nessuno, peraltro, dovrebbe dimenticare l'antico avvertimento aristotelico, secondo cui non si dovrebbe mai esigere un grado di precisione maggiore di quello consentito dalla materia.

Altro grave problema, molto affine, ma non coincidente col precedente, è quello della concreta configurazione che a seguito dell'osservanza delle dichiarazioni acquisterebbe la decisione terapeutica del medico. Se tale decisione dovesse consistere in una fredda e formale adesione integrale alla lettera di quanto espresso nelle dichiarazioni, si verrebbe a determinare un automatismo che, anche in quanto non dialogico, finirebbe per indebolire, se non vanificare, il valore non solo etico, ma anche medicoterapeutico, della prassi medica e per potenziarne il carattere burocratico.

La strategia individuata per risolvere queste difficoltà è stata quella della nomina da parte dell'estensore delle dichiarazioni di un curatore o fiduciario. Questa figura è presente in molti dei modelli di dichiarazioni anticipate proposti in Italia e all'estero, alcuni dei quali già hanno ottenuto riconoscimento legale in diversi Stati. In particolare negli Stati Uniti, la direttiva di delega (Durable power of attorney for health care nello Stato della California; Health care representative nello Stato dell'Oregon; Patient advocate for health care nello Stato del Michigan) costituisce la struttura portante di questi documenti, mentre le dichiarazioni vere e proprie vengono formulate sotto forma di limiti posti dal paziente all'azione del suo delegato.

I compiti attribuibili al fiduciario possono essere molteplici, ma tutti riconducibili a quello generalissimo di operare, sempre e solo secondo le legittime intenzioni esplicitate dal paziente nelle sue dichiarazioni anticipate, per farne conoscere e realizzare la volontà e i desideri; a lui il medico dovrebbe comunicare le strategie terapeutiche che intendesse adottare nei confronti del malato, mostrandone la compatibilità con le sue dichiarazioni anticipate di quest'ultimo o – se questo fosse il caso - giustificando adeguatamente le ragioni per le quali egli ritenesse doveroso (e non semplicemente opportuno) discostarsi da esse. Tra i principali compiti del fiduciario va posto altresì quello di vigilare contro la concretissima possibilità di abbandono del paziente, soprattutto terminale, da parte dei medici e della struttura sanitaria di accoglienza e questo – evidentemente - in modo indipendente dal fatto che di abbandono si faccia esplicitamente menzione nelle dichiarazioni. In questo quadro, la figura del fiduciario appare ben più ricca di quella del power of attorney e assai vicina al ruolo che spesso già svolgono, o dovrebbero svolgere, in queste situazioni, i familiari, con la differenza essenziale, rispetto a costoro, di possedere – in virtù dell'esplicito mandato contenuto nelle dichiarazioni anticipate - un pieno e compiuto diritto-dovere ad essere punto di riferimento del medico nelle sue pratiche terapeutiche a carico del paziente. In sintesi, spetterebbe al fiduciario il compito di tutelare a tutto tondo la persona del paziente (a partire dalle dichiarazioni da questo formulate) prima ancora che quello di vigilare per la corretta e formale esecuzione dell'atto in cui le dichiarazioni trovino incarnazione (ma naturalmente non dovrebbe esistere alcuna difficoltà di principio a far convergere l'uno e l'altro impegno).

E' indubbio che la figura del fiduciario crei sottili problemi, che è doveroso evidenziare. Essa appare, in prima battuta, modellata sul paradigma normativo che regola attualmente la protezione dei diritti e degli interessi del maggiorenne incapace. Tale riferimento è però largamente insoddisfacente ed inadeguato, poiché le misure di protezione (l'interdizione e l'inabilitazione e la successiva nomina di un tutore) previste dall'ordinamento per i maggiorenni incapaci rispecchiano una linea culturale più attenta alla cura del patrimonio e più funzionale agli interessi dei familiari o dei terzi che ai diritti e ai bisogni (non soltanto patrimoniali) della stessa persona incapace. Ciò spiega l'insistenza di chi sostiene che sia assolutamente necessaria una legge, per introdurre nel nostro ordinamento la figura del fiduciario, come fattispecie assolutamente nuova.

Verrebbe infatti sovvertita la precedente tendenza a tener ferma una netta differenziazione tra il settore degli interessi patrimoniali, dominati in pieno dalla disponibilità, e quello degli interessi personali, che attengono agli stati e alla capacità della persona. E' evidentemente nel quadro di questo cambiamento che potrebbe trovare collocazione come nuova la figura del fiduciario, come del soggetto formalmente incaricato del compito di intervenire a tutela degli interessi di una persona divenuta incapace di intendere e di volere, qualora sorgessero dubbi sull'interpretazione di tali desideri.

Il riconoscimento della legittimità, e per alcuni dell'opportunità, della nomina di un fiduciario lascia peraltro aperta la questione della esatta rilevanza etico-giuridica della sua funzione. Mentre è fuor di dubbio che le valutazioni del fiduciario in merito al trattamento da riservare al paziente divenuto incapace di intendere e di volere acquistino una valenza etica per il fatto stesso che a lui e a lui soltanto l'autore delle dichiarazioni anticipate ha affidato questo delicatissimo compito, è da ritenere inopportuno che esse possano acquistare una forza giuridica vincolante. Come per ogni valutazione bioetica, quella del fiduciario deve aspirare a possedere un'autorevolezza, più che un'autorità giuridicamente sanzionata, e i suoi compiti dovrebbero esclusivamente riassumersi nell'individuazione, in costante dialogo e confronto con i medici curanti, del miglior interesse del paziente divenuto incapace di intendere e di volere, a partire dalle indicazioni lasciate da costui nelle sue dichiarazioni anticipate. Spetterebbe quindi al fiduciario vigilare perché il medico non cada nella tentazione di praticare alcuna forma di accanimento e concordare col medico la via concreta da seguire, nell'eventualità che si prospettino diverse, legittime opzioni diagnostiche e terapeutiche.

Resta comunque escluso che il fiduciario possa prendere decisioni che non avrebbero potuto essere legittimamente prese dal paziente stesso nelle proprie dichiarazioni anticipate ⁽²⁾.

6. I contenuti delle dichiarazioni anticipate

Se le dichiarazioni anticipate vanno collegate all'affermarsi di una cultura bioetica, che ha già efficacemente operato per l'introduzione del modello del consenso informato nella relazione medico-paziente, e per il superamento del paternalismo medico, il loro ambito di rilievo coincide con quello in cui il paziente cosciente può esprimere un consenso o un dissenso valido nei confronti delle indicazioni di trattamento che gli vengano prospettate. Il principio generale al quale il contenuto delle dichiarazioni anticipate dovrebbe ispirarsi può quindi essere così formulato: ogni persona ha il diritto di esprimere i propri desideri anche in modo anticipato in relazione a tutti i trattamenti terapeutici e a tutti gli interventi medici circa i quali può lecitamente esprimere la propria volontà attuale.

Da questa definizione appare subito evidente (ma mette conto sottolinearlo) che questo principio esclude che tra le dichiarazioni anticipate possano annoverarsi quelle che siano in contraddizione col diritto positivo, con le norme di buona pratica clinica, con la deontologia medica o che pretendano di imporre attivamente al medico pratiche per lui in scienza e coscienza inaccettabili. Per quanto concerne l'ordinamento giuridico italiano, è da ricordare la presenza di norme costituzionali, civili e penali che inducono al riconoscimento del principio della indisponibilità della vita umana. Di conseguenza, attraverso le dichiarazioni anticipate, il paziente non può essere legittimato a chiedere e ad ottenere interventi eutanasi a suo favore.

Si aggiunga il fatto che l'ambiguità con cui in alcuni paesi sono state redatte o sono state interpretate in modo inaccettabilmente estensivo dai giudici leggi che hanno riconosciuto validità alle dichiarazioni anticipate contribuisce a rendere estremamente complessa la corretta analisi del punto in questione e ha favorito in molti settori della pubblica opinione l'idea che il riconoscimento della validità delle dichiarazioni anticipate equivalga alla legalizzazione dell'eutanasia. E' per questa ragione che il CNB ritiene essenziale eliminare ogni equivoco e ribadire che il diritto che si vuol riconoscere al paziente di orientare i trattamenti a cui potrebbe essere sottoposto, ove divenuto incapace di intendere e di volere, non è un diritto all'eutanasia, né un diritto soggettivo a morire che il paziente possa far valere nel rapporto col medico (esemplare al riguardo la sentenza della Corte Europea dei diritti dell'uomo del 29.4.2002, *Pretty v. The United Kingdom*), ma esclusivamente il diritto di richiedere ai medici la sospensione o la non attivazione di pratiche terapeutiche anche nei casi più estremi e tragici di sostegno vitale, pratiche che il paziente avrebbe il pieno diritto morale e giuridico di rifiutare, ove capace - si pensi a pratiche non adeguatamente convalidate, comportanti gravi rischi, onerose, non proporzionate alla situazione clinica concreta del paziente, di carattere estremamente invasivo o fortemente gravose per la serenità del trapasso- ⁽³⁾.

Tenendo tutto ciò per fermo, l'attenzione deve concentrarsi sui vari tipi di trattamenti ed interventi che, in linea di principio, risultano inclusi nel principio sopra enunciato. Pur senza impegnarsi in una completa analisi comparativa dei contenuti dei modelli di dichiarazioni anticipate già esistenti sembra possibile evidenziare alcuni tipi di indicazioni:

1. indicazioni sull'assistenza religiosa, sull'intenzione di donare o no gli organi per trapianti, sull'utilizzo del cadavere o parti di esso per scopi di ricerca e/o didattica;
2. indicazioni circa le modalità di umanizzazione della morte (cure palliative, richiesta di essere curato in casa o in ospedale ecc.);
3. indicazioni che riflettono le preferenze del soggetto in relazione al ventaglio delle possibilità diagnostico-terapeutiche che si possono prospettare lungo il decorso della malattia;

⁽²⁾ Ad avviso della Prof.ssa Renata Gaddini il legislatore dovrebbe dare un forte rilievo giuridico alla figura del fiduciario (possibilmente un medico e auspicabilmente medico di fiducia e/o di base) e rendere obbligatoria la registrazione della sua identità su di un apposito documento. Il fiduciario dovrebbe vedersi formalmente riconosciuto il diritto di valutare assieme al responsabile del trattamento gli argomenti a favore o contro l'attuazione delle dichiarazioni anticipate a carico del paziente (qualora, ovviamente, il paziente non fosse più nella possibilità di esprimere personalmente le proprie preferenze attuali).

⁽³⁾ Il Prof. Silvio Ferrari ritiene che il documento dovrebbe altresì menzionare il diritto del paziente di rifiutare pratiche terapeutiche che siano incompatibili con i suoi convincimenti religiosi.

4. indicazioni finalizzate ad implementare le cure palliative, secondo quanto già indicato dal CNB nel già citato documento *Questioni bioetiche sulla fine della vita umana*, del 14 luglio 1995;
5. indicazioni finalizzate a richiedere formalmente la non attivazione di qualsiasi forma di accanimento terapeutico, cioè di trattamenti di sostegno vitale che appaiano sproporzionati o ingiustificati;
6. indicazioni finalizzate a richiedere il non inizio o la sospensione di trattamenti terapeutici di sostegno vitale, che però non realizzino nella fattispecie indiscutibili ipotesi di accanimento;
7. indicazioni finalizzate a richiedere la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale.

I primi due tipi di indicazioni non sollevano particolari problemi e possono essere formulate in modo sufficientemente preciso e tale da non ingenerare dubbi o difficoltà di sorta in coloro che dovranno dare ad esse esecuzione. Neppure il terzo tipo di indicazioni suscita specifiche difficoltà, in specie quando assume la forma della pianificazione anticipata delle cure e si mantiene nell'ambito delle opzioni diagnosticoterapeutiche prospettabili per il decorso di una specifica malattia. Nemmeno sul quarto e sul quinto tipo di disposizioni insistono controversie di ordine morale, dato l'unanime e condiviso auspicio alla massima diffusione delle terapie palliative e l'altrettanto unanime condanna dell'accanimento terapeutico.

Le ultime ipotesi sono invece ampiamente controverse e lo è in modo particolare l'ultima, in specie se si considerano i significati simbolici che si addensano sull'alimentazione e sull'idratazione, anche se artificiali. Alcuni membri del CNB sostengono che al paziente va riconosciuta la facoltà di dare disposizioni anticipate circa la sua volontà (variamente motivabile, in relazione ai più intimi e insindacabili convincimenti delle persone) di accettare o rifiutare qualsiasi tipo di trattamento e di indicare le condizioni nelle quali la sua volontà deve trovare attuazione; e sottolineano la necessità che la redazione di tali disposizioni avvenga (o comunque sia oggetto di discussione) nel contesto del rapporto medico-paziente, in modo che il paziente abbia piena consapevolezza delle conseguenze che derivano dall'attuazione delle sue volontà. Altri membri del CNB ritengono, invece, che il potere dispositivo del paziente vada limitato esclusivamente a quei trattamenti che integrino, in varia misura, forme di accanimento terapeutico, perché sproporzionati o addirittura futili. Non rientrerebbero, a loro avviso, in tale ipotesi interventi di sostegno vitale di carattere non straordinario, né l'alimentazione né l'idratazione artificiale che, quando non risultino gravose per lui, costituirebbero invece, atti eticamente e deontologicamente doverosi, nella misura in cui – proporzionati alle condizioni cliniche - contribuiscono ad eliminare le sofferenze del malato terminale e la cui omissione realizzerebbe una ipotesi di eutanasia passiva.

7. Affidabilità delle dichiarazioni anticipate

Se sulla apprezzabilità morale delle dichiarazioni anticipate esiste – supponendo risolti i problemi poco sopra evidenziati – un vasto consenso di principio, non altrettanto si può dire sul valore che a tali dichiarazioni sia da riconoscere dal punto di vista della deontologia medica e del diritto. Due sono qui, strettamente connessi, ma analiticamente distinguibili, i punti ai quali sopra si è già fatto rapido riconoscimento e che ora vanno messi esplicitamente in discussione:

- a) quello della affidabilità di scelte formulate in un momento anteriore a quello in cui devono attuarsi;
- b) quello del carattere per il medico vincolante o orientativo che a tali scelte debba o possa essere attribuito.

Sotto il primo profilo, si osserva che le dichiarazioni anticipate, che importano una protrazione di efficacia nel tempo delle scelte del malato, evidentemente non assicurano il requisito della loro persistenza, ossia dell'attualità di queste nel momento in cui concretamente si determinino le condizioni per cui il medico debba intervenire. Per tale ragione esse vengono spesso considerate con diffidenza da parte della dottrina penalistica, dal momento che non garantiscono l'attuazione della reale volontà del paziente: il medico non avrebbe mai la certezza che le dichiarazioni pregiudizialmente espresse in determinate circostanze e condizioni personali (spesse volte di pieno benessere psico-fisico) corrispondano alle volontà che il paziente manifesterebbe, qualora fosse capace di intendere e di volere, nel momento in cui si rendesse necessaria la prestazione terapeutica. Si determinerebbe il rischio, per il paziente, di essere deprivato, per una scelta legale obiettivamente improvvida, di un ausilio indispensabile che egli fondatamente potrebbe desiderare qualora la sua volontà potesse confrontarsi con la situazione concreta, che potrebbe essere caratterizzata dalla sopravvenienza di nuove acquisizioni scientifiche, di

nuove tecniche di trattamento, tali da rendere curabile – o comunque diversamente curabile rispetto alle previsioni del paziente – una patologia precedentemente conosciuta come irrimediabile.

Si possono al riguardo elaborare due contro-argomentazioni.

La prima è la seguente: ove un soggetto, pur debitamente invitato a riflettere sui rischi ai quali sopra si è accennato, al fatto cioè che tutte le decisioni anticipate di trattamento possiedono inevitabilmente un carattere precario, contingente ed incerto, confermasse comunque la sua ferma volontà di redigerle, con la sua firma egli manifesterebbe senza equivoci l'intenzione di assumersi personalmente e pienamente, almeno sul piano etico, tale rischio. Trattandosi di un soggetto maggiorenne, autonomo, informato e capace di intendere e di volere, oltre che personalmente convinto dell'opportunità per lui di redigere dichiarazioni anticipate, non si vede perché il rischio che egli coscientemente deciderebbe di correre dovrebbe operare nel senso di togliere validità alle sue indicazioni.

Si può, in secondo luogo, osservare che esigere che la manifestazione del consenso o del dissenso sia valida solo in presenza del requisito dell'attualità rispetto all'atto medico implica logicamente che la volontà del paziente abbia il diritto di essere rispettata fin tanto che costui, pienamente cosciente, sia in grado di ribadirla fino alla fine senza incertezze. Questo non crea alcuna difficoltà per quella che probabilmente resterà sempre l'assoluta maggior parte dei pazienti, quelli sinceramente intenzionati – nel caso in cui perdessero la competenza – a volersi affidare completamente alla competenza e alla saggezza del medico curante e alle sue conseguenti, insindacabili decisioni. Ma ne crea invece di significative, anzi di paradossali, per il caso di quei pazienti, che, avendo firmato un testo contenente dichiarazioni anticipate, hanno dato esplicita prova di voler, con un consapevole esercizio della loro autonomia, contribuire a orientare le pratiche mediche e sanitarie da applicare nei loro confronti anche dopo la perdita da parte loro della competenza; per essi – e solo per essi – riprenderebbe spazio quel paternalismo medico, che essi ritengono inaccettabile e che comunque si ritiene non più conforme agli attuali indirizzi della bioetica, che valorizzano il principio del rispetto per l'autonomia del paziente e della centralità della persona. Insomma, per eludere il rischio – indubbiamente grave – della sproporzione che sussiste tra il contenuto della decisione del paziente e il momento in cui essa viene elaborata, si correrebbe il rischio altrettanto grave di non tenere nel dovuto conto l'autonomia del malato.

Da questa difficoltà si può uscire solo se si considera che il concetto dell'attualità esprime un requisito logico e non meramente cronologico-temporale e se si riflette come già il diritto positivo italiano (si consideri ad es. la legge sui trapianti di organi del 1999) abbia già da tempo aperto la strada – sia pure in un contesto non coincidente, ma analogo al nostro – all'accreditamento legale della volontà espressa, anche mediante il silenzio, dal soggetto in vita.

Si deve anche aggiungere che, nel caso delle dichiarazioni anticipate, come in quello di qualsiasi altra forma di espressione previa della volontà e più in generale di personali orientamenti, vale il principio secondo il quale la persona conserva il diritto di revocare o modificare la propria volontà fino all'ultimo momento precedente la perdita della consapevolezza: resta fermo, tuttavia, che a quel punto la volontà nota e implicitamente o esplicitamente confermata va assunta come ultima volontà valida del paziente, non essendo a nessuno dato di congetturare se e quali altri cambiamenti possano essere intervenuti nel soggetto nel tempo successivo alla perdita della coscienza.

D'altro canto, poiché in queste situazioni una decisione di intervento o non intervento deve comunque essere presa, si ritiene preferibile far prevalere le indicazioni espresse dall'interessato quando era ancora nel pieno possesso delle sue facoltà e quindi, presumibilmente, coerente con la sua concezione della vita, piuttosto che disattenderle facendo appello alla possibilità di un presunto (ma mai comprovabile) mutamento della volontà nel tempo successivo alla perdita della coscienza.

Secondo questa posizione, quindi, vi sono buone ragioni per sostenere che al consenso o dissenso espresso dal paziente non in stretta attualità rispetto al momento decisionale vada attribuito lo stesso rispetto (alle condizioni che meglio andranno però precisate) che è dovuto alla manifestazione di volontà espressa in attualità rispetto all'atto medico.

8. Vincolatività delle dichiarazioni anticipate

Passiamo ora a discutere se alle dichiarazioni anticipate debba essere attribuito un carattere (assolutamente) vincolante o (meramente) orientativo. Anche questo tema è stato ampiamente esaminato nel dibattito nazionale e internazionale ed è quindi inevitabile che su di esso esista un ampio ventaglio di

opinioni e significativa diversità di vedute. Tuttavia, come mostrano gli avverbi premessi in parentesi agli aggettivi “vincolante” e “orientativo”, è opinione del CNB che il disaccordo sia qui di natura più concettuale che etica e rifletta una rappresentazione delle questioni in gioco inadeguata e che non corrisponde né allo spirito dell’art. 9 della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, né agli interessi e alle esigenze che, presumibilmente, possono motivare una persona a redigere dichiarazioni anticipate. Muovendo, come è doveroso fare, dal rispetto del “bene integrale della persona umana” e dall’alleanza terapeutica tra medico e paziente, che ne è il naturale corollario, si può infatti argomentare che quando una persona redige e sottoscrive dichiarazioni anticipate, manifesta chiaramente la volontà che i suoi desideri vengano onorati, ma, al tempo stesso, indicando le situazioni di riferimento, manifesta altrettanto chiaramente la volontà di non assegnare ai suoi desideri un valore assolutamente (e cioè deterministicamente e meccanicamente) vincolante.

Non a caso l’art. 9 della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina adotta le espressioni *souhais* e *wishes*, che corrispondono al concetto di cosa desiderata, non di cosa imposta a terzi. La persona chiede che i suoi desideri siano rispettati, ma chiede che lo siano a condizione che mantengano la loro attualità e cioè solo nel caso che ricorrano le condizioni da lui stesso indicate: si può, infatti, ragionevolmente presumere che nessun paziente intenda incoraggiare attitudini di abbandono terapeutico, privandosi così della possibilità di godere dei benefici dei trattamenti che eventualmente si rendessero disponibili quando egli non fosse più in grado di manifestare la propria volontà. Questo carattere non (assolutamente) vincolante, ma nello stesso tempo non (meramente) orientativo, dei desideri del paziente non costituisce una violazione della sua autonomia, che anzi vi si esprime in tutta la sua pregnanza; e non costituisce neppure (come alcuni temono) una violazione dell’autonomia del medico e del personale sanitario. Si apre qui, infatti, lo spazio per l’esercizio dell’autonoma valutazione del medico, che non deve eseguire meccanicamente i desideri del paziente, ma anzi ha l’obbligo di valutarne l’attualità in relazione alla situazione clinica di questo e agli eventuali sviluppi della tecnologia medica o della ricerca farmacologica che possano essere avvenuti dopo la redazione delle dichiarazioni anticipate o che possa sembrare palese che fossero ignorati dal paziente. Questo è, del resto, il modo più corretto per interpretare il dettato dell’art. 9 della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, come risulta chiaro dal punto 62 del Rapporto esplicativo che qui si trascrive: “Questo articolo afferma che quando le persone hanno previamente espresso i loro desideri, tali desideri dovranno essere tenuti in considerazione. Tuttavia, tenere in considerazione i desideri precedentemente espressi non significa che essi debbano necessariamente essere eseguiti. Per esempio, se i desideri sono stati espressi molto tempo prima dell’intervento e la scienza ha da allora fatto progressi, potrebbero esserci le basi per non tener in conto l’opinione del paziente. Il medico dovrebbe quindi, per quanto possibile, essere soddisfatto che i desideri del paziente si applicano alla situazione presente e sono ancora validi, prendendo in considerazione particolarmente il progresso tecnico in medicina”.

A tal proposito, conviene ricordare che in una precedente versione della Convenzione, i desideri del paziente venivano indicati come “determinanti”, un aggettivo che suscitò molte perplessità e riserve (tra le quali quelle del CNB): da un lato, infatti, tale aggettivo sembrava costituire una violazione dell’autonomia professionale del medico; dall’altro, non sembrava neppure corrispondere alle reali esigenze che – come si è osservato poco sopra – possono indurre un paziente a formulare dichiarazioni anticipate.

Tuttavia, il passaggio da “determinanti” a “tenuti in considerazione” non dovrebbe essere interpretato come passaggio da un carattere (assolutamente) vincolante a uno (meramente) orientativo. Se è corretto escludere la prima caratterizzazione, anche la seconda va esclusa quando venga intesa in senso talmente debole da coincidere con la restituzione al medico di una piena libertà decisionale ed operativa, che equivarrebbe a conferirgli un indebito potere paternalistico, che implicherebbe il completo svuotamento di senso delle dichiarazioni anticipate stesse.

Queste osservazioni dovrebbero togliere mordente alla questione del carattere più o meno vincolante delle dichiarazioni anticipate. La valenza etica di queste dichiarazioni dipende esclusivamente dal fatto che esse conservino la loro attualità nel processo di autonoma valutazione, operato dal medico, circa la corretta sussistenza nella fattispecie delle precise condizioni indicate dal paziente. Ne consegue che se il medico, in scienza e coscienza, si formasse il solido convincimento che i desideri del malato fossero non solo legittimi, ma ancora attuali, onorarli da parte sua diventerebbe non solo il compimento dell’alleanza che egli ha stipulato col suo paziente, ma un suo preciso dovere deontologico: sarebbe infatti

un ben strano modo di tenere in considerazione i desideri del paziente quello di fare, non essendo mutate le circostanze, il contrario di ciò che questi ha manifestato di desiderare. E' altresì ovvio che se il medico, nella sua autonomia, dovesse diversamente convincersi, avrebbe l'obbligo di motivare e giustificare in modo esauriente tale suo diverso convincimento, anche al fine di consentire l'intervento del fiduciario o curatore degli interessi del paziente.

9. Come implementare le dichiarazioni anticipate

Il problema dell'implementazione delle dichiarazioni anticipate può essere considerato sotto due diversi profili. Alcuni bioeticisti ritengono auspicabile – a causa del complessificarsi delle situazioni di fine vita – che tutti o comunque la maggior parte dei cittadini ricorra a questo strumento. Chi possiede questa convinzione, riterrà importante non solo determinare nel modo più accurato la forma delle dichiarazioni e i limiti della loro operatività, ma anche attivare o comunque favorire vere e proprie forme di promozione sociale per la loro redazione, non diverse nella sostanza dalle campagne che vengono poste in essere per invitare i cittadini a dichiararsi disponibili a donare i loro organi post mortem.

Si può però anche ritenere che sia altrettanto doveroso bioeticamente il rispetto sia di chi voglia redigere le dichiarazioni sia di chi nutra una insindacabile ripugnanza a sottoscriverle. E' un dato ormai statisticamente verificabile che, anche nei paesi che hanno da tempo legittimato formalmente le dichiarazioni anticipate, solo una minima parte dei cittadini è portata a sottoscriverle. E non c'è dubbio che alcune particolari forme di induzione a redigere le dichiarazioni anticipate siano particolarmente ripugnanti, come quelle poste in essere da un celebre ospedale londinese, che nel ricoverare pazienti oldest old, al di là cioè della soglia dei settantacinque anni, propongono (o impongono?) loro – in un momento quindi per essi di particolare fragilità non solo fisica, ma soprattutto psichica – la firma di dichiarazioni di rinuncia a terapie di sostegno vitale, nel caso che nel corso del trattamento sopravvengano eventi infausti, anche se non estremi, come ad es. la perdita della vista o della mobilità.

Allo stato attuale della riflessione bioetica, sembra quindi ragionevole ritenere che le dichiarazioni anticipate meritino sì di essere implementate, ma unicamente nel senso di favorire la loro corretta formulazione ed applicazione per coloro che intendano avvalersene. Si evita così il rischio che sotto il pretesto di implementazione delle dichiarazioni anticipate si cerchi surrettiziamente di favorire nei pazienti, e soprattutto in quelli più anziani, un atteggiamento di resa nei confronti della morte, che potrebbe tragicamente e indegnamente trasformare l'assistenza ai pazienti terminali in una burocratica accelerazione del processo del morire.

Una volta riconosciuta legittima, nei limiti sopra indicati, l'implementazione delle dichiarazioni anticipate, è opportuno ricordare che la legge di ratifica della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (art. 3 comma 1) deleghi il Governo “ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi recanti ulteriori disposizioni occorrenti per l'adattamento dell'ordinamento giuridico italiano ai principi e alle norme della Convenzione e del Protocollo di cui all'art. 1”. Il problema che si pone a questo punto è se ai fini di una effettiva realizzazione pratica del principio posto dall'art.9 della Convenzione sia o no auspicabile un formale intervento legislativo che offra un fondamento giuridico alle dichiarazioni anticipate.

Il problema si presta a molte letture e a differenti considerazioni. E' stato non inopportuno osservato che in una prospettiva di corretta politica legislativa la una catalogazione legale delle dichiarazioni anticipate dovrebbe essere preceduta da una adeguata serie di norme in grado di sciogliere il nodo generalissimo e fondamentale della rilevanza da riconoscere giuridicamente alla volontà del paziente rispetto alla potestà medica di curare, stabilendo i limiti, le facoltà e gli obblighi a questa inerenti (ossia l'ambito e i contenuti di quella che oggi viene abitualmente definita “posizione di garanzia” del medico). In base a queste considerazioni, un eventuale riconoscimento giuridico delle dichiarazioni anticipate avrebbe una piena giustificazione solo se collocato all'interno di una disciplina più generale circa la rilevanza della volontà del paziente nell'attività medico-chirurgica, da tempo attesa e reclamata da dottrina, classe medica e giurisprudenza, al fine di porre rimedio a una situazione, come quella attuale, che è fonte di importanti spazi di “incertezza del diritto”.

Secondo ulteriori significative osservazioni, il vero problema bioetico delle dichiarazioni anticipate di trattamento è di carattere pratico e operativo, e non dottrinale; e il come realizzare e consolidare una corretta prassi in materia è problema di natura culturale, prima ancora che giuridica. Pur considerando – come non si possono non considerare – definitivamente acquisiti e condivisi i principi stabiliti dalla

Convenzione sui diritti umani e la biomedicina, il fatto stesso che sia stato necessario un significativo sforzo per elaborarli e per poi proclamarli formalmente e autorevolmente implica che essi non possano essere considerati come ovvi e scontati: è lecito quindi ritenere che molto tempo dovrà passare prima che essi riescano a modellare adeguatamente il comune modo di pensare dei medici, dei pazienti e più in generale di tutta la pubblica opinione. In questo contesto uno dei principi più avanzati della Convenzione, quale appunto il riconoscimento del valore delle dichiarazioni anticipate, dovrebbe essere considerato non come il punto di arrivo limpido e aproblematico di un ampio dibattito bioetico e biopolitico, ma come una delle premesse articolate, complesse, a volte contraddittorie, sempre comunque bisognose di faticose e continue messe a punto, nel diuturno sforzo volto a garantire il rispetto della dignità del malato come punto nodale di qualsivoglia pratica sanitaria. Quando non si parta da questa consapevolezza, si corre il rischio di ridurre la lotta per la promozione e la difesa di valori bioetici in generale, e delle dichiarazioni anticipate in particolare, a una battaglia di carattere estrinsecamente formalistico: l'esperienza maturata in questi anni mostra, ad es., come l'acquisizione del consenso informato si sia ridotta, nella maggior parte dei casi, semplicemente a quella della firma del paziente apposta su di uno stampato, formulato spesso in termini estremamente distanti dalla comune percezione dei fenomeni. Se questo è vero, non bisogna illusoriamente ritenere che un mero intervento legislativo volto a determinare formalmente i requisiti legali per conferire validità alle dichiarazioni anticipate possa produrre risultati diversi da quelli – di tipo inevitabilmente e estrinsecamente formale – che il diritto è in grado di conseguire. Senza voler qui affatto negare l'utilità di una norma giuridica che intervenga a dare attuazione ai principi della Convenzione, il CNB insiste nell'affermare che bisogna comunque e preventivamente impegnarsi a trarre dall'art. 9 tutte le risorse etiche in esso implicite, valorizzando il rapporto medico-paziente sia nel momento della formulazione dell'atto sia in quello, ben più drammatico, della sua attuazione.

Le dichiarazioni anticipate dovrebbero rappresentare per i medici un forte richiamo ai loro doveri deontologici e costituire l'occasione per dare inizio e concretezza (ove non lo si sia già fatto, come è evidentemente auspicabile) a un diverso modello di prestazioni sanitarie da porre in essere in situazioni di estrema difficoltà e da considerare come una struttura dinamica di relazioni e non come un apparato statico e procedurale di atti. L'art. 9 va utilizzato per quello che è: lo strumento più semplice per garantire il massimo risultato etico con il minor numero di norme possibili. Va assecondata la tendenza a mantenere strumenti giuridici aperti e flessibili tutte le volte in cui le situazioni da disciplinare appaiano eticamente controverse e le attese sociali siano estremamente incerte. In questa prospettiva, si può auspicare che qualsiasi normativa positiva dedicata alle dichiarazioni anticipate accompagni e non preceda una forte presa di consapevolezza bioetica (da attivare obbligatoriamente nelle scuole di medicina, negli ospedali e più in generale nella società civile) della complessità della questione.

Nell'ambito del CNB alcuni membri valutano positivamente l'opportunità di ridurre in tempi brevi l'incertezza del diritto che tormenta attualmente molti operatori sanitari e che induce altresì molti cittadini, risolutamente convinti dell'opportunità e della convenienza di redigere dichiarazioni anticipate di trattamento, a ritenere che nel sistema giuridico attuale la loro volontà sia poco e male garantita. In tema di dichiarazioni anticipate molte semplici, ma essenziali domande non possono oggi che ricevere risposte incerte e nebulose. E' necessario che l'espressione dei desideri avvenga in forma scritta o è sufficiente l'espressione orale? E, in ambedue i casi, con quali modalità? Chi ha il compito di raccogliere e conservare queste dichiarazioni? Deve esserne fatta menzione nella cartella clinica? Come può il medico avere la certezza che le dichiarazioni anticipate di cui egli sia venuto in possesso non siano state revocate o sostituite da altre? Come può accertarsi che esse siano state redatte da soggetti autenticamente competenti? E nel caso in cui in esse si indichi il nome di un fiduciario, che conseguenze trarre dall'eventuale rifiuto di questo di assumersi il compito affidatogli?

Queste e altre domande che emergono continuamente nel dibattito in materia non trovano evidentemente risposta alcuna nel principio generale contenuto nella Convenzione sui diritti umani e la biomedicina e nel Codice di deontologia medica, ma senza una organica e non equivoca risposta, il principio del rispetto per i desideri precedentemente espressi rischia di non trovare pratica applicazione. In conclusione, unitamente a un'adeguata sensibilizzazione culturale, è auspicabile quindi un intervento legislativo ampio e esauriente, che risolva molte questioni tuttora aperte per quel che concerne la responsabilità medico-legale ed insieme che offra un sostegno giuridico alla pratica delle dichiarazioni

anticipate, regolandone le procedure di attuazione. Esso darebbe ai medici chiare e non equivoche garanzie per quel che concerne la loro pratica professionale, specie se posta in essere in situazioni di carattere estremo e fornirebbe ai pazienti una ragionevole certezza di attuazione dei loro desideri. Solo una precisa normativa, che precisi inequivocabilmente contenuti e limiti della funzione di garanzia nei confronti dei pazienti attribuita agli operatori sanitari, può infatti restituire a questi ultimi serenità di giudizio ed aiutarli soprattutto a sfuggire a dilemmi deontologici e professionali altrimenti insolubili, che in alcuni casi li portano ad assumere comportamenti che essi ritengono doverosi e giustificati in coscienza (ma che potrebbero, in assenza di norme chiare ed esplicite, esser loro legalmente contestati, con gravi conseguenze sul piano umano e professionale), ma che in altri e nel maggior numero dei casi li inducono ad attenersi al principio della “massima cautela”, non per ragioni etiche e deontologiche, ma solo per meglio garantirsi dal punto di vista delle eventuali conseguenze legali dei loro atti. Comportamenti, questi ultimi, che nel già ricordato documento del 1995 il CNB consigliava ai medici – per evidenti ragioni di carattere prudenziale, e non certo bioetico – a fronte del carattere “deludente” e “insidiosamente lacunoso” del nostro ordinamento giuridico vigente “nei confronti dei principi di autonomia della persona nell’esercizio del diritto alla salute”.

10. Raccomandazioni bioetiche conclusive

In sintesi, il CNB ritiene che le dichiarazioni anticipate siano legittime, abbiano cioè valore bioetico, solo quando rispettino i seguenti criteri generali:

- A. abbiano carattere pubblico, siano cioè fornite di data, redatte in forma scritta e mai orale, da soggetti maggiorenni, capaci di intendere e di volere, informati, autonomi e non sottoposti ad alcuna pressione familiare, sociale, ambientale;
- B. non contengano disposizioni aventi finalità eutanasiche, che contraddicano il diritto positivo, le regole di pratica medica, la deontologia. Comunque il medico non può essere costretto a fare nulla che vada contro la sua scienza e la sua coscienza;
- C. ai fini di una loro adeguata redazione, in conformità a quanto indicato nel punto B, si auspica che esse siano compilate con l’assistenza di un medico, che può controfirmarle;
- D. siano tali da garantire la massima personalizzazione della volontà del futuro paziente, non consistano nella mera sottoscrizione di moduli o di stampati, siano redatte in maniera non generica, in modo tale da non lasciare equivoci sul loro contenuto e da chiarire quanto più è possibile le situazioni cliniche in relazione alle quali esse debbano poi essere prese in considerazione.

Il CNB ritiene altresì opportuno :

- a) che il legislatore intervenga esplicitamente in materia, anche per attuare le disposizioni della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina e nella prospettiva di una futura normativa biogiuridica di carattere generale relativa alle professioni sanitarie, cui lo stesso CNB potrà fornire il proprio contributo di riflessione;
- b) che la legge obblighi il medico a prendere in considerazione le dichiarazioni anticipate, escludendone espressamente il carattere vincolante, ma imponendogli, sia che le attui sia che non le attui, di esplicitare formalmente e adeguatamente in cartella clinica le ragioni della sua decisione;
- c) che le dichiarazioni anticipate possano eventualmente indicare i nominativi di uno o più soggetti fiduciari, da coinvolgere obbligatoriamente, da parte dei medici, nei processi decisionali a carico dei pazienti divenuti incapaci di intendere e di volere;
- d) che ove le dichiarazioni anticipate contengano informazioni “sensibili” sul piano della privacy, come è ben possibile che avvenga, la legge imponga apposite procedure per la loro conservazione e consultazione.

INegli anni '80 una serie di modifiche dell'attività assistenziale negli ospedali introduceva "il day hospital". Pur con tutte le critiche mosse a questo tipo di organizzazione assistenziale bisogna riconoscerne nel tempo il valore anche in relazione a una "umanizzazione" delle degenze che, nel caso specifico, consentivano a tutti coloro che usufruivano di questo servizio il ritorno presso le loro famiglie al termine della erogazione dei presidi sanitari. Un decennio più tardi o forse un po' di più, la medicina degli ospedali introduceva il day surgery. Il Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena ha inteso chiedere lumi al riguardo alla D.ssa Gabriella Bettelli.



Gabriella Bettelli

Laureata a Modena nel '73, è specialista in Anestesiologia e Rianimazione e in Cardiologia; è dirigente medico di Anestesia e Rianimazione e responsabile del modulo Anestesia Ambulatoriale - Day Surgery, presso il 1° Servizio di Anestesia e Rianimazione del Policlinico di Modena.

Esperta in organizzazione ospedaliera e in qualità, ha partecipato come membro o come coordinatore alla definizione di gran parte delle Linee Guida in materia di Day Surgery emesse nel nostro Paese.

E' autrice di oltre 120 pubblicazioni e di diverse monografie. E' redattore della rivista Day Surgery e referee per Minerva Anestesiologica.

Durante gli ultimi due trienni, è stata membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia Ambulatoriale e Day Surgery, e coordina al presente, nell'ambito della stessa Società, il Board Italiano della Qualità in Day Surgery.

Dal 2003, è coordinatore nazionale del Gruppo di Studio "Day Surgery: anestesia, qualità e organizzazione" della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI).

Dal 2001, è il delegato nazionale nell'Ambulatory Anaesthesia Committee dell'European Society of Anaesthesia, e nel 2003 è stata nominata rappresentante per l'Italia nell'International Committee del SAMBA (Society of Ambulatory Anesthesia - massima società scientifica statunitense in materia di Day Surgery)

1) Cos'è una unità di Day Surgery, quali sono i suoi scopi e in che cosa si differenzia rispetto alla chirurgia tradizionale con degenza breve?

Una unità di Day Surgery è un sistema di spazi e di persone finalizzato ad accogliere attività chirurgiche di elezione in regime di ricovero diurno: gli spazi sono disegnati per agevolare lo svolgimento razionale dei processi, e le persone sono formate ad operare con un approccio orientato al paziente e all'organizzazione, oltre che alla terapia e all'assistenza. Il layout di una unità di Day Surgery è composto da una sala operatoria, una zona di recupero post-intervento, un'area di degenza munita di letti e di poltrone, uno o due ambulatori, una reception-segreteria ed un'area servizi. Questa è, in sintesi, l'articolazione spaziale di una unità di Day Surgery, secondo una modellistica di matrice statunitense o nordeuropea, di cui è possibile reperire anche in rete numerosi esempi. Se da questo insieme si scorporano delle parti, o se le parti non sono prossime tra loro, gerarchicamente accorpate e facilmente comunicanti, o se gli spazi ospitano contemporaneamente pazienti in degenza ordinaria e pazienti in ricovero diurno (ovvero se l'unità risulta spazialmente disgregata e i flussi inpatient/outpatient non sono rigorosamente separati, come purtroppo avviene nella maggior parte degli ospedali nazionali), anche le attività cliniche inerenti risultano disgregate, l'organizzazione disturbata e i risparmi attesi vanificati. Per gettare le basi di un team di Day Surgery, è necessario raggruppare persone di elevata capacità comunicativa, dotarle di una cultura e una mission comuni, invitarle a stendere le necessarie procedure e a definire i dovuti criteri operativi, e creare le connessioni con il territorio e con l'assistenza medica di base. In rapporto alla chirurgia tradizionale, la Day Surgery realizza una sorta di rivoluzione copernicana, che vede al centro del sistema i tempi, le esigenze e la soddisfazione dei pazienti anziché quelli dell'ospedale. Rispetto all'eseguire interventi chirurgici secondo modalità tradizionali, la Day Surgery è costituita per l'80% da organizzazione, e per il 20% da assistenza. Va da sé che sono richieste conoscenze e metodologie per le quali è necessario accedere a momenti di formazione specifica ed altamente specialistica. Il corso ECM svoltosi al Policlinico dal 2 al 4 aprile è stato uno di questi.

2) Perché una moderna organizzazione sanitaria deve prevedere unità di Day Surgery?

In un momento di generale scarsità di risorse che coinvolge i sistemi sanitari di tutti i Paesi avanzati e non, una unità di Day Surgery dovrebbe rappresentare il prototipo di una medicina moderna, fondata sull'analisi del valore e sul principio di value-based care, e perciò uno strumento efficace per il controllo della spesa sanitaria e per un utilizzo razionale delle risorse disponibili.

Erogare cure basate sul valore significa erogare cure di elevata qualità ad un costo ragionevole, non tagliare in maniera indiscriminata i livelli di assistenza. E in tempi di medicina basata sull'evidenza, è proprio alle evidenze della letteratura che è necessario guardare per trarre indicazioni oggettivamente validate. Dagli studi sulla Day Surgery emergono due concetti fondamentali: il primo pone l'accento sul fatto che l'80% dei difetti organizzativi riscontrati nelle vaste casistiche internazionali si colloca nelle fasi che precedono l'intervento e l'anestesia: quindi necessità di un'adeguata valutazione e selezione dei pazienti, di un'ottimizzazione delle condizioni preoperatorie, di una gestione attenta delle terapie di base e di un'informazione chiara e precisa sui comportamenti da tenere prima dell'intervento. Il secondo richiama l'attenzione sulla percezione di qualità che i pazienti hanno circa le cure erogate in ricovero diurno: oltre il 40% degli studi evidenzia che le aree di maggiore insoddisfazione concernono la scarsità delle informazioni preoperatorie e l'insufficiente trattamento del dolore postoperatorio.

Una unità di Day Surgery ben organizzata serve dunque a ridurre i costi, ad evitare i difetti organizzativi e a creare condizioni di soddisfazione per i pazienti attraverso un'adeguata informazione e un adeguato trattamento del dolore.

La presenza all'interno degli ospedali di uno spazio e di un'organizzazione specifici consente di gestire in maniera ottimale tutti quegli eventi diagnostici e terapeutici che hanno come denominatore comune la degenza diurna e la necessità di un intervento anestesiológico: non soltanto quindi gli interventi chirurgici, ma anche numerose procedure interventistiche diagnostiche e terapeutiche, invasive e seminvasive, quali esami endoscopici e talune prestazioni radiologiche. Al momento, questo genere di attività non può ancora contare su un'organizzazione unitaria.

La consapevolezza della necessità di tali strutture è forte e radicata anche nell'ex Ministro della Salute Umberto Veronesi: non a caso, uno dei primi concetti che egli esprime nella prima pagina della prefazione del suo ultimo libro "Una carezza per guarire" è il seguente: "I nuovi progressi in chirurgia e in anestesia consentono di eseguire un numero sempre maggiore di interventi senza ricovero? Bene, dovranno sorgere nel Paese strutture e competenze per questa nuova linea di sviluppo, che permetteranno tra l'altro di ridurre drasticamente i letti di degenza ospedaliera e i costi conseguenti".

3) Cosa c'è a Modena al riguardo, che fornisca una risposta organizzativa adeguata alle esigenze?

Negli ospedali modenesi e della provincia ogni giorno un gran numero di pazienti è sottoposto ad interventi chirurgici e poi dimesso nell'arco della stessa giornata. I dati desunti dalle schede di dimissione ospedaliera

(SDO) indicano che questa prassi è frequentemente posta in essere nella nostra città.

Esiste presso il Policlinico un'area di Day Hospital chirurgico, della quale si servono alcuni tra i reparti che operano e dimettono in giornata i loro pazienti; tuttavia, non esiste una separazione definita tra le attività di Day Surgery e la degenza ordinaria; le statistiche elaborate esclusivamente sulla base delle SDO non consentono di misurare e di valutare né le ricadute organizzative di questa scelta gestionale, né il relativo abbattimento dei costi, peraltro in larga misura correlato – in una corretta concezione della Day Surgery – alla chiusura notturna della struttura e al conseguente taglio dei costi infermieristici ed alberghieri.

In altre parole, in tempi in cui l'assistenza infermieristica è il bene prezioso che sappiamo, non siamo in grado di dimostrare se l'elevato numero di casi chirurgici attualmente trattato in Policlinico con dimissione in giornata riduce o meno, in che misura e con quale grado di soddisfazione dei pazienti, i costi di produzione del servizio e la necessità di personale infermieristico.

4) Qual è la composizione ottimale di un'équipe di Day Surgery e quale il ruolo di ciascuno con particolare riferimento a quello dell'anestesista?

Vi è ampia convergenza in letteratura sul fatto che una unità di Day Surgery debba avere uno staff dedicato, almeno per quanto concerne anestesisti e personale infermieristico. Dato l'ampio spettro di specialità chirurgiche che utilizzano questa struttura, per la componente chirurgica le singole divisioni dovrebbero individuare al loro interno dei referenti per questo genere di attività, che partecipino attivamente alla conduzione dell'unità. Ne risulterebbe in sostanza una sorta di dipartimento in miniatura, composto da personale infermieristico e da medici anestesisti specificamente formati e dedicati (negli Stati Uniti esiste addirittura una subspecialty in Ambulatory Anesthesia), e da chirurghi esperti in tecniche mininvasive, questi ultimi presenti anche a rotazione.

Per il suo essere coinvolto nella selezione preoperatoria e nell'informazione, e per il ruolo esercitato nel controllo del dolore postoperatorio, la figura dell'anestesista è trasversale alla totalità dei processi che si svolgono in questo settore. Non a caso, è quasi sempre un anestesista il direttore medico di un centro multidisciplinare di Day Surgery: e questo accade sia nei Paesi anglosassoni, sia nella maggior parte delle Day Surgery italiane, quali ad esempio quelle dei Policlinici di Parma e di Bologna e di Humanitas a Milano.

L'anestesia per la Day Surgery è altamente professionale, ispirata ad un pronto recupero delle condizioni di base e orientata alla minimizzazione della fenomenologia paraanestesiológica, con una bassa incidenza pertanto di nausea e vomito postoperatori, turbe emodinamiche, sonnolenza o altro. È necessario però che, accanto alle competenze anestesiológicas, siano presenti anche capacità organizzative, attitudine manageriale e capacità comunicativa. Il gruppo che coordina a livello nazionale, e che riunisce i massimi esperti in materia, sta lavorando sia sui contenuti tecnici, sia su quelli organizzativi, sia in termini di sensibilizzazione delle direzioni ospedaliere, della classe politica e dei rappresentanti dei cittadini.

5) Qual è la situazione attuale nel nostro Paese, quali provvedimenti auspica per la realtà locale e cosa si aspetta dai politici e dagli amministratori?

Nonostante gli sforzi dei professionisti, le carenze in questo settore sono generali nel nostro Paese, registrandosi — accanto a situazioni di punta di indubbio valore — vistose assenze di strutture dedicate nella maggior parte dei grandi policlinici nazionali. Queste carenze sono in maggioranza imputabili alla mancanza di una normativa nazionale che crei le condizioni per riservare a questa attività aree dedicate e funzionalmente idonee. Ma i veri elementi ostacolanti sono costituiti dai così detti "letti dedicati" e dalla degenza a 23 ore: questi modelli organizzativi sembrano facilitare la diffusione della Day Surgery, ma di fatto portano soltanto al mantenimento dello status quo, senza indurre a revisioni organizzative, senza riportare il paziente al centro del sistema e senza ridurre i costi di erogazione del servizio. Come ho avuto modo di esporre in un articolo pubblicato qualche settimana fa sul SOLE 24 ORE Sanità, la definizione di un disposto di legge che dia luogo a strutture dedicate alla Day Surgery negli ospedali nazionali è a mio avviso un passo irrinunciabile per la necessaria riorganizzazione del settore chirurgico e per una adeguata ridefinizione del numero dei posti letto chirurgici all'interno degli ospedali.

Avviare a Modena una unità pilota interdisciplinare, che sia di esempio e stimolo per tutta la realtà nazionale, basata su moderni principi gestionali, ispirata al team approach e focalizzata sulle esigenze dei pazienti, porterebbe onore e lustro alla nostra sanità e permetterebbe ai

nostri chirurghi di vedere ancor più valorizzato il loro lavoro in questo settore, oltre che di liberare risorse da dedicare a settori più complessi della chirurgia.

E' dimostrato che, se le istanze di informazione, comunicazione e analgesia sono soddisfatte, i pazienti gradiscono enormemente essere dimessi in giornata dopo un intervento chirurgico: in particolare, i bambini e gli anziani si avvantaggiano considerevolmente di questa opportunità, perché la separazione dal proprio entourage familiare è minimizzata, il disagio dell'ospedalizzazione è ridotto e la probabilità di contrarre infezioni nosocomiali è praticamente azzerata.

Altrettanto è sotto gli occhi di tutti che l'attuale scenario sociale ed economico impone di perseguire con ogni mezzo la riduzione degli sprechi e la razionalizzazione delle risorse.

In tempi in cui in certe aree del Paese i genitori sono invitati a portarsi da casa le brandine e altro per i loro bambini che necessitano di ricovero ospedaliero (e anche se la nostra Regione può vantare qualche opportunità in più rispetto ad altre) misconoscere o ignorare gli strumenti organizzativi che possono ridurre i costi di erogazione dei servizi sanitari mantenendo elevati gli standard delle prestazioni è il contrario di quanto oggi dai politici e dagli amministratori ci si aspetta. Realizzare concretamente questa possibilità sarebbe per contro — da parte degli amministratori e dei politici, quali che ne siano la fede e l'appartenenza politica — una dimostrazione di consapevolezza del presente, di apertura al futuro della medicina, di accortezza e di efficacia, che gioverebbero all'intera comunità.

CESARE RAGAZZI COMPANY: NON SOLO PROBLEMI DI CALVIZIE

L'azienda

Nata nel 1968 in un piccolo laboratorio, la Cesare Ragazzi Company Spa è oggi un'azienda che conta 70 centri, 10 all'estero, 3 laboratori di ricerca e produzione, 700 collaboratori e le certificazioni di qualità.

L'Azienda si occupa da 36 anni della prevenzione legata al mondo cute e capelli ed ha sempre trattato il tema della calvizie, irreversibile e temporanea, non sottovalutando mai il profondo disagio emotivo che essa provoca in chi ne è colpito.

Le principali divisioni della Cesare Ragazzi Company sono quindi 3: Divisione Infoltimento — Divisione Alopecia Temporanea e la Divisione Tricologia.

Il **CNC®** - Capelli Naturali a Contatto, è un sistema di infoltimento non chirurgico e reversibile che sostituisce capelli mancanti o infoltisce zone diradate con capelli naturali. Il sistema, unico nel suo genere, è sicuro, dermocompatibile, esteticamente perfetto e funzionale. Per i casi di **alopecia temporanea** derivanti da trattamenti chemioterapici, cure ormonali e situazioni post-parto, invece, l'azienda ha creato una linea di protesi naturali e di fibra. Infine, dalla Ricerca & Sviluppo della Cesare Ragazzi Company è nata la linea di **prodotti tricologici** dermatologicamente testata dal Centro di Cosmetologia dell'Università di Ferrara: **Tricomethod®** gamma completa di prodotti, creata appositamente per il canale farmacia.

Non solo problemi di calvizie

L'azienda sostiene la **Fondazione Centro Studi sulla Calvizie** — voluta da Cesare Ragazzi — un ente di ricerca scientifica senza scopo di lucro finalizzato a stimolare il confronto tra professionisti appartenenti a diverse discipline per promuovere lo sviluppo e favorire il miglioramento delle conoscenze, delle tecniche e delle metodologie in ambito tricologico. I risultati del lavoro svolto vengono messi a disposizione della comunità e degli operatori del settore attraverso la realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento, incontri, eventi culturali e pubblicazione. La Fondazione promuove il rispetto e la corretta comprensione del problema della calvizie, in quanto malattia, che provoca un disagio psicologico nell'individuo, che solo chi ne è colpito può comprendere.

Il **progetto Farmacia** vuole dare una risposta a tutti coloro che si rivolgono al farmacista per trovare una soluzione ai loro problemi di calvizie.

Infine la Cesare Ragazzi Company è dal febbraio 2003 **fornitore ufficiale del Centro Protesi INAIL di Vigorso di Budrio (BO)**, per i danni permanenti al cuoio capelluto dovuti ad infortuni sul lavoro.

**Per informazioni o approfondimenti
800-239413**

RIFORMA DEGLI ORDINI: LA POSIZIONE DELLA FEDERAZIONE

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, riunito a Perugia il 16 maggio 2004, a seguito dello svolgimento del Convegno promosso dalla stessa Federazione Nazionale degli Ordini sul tema "L'Ordine dei medici una società che cambia";

ascoltati gli interventi dei relatori sull'argomento e la relazione conclusiva;

preso atto delle difficoltà dell'iter parlamentare di riforma degli Ordini delle Professioni intellettuali;

preso atto che il modello degli Ordini è ormai alla base dell'organizzazione dell'esercizio delle professioni in tutti i Paesi membri dell'Unione Europea;

valutata l'esigenza di mantenere viva ed operante la istituzione ordinistica;

riscontrata la necessità di adeguare la struttura e le funzioni dell'Ordine dei Medici alla mutate esigenze socio-sanitarie del Paese;

ribadisce

il proprio impegno ad adoperarsi pressantemente nelle sedi opportune perché venga approvata al più presto la legge di riforma che serva a rinsaldare il ruolo istituzionale dell'Ordine quale garante della professione presso lo Stato e presso la collettività;

rivendica

il ruolo fin qui esercitato dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, determinante anche per l'alto numero di iscritti e per il valore sociale ed etico della professione;

chiede

l'attuazione di un processo di modernizzazione della istituzione ordinistica da riferirsi esplicitamente ad una sempre più attenta verifica delle prestazioni opportunamente inserita nel nuovo diritto comunitario;

sottolinea

la necessità che venga ribadito l'esercizio, da parte dell'Ordine professionale dei Medici e degli Odontoiatri, delle quattro fondamentali funzioni:

1. tenuta dell'Albo e verifica periodica;
2. aggiornamento, formazione permanente ed accreditamento della formazione e dei professionisti;
3. tutela della dignità della professione attraverso le norme del Codice di Deontologia Medica;
4. esercizio del potere disciplinare nei confronti degli iscritti;

auspica

una stretta collaborazione, un'assistenza e uno scambio reciproco fra gli Ordini dell'Unione Europea;

impegna

il Comitato Centrale alla stesura di un programma politico sul ruolo della professione medica e odontoiatrica e della organizzazione ordinistica da sottoporre al prossimo Consiglio Nazionale.

RACCOMANDAZIONE SULL'ECM

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO riunito a Perugia il 16 maggio 2004 **valutate** le problematiche attuali del sistema ECM; **fermo** restando il valore tecnico professionale e deontologico della formazione permanente come strumento di qualità ed appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini

denuncia

il processo di burocratizzazione delle procedure di accreditamento degli utenti e dei providers, che sempre più ne fanno uno strumento di controllo terzo della professione e non finalizzato al suo efficace sviluppo

sollecita

il Presidente della FNOMCeO ed il Comitato Centrale ad un tempestivo intervento presso il Ministero della Salute e il coordinamento delle Regioni al fine di cambiare l'indirizzo del sistema ECM; ridefinendo ruoli e compiti, costi e finanziamenti dei soggetti coinvolti

invita

il Presidente e i componenti designati della FNOMCeO anche a rimettere il proprio mandato presso la Commissione Nazionale ECM, qualora non fossero recepite e rese operative misure e strumenti idonei a valorizzare la qualità e l'equità del sistema formativo, nell'interesse dei professionisti coinvolti e dei cittadini.

Il Consiglio Nazionale ritiene inoltre che i contenuti della presente raccomandazione siano oggetto di un apposito comunicato stampa.



LA GINÉVRA

La Ginevrèina l'era 'na vcina
ch'l'andèva a radécc, pòti e rizduni,

la gh'iva dó man acsè zaclòuni
ch'la si puliva cun léttr'ed benzina.

L'andeva in di sit intorn'a Suléra
cun bórsa e curtlàs guzée dal mulàtta,
la tuliva só tótt cla baiadéra
che bèin la carghèva in dla biciclàtta.

Po' la partiva sciflànd la so piva
e per èl cà la vindìva al chersdun
sèinza Vanóni, né Ige né Iva.

Mo anch cun i nòv negozi éd primézi
sèinza Ginévra, curtlàs e pasidun
piò a-n s'magnarà rizduni e chersdun.

LA GINEVRA

La Ginevra era una vecchietta
che andava (raccoglieva) radicchi, pote e
radicchi pelosi
aveva due mani così sporche
che se le puliva con litri di benzina.

Andava nei siti intorno a Soliera
con borsa e coltello affilato dall'arrotino,
raccoglieva tutto quella nonnetta
che ben caricava nella bicicletta.

Poi partiva fischiando la sua piva
e per le case vendeva il crescione
senza Vanoni, né Ige, né Iva.

Ma anche con i nuovi negozi di primizie
senza Ginevra, coltellaccio e passione
più non si mangeranno radicchi pelosi e crescione.

Lodovico Arginelli

Quante polizze devi sottoscrivere per tutelare la tua casa, la tua famiglia e il tuo patrimonio?

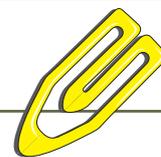
solouna!

Una risposta semplice a tutte le esigenze di tutela della persona e del suo patrimonio, una soluzione personalizzata per costruirsi una copertura assicurativa su misura e modificarla nel tempo.

SOLOUNA! nata per semplificare

Banca popolare dell'Emilia Romagna
ARCA ASSICURAZIONI

Storielle a cura di Roberto Olivi



- Le statistiche mediche sono come un bikini. Ciò che rivelano è interessante, ma ciò che nascondono è vitale.

Anonimo

- Chi può decidere quando i dottori sono in disaccordo?

Alexander Pope

- Il medico saggio deve essere esperto tanto per prescrivere un rimedio quanto per non prescrivere nulla.

Baltasar Gracián y Morales

- Chi dice la verità prima o poi viene scoperto.

Oscar Wilde

STUDIO PRAMPOLINI

... al resto ci pensiamo noi ...

la nostra professionalità al vostro servizio

- elaborazione e gestione del personale
- consulenza del lavoro
- contabilità ed assistenza fiscale aziende e dipendenti
- consulenza legale extragiudiziale
- consulenza legale controversie di lavoro
- consulenza gestionale
- consulenza assicurativa
- consulenza automobilistica

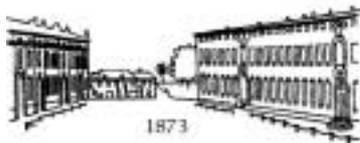
... ed ancora altro ...

Siamo il vostro “Call Center 24 su 24”
personale altamente specializzato

- risponde 24 ore su 24 ai Vostri clienti
- organizza e gestisce i Vostri appuntamenti
- dialoga in tempo reale con Voi per aggiornare la vostra agenda

Risultato:

***VOI proseguite nelle vostra professione
NOI ci occupiamo delle vostre esigenze***



SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI MODENA 1873-2003

Giornata celebrativa del 130° anno della fondazione

in collaborazione con



Università degli Studi
di Modena e Reggio Emilia



Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri di Modena



**Policlinico
di Modena**

AZIENDA OSPEDALIERA

Azienda Ospedaliera
di Modena

MODENA - AULA DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA POLICLINICO - 11 SETTEMBRE 2004 - ORE 8.30

**Presidenza
Renzo LODI**

Moderatori: Aldo TOMASI - Nicolino D' AUTILIA

Introduzione Renzo Lodi

Eolo PARODI (ROMA)

"Società e salute nel terzo millennio"

Umberto MUSCATELLO (MODENA)

"Cinquant'anni di biologia molecolare: l'impatto concettuale e pratico sulla ricerca e sulla prassi medica"

Mario VIGANO' (PAVIA)

"Dalla scoperta della circolazione al trapianto di cuore e al cuore artificiale"

Marzio SCORSIN (PARIGI)

"Nuovi orizzonti della terapia dello scompenso cardiaco: il trapianto cellulare nella rigenerazione del miocardio"

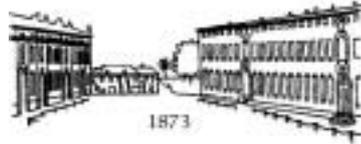
- Discussione
- Conclusioni dei moderatori
- Consegna degli attestati di partecipazione

Sono stati richiesti i crediti formativi ECM

SOCIETA' MEDICO-CHIRURGICA DI MODENA

Fondata nel 1873 nell'Ospitale Civile in Piazza S. Agostino

Sede legale presso
ORDINE DEI MEDICI
Piazzale Boschetti, 8 – 41100 Modena



“La Società Medico-Chirurgica di Modena ha lo scopo della reciproca istruzione teorica e pratica e, possibilmente, di tendere allo sviluppo delle scienze mediche”.
(dallo Statuto, 1874)

Cari Colleghi

è consuetudine che il Consiglio Direttivo in carica della Società Medico – Chirurgica di Modena dia un breve resoconto della attività svolta durante un biennio (2002 – 2003).

La storia della Società nasce da molto lontano (1873), ma lo Statuto viene ratificato nel 1874. Ha esordito come piccolo gruppo di studio. Oggi la Società è cresciuta, conta circa 600 Aderenti ed è ospitata come sede ufficiale presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena. Essa è convenzionata anche con l'Università di Modena e Reggio Emilia . Non può certo competere con le grandi Società Scientifiche, dotate di complesse strutture organizzative e approdate a sistemi di “holding” . La nostra Società si basa ancora su “ una romantica artigianalità”, esente da speculazioni. Tuttavia il suo patrimonio storico, denso di valori, non può essere dimenticato perchè promosso da uomini il cui impegno scientifico ed etico è giunto fino ai nostri giorni, come chiaro esempio per le giovani leve a conservare la fede e la fiducia nel destino dell'uomo e della scienza.

L'attività del sodalizio è stata rivolta alla promozione e all'aggiornamento della cultura medica e alla pubblicazione di contributi scientifici sul suo organo editoriale, il “BOLLETTINO DELLA SOCIETA' MEDICO – CHIRURGICA DI MODENA” . Questa voce editoriale conta 118 anni di ininterrotta attività ed è stata dichiarata “Rivista di elevato valore culturale” dal Ministero dei Beni Culturali. I nostri sforzi sono oggi orientati a fare comparire i contenuti della Rivista su Medline, visto che raggiungere il citation Index è impensabile.

Con l'occasione si informa che, con l'anno 2004, una nuova sezione della Rivista sarà dedicata a brevi articoli, massimo una o due pagine, per “how to do it”, per descrivere nuove tecniche, nuovi device e case reports. La rubrica è aperta a tutti e va considerata come l'anima delle nostre esperienze scientifiche, ma anche del vissuto professionale di ciascuno di noi.

Inoltre vi incoraggiamo ad inviare alla Redazione i lavori per l'edizione 2004 del Bollettino, insieme a suggerimenti e a critiche che saranno pubblicati come “lettere” al Direttore in un sito ad hoc.

Infine vi informiamo che, grazie alla collaborazione della Presidenza e del Consiglio direttivo dell'Ordine, verrà organizzata una giornata celebrativa del 130° anno dalla fondazione della Società nel prossimo settembre 2004, alla quale parteciperà l'On. Eolo PARODI.

Mandiamo un sentito ringraziamento a tutti gli Aderenti che hanno contribuito a mantenere in vita la Società ed hanno collaborato alle edizioni 2002 e 2003 del BOLLETTINO.

*per il Consiglio Direttivo
Il Presidente
Prof. Renzo Lodi*

VENTICINQUE ANNI DOPO IL MARTIRIO DI LUISA GUIDOTTI MISTRALI

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Modena in occasione del venticinquesimo anniversario della brutale uccisione in Africa della Dottoressa Luisa Guidotti Mistrali appartenente al nostro Ordine, durante la guerriglia per l'indipendenza della Rhodesia dalla Gran Bretagna, trova doveroso ricordare la figura esemplare di questa nostra collega che seppe unire alla sua vocazione di medico quella di missionaria di fede fino a giungere al sacrificio della vita.

La dottoressa pur provenendo da una nobile famiglia modenese, spinta dalla sua vocazione, ebbe il cuore di abbandonare una vita sicuramente più facile per recarsi a curare chi aveva più bisogno del suo aiuto e della sua professionalità presso l'ospedale della missione di Souls.

Nonostante i pericoli e la violenza ella non volle ab-

bandonare i suoi malati fino al momento del suo assassinio.

Per questo, e come medici non possiamo che sentirci onorati, il 20 ottobre 1996 è stato avviato il processo di canonizzazione della Dottoressa Guidotti.

Credo che ogni medico, credente o non credente, non possa che inchinarsi al cospetto di chi ha fatto ciò che tutti i medici un giorno hanno sognato di avere il coraggio di fare, ma che poi solo pochi sanno mettere in atto fino al supremo sacrificio.

In questi giorni di violenza, un'altra vittima della violenza, ma operatrice di pace, deve spingerci a continuare la nostra professione nel solco di coloro che ci hanno preceduto, operando per la medicina nella maniera più alta come la Dottoressa Luisa Guidotti Mistrali.

R. Olivi

S.N.A.M.I. SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI SEZIONE PROVINCIALE DI MODENA

Si sono svolte le elezioni per il rinnovo dell'esecutivo S.N.A.M.I. di Modena 2004/2006.
Sono risultati eletti i seguenti colleghi:

Presidente	dott. Guido Venturini
Vice Presidente	dott. Daniele Giovanardi
Segretario	d.ssa Giovanna Sacco
Tesoriere	dott. Carlo Canevazzi
Addetto stampa	dott. Antonio Lucani
Revisori dei conti	dott. Giuseppe Tomasello
	dott. Imer Tinti
	dott. Maurizio Botti
supplente	dott. Luciano Corradini

Consiglieri:

d.ssa M. De Palma	dott. R. Mantovani
dott. M. Di Bello	dott. A. Melloni
dott. G. Fazioli	dott. E. Canevazzi
dott. M. Ferioli	dott. M. Moracchini
dott. D. Gandolfi	dott. P. Rebecchi
dott. A. Ghedini	dott. A. Valeri
dott. A. Giavatto	dott. A. Verna
dott. G. Luppi	

Si comunica inoltre che i dottori Daniele Giovanardi e Guido Venturini sono stati eletti nel Comitato Centrale del Sindacato durante il congresso nazionale che si è tenuto a Chianciano Terme dal 6 al 9 maggio u.s.

IN PRIMA LINEA

CON IL CUAMM MEDICI CON L'AFRICA

PER

specialisti in

Pediatria

Medicina Interna

Igiene e Sanità Pubblica

Ginecologia e Ostetricia

Malattie Infettive

L'OPPORTUNITÀ CONCRETA DI

partire e spendere la propria professionalità medica nei 28 progetti di cooperazione in corso in Africa, a sostegno di

16 ospedali

2 università

8 scuole di formazione professionale

10 interventi di controllo di Aids, tubercolosi e malaria

IL CUAMM

è tra le più importanti organizzazioni non governative di ambito sanitario esistenti in Italia. Dal 1950 ad oggi ha realizzato più di 150 progetti in Africa, con un impegno di più di 1000 medici.

**Per partire e essere impegnati in prima linea
è possibile visitare il sito www.cuamm.org,
telefonare allo 049.8751279**

o scrivere a c.menegazzo@cuamm.org

(referente per il reclutamento è Chiara Menegazzo – Settore Risorse Umane)



**CUAMM
MEDICI CON
L'AFRICA**

Via San Francesco 126
35121 Padova Italy

t. 049.8751279
t. 049.8751649

f. 049.8754738
cuamm@cuamm.org

CERIMONIA DI CONSEGNA DELLE MEDAGLIE COMMEMORATIVE DEL 50° E 60° ANNO DI LAUREA

Poiché in occasione dell'assemblea annuale degli iscritti tenutasi presso la sede dell'Ordine il 7 marzo u.s. una copiosa nevicata aveva impedito alla maggior parte dei colleghi anziani di partecipare alla consegna della medaglia per il 50° e 60° anno di laurea, il Consiglio ha deciso di organizzare una iniziativa a loro riservata per il giorno 8 maggio.

In questa occasione sono stati festeggiati i colleghi laureati nel 1943, 1944, 1953, 1954.

La cerimonia alla quale hanno partecipato quasi tutti i colleghi con numerosi famigliari, è stato un piacevole e per molti versi commovente momento di incontro fra generazioni di professionisti.

Riteniamo opportuno pubblicare le foto dell'incontro a ricordo della manifestazione.

60° ANNO DI LAUREA - 1943

Prof. Paolo Zoboli

60° ANNO DI LAUREA - 1944

Dott. Carlo Contini, Dott. Vincenzo Marino, Dott. Alberto Nannetti, Dott. Luigi Sala.

50° ANNO DI LAUREA - 1953

Prof. Giancarlo Barbieri, D.ssa Paola Borghi, Dott. Rodolfo Buonassisi, Dott. Guido Casolari, Prof. Francesco Cavazzuti, Prof. Giovanni Battista Cavazzuti, Dott. Valerio Chilò, Prof. Ugo Citti, D.ssa Francisca Fava, Dott. Giovanni Ferrari, Dott. Silvano Gallini, Dott. Fioravante Garuti, Dott. Alessio Generali, Dott. Omero Ghelfi, Prof. Sergio Greco, Dott. Gianfranco Leonardi, Dott. Marino Leonelli, D.ssa Alma Maria Moretti, Dott. Aldo Martinelli, Dott. Mario Rinaldi, Dott. Mario Roganti, Dott. Guido Mario Tedeschi, Prof. Agostino Traldi, Dott. Franco Venturini, Dott. Giuseppe Zanni, Dott. Fernando Zanolì.

50° ANNO DI LAUREA - 1954

D.ssa Carla Battù, Dott. Gastone Benatti, Dott. Giuseppe Collorafi, Dott. Angelo De Polis, Prof. Francesco Folchi Vici, Dott. Alfonso Galassi, Dott. Lelio Gatti, Prof. Egidio Lusvarghi, Dott. Giovanni Mantovani Uguzzoni, Dott. Cosimo Masella, Dott. Giambattista Moreali, Dott. Cesare Paltrinieri, Prof. Gaetano Rossi, Prof. Alessandro Santino, Dott. Giacomo Scapinelli, Dott. Fabbio Vaccari, Dott. Benso Vecchi, Prof. Benito Vernole.



Il sito dell'Ordine è consultabile all'indirizzo Internet www.ordinemedicimodena.it



Da aprile è on line sul sito Internet la sezione **LA PROFESSIONE**

Home page con accesso alla ricerca anagrafica nazionale degli iscritti agli Ordini di Italia.

Segreteria e organi istituzionali

Orari di apertura al pubblico degli uffici. Orari di ricevimento dei colleghi.

Possibilità di scaricare tutta la modulistica on line di interesse per gli iscritti senza dovere accedere ai nostri uffici.

Indirizzi di posta elettronica dei servizi ordinistici per comunicare rapidamente con l'Ordine.

Normativa

Testi normativi disponibili on line in tema di:

- deontologia professionale
- contratti di lavoro e convenzioni
- normative amministrative e ordinarie

Consultazione gratuita delle Gazzette Ufficiali dello Stato pubblicate negli ultimi 60 giorni.

Bollettino

Consultazione degli ultimi 12 numeri del Bollettino dell'Ordine di Modena, scaricabile integralmente in formato pdf e in formato html per gli articoli di principale interesse.

Sostituzioni

Pubblicazione degli elenchi aggiornati dei nominativi e relativo recapito di colleghi disponibili per le sostituzioni di medici di base e pediatri. Principali riferimenti normativi per il conteggio dei compensi.

La professione

Raccolta delle tematiche di particolare interesse per l'esercizio professionale: privacy, consenso informato, autorizzazioni sanitarie al funzionamento dell'ambulatorio e/o studio, direzione sanitaria, pubblicità sanitaria, rifiuti sanitari, linee guida in ambito sanitario nazionale e locale.

Ultime notizie

Rubrica aggiornata quotidianamente a cura della Segreteria dell'Ordine

con notizie, scadenze e comunicazioni di interesse per gli iscritti.

Aggiornamento Professionale

Tutto sul programma nazionale di ECM e sulle iniziative dell'Ordine di Modena in materia di aggiornamento professionale e culturale degli iscritti. Modalità e modulistica per la richiesta del patrocinio dell'Ordine.

Risorse di rete

Link con le istituzioni sanitarie, accesso ai principali motori di ricerca in ambito sanitario, link con i siti di maggiore interesse suddivisi per specialità medica, collegamento ai siti Internet degli Ordini dell'Emilia Romagna.

Servizi al cittadino

Pubblicazione del calendario di guardia odontoiatrica festiva organizzato dalla commissione Odontoiatri dell'Ordine, sedi e recapiti telefonici di guardia medica, link con le aziende sanitarie, farmacie di turno, principi sul ruolo dell'Ordine nella tutela dei diritti del cittadino.



Scegli la tua Salute

HESPERIA



Un nome affermato
nella realtà sanitaria nazionale.
Un grande Gruppo attento
ai minimi dettagli.
La più moderna forma
di tutela della salute.
Uomini e tecnologie di spicco
a Vostra disposizione.
Clinica privata polispecialistica.

Sede distaccata
della Scuola di Specializzazione
in Cardiocirurgia dell'Università degli
Studi di Bologna.

Sede europea dell'Arizona Heart Institute
altamente specializzato in Cardiocirurgia
Cardiovascolare ed Endoluminale.

Centri Diagnostici multidisciplinari
d'avanguardia.

Un dubbio pressante,
una esigenza immediata;
rivolgeti all'HESPERIA.
La soluzione esiste.



HESPERIA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
Via Arquà, 80/A - 41100 Modena
Tel. 059.449.111 - Fax 059.39.48.40

Direttore Sanitario Dr. Stefano Reggiani
Medico Chirurgo Specialista in Cardiologia
ed Ipotesi e Medicina Preventiva

**HESPERIA
DIAGNOSTIC CENTER**
POLIAMBULATORIO PRIVATO
Via Arquà, 80/B - 41100 Modena
Tel. 059.39.31.01 - Fax 059.449.153
Direttore Sanitario Dr. Giuseppe Lo Russo
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia



