

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

*COME IL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA HA APPLICATO
IL NUOVO ORDINAMENTO DIDATTICO E PREPARA GLI STUDENTI AD AFFRONTARE
IL NUOVO ESAME DI STATO (A. TOMASI)*

FARMACOVIGILANZA: SI CAMBIA (C. ANDREOLI)

IL COMITATO ETICO DI MODENA (A. BORGHI).



MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Noi Vi assistiamo a casa e in strutture ospedaliere

A Modena

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



- chiamateci -

MODENASSISTENZA

059 -22.11.22

Via Ciro Menotti, 43 - Modena

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



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

EDITORIALE 4

LETTERE ALLA REDAZIONE 5

PRIVACY 6

LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA 8

ATTIVITÀ DELL'ORDINE 10

NORMATIVA 12

L'OPINIONE 14

ENPAM 16

DI PARTICOLARE INTERESSE:

Come il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha applicato il nuovo ordinamento didattico e prepara gli studenti ad affrontare il nuovo esame di stato (A. Tommasi)..... 19

Farmacovigilanza: si cambia (C. Andreoli) 22

Il Comitato Etico di Modena (A. Borghi). 23

ECM 29

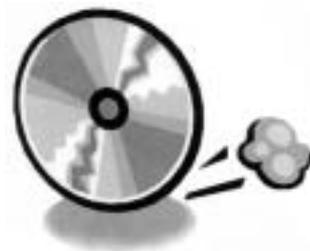
ARTE E DINTORNI 31

TACCUINO 32

CORSI CONVEGNI E CONGRESSI 35

In copertina:
"Finestra di Pescasseroli"
fotografia di Nicolino D'Autilia

CURA DIMAGRANTE DELL'ALBO MEDICI E ODONTOIATRI: DAL TOMO AL CD



Il processo di informatizzazione dell'Ordine pone il dovere di offrire sempre più servizi agli iscritti e fra questi il Consiglio ha inteso fornire, dopo molti anni, l'Albo degli iscritti a tutti i medici modenesi.

L'iniziativa è stata resa possibile dalla collaborazione della Banca Popolare dell'Emilia Romagna, del Poligrafico Mucchi e Tecnobienne, che si sono fatti carico degli oneri economici o che hanno praticato una cospicua riduzione delle tariffe in vigore per forniture di tal genere.

Si è deciso pertanto di editare le copie dell'albo medici e odontoiatri della Provincia di Modena in un CD rom.

Tale scelta è dovuta a una serie di considerazioni:

- l'edizione cartacea, molto più ingombrante e difficile da gestire, ha costi molto superiori;
- l'elettronica di consumo e di lavoro è ormai così diffusa da indurci a ritenere che la stragrande maggioranza di noi abbia un accesso facile ai dati attraverso i computers normalmente usati per ragioni professionali o per hobby;
- Il file è in formato *-.pdf.* cioè un formato universale leggibile con Acrobat Reader, un programma gratuito scaricabile dal sito dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Modena all'indiriz-

zo www.ordinemedicimodena.it o di Adobe all'indirizzo www.adobe.it.

Questa iniziativa vuole essere uno stimolo per tutti noi all'uso di mezzi informatici.

Gli aggiornamenti dell'albo, che avverranno con cadenza semestrale o annuale (non è ancora deciso), saranno messi a disposizione dei colleghi sul sito dell'Ordine, mediante files dello stesso formato, scaricabili per chi volesse archivarle su un proprio CD o sul proprio computer.

Il CD sarà allegato al numero di settembre del Bollettino e poiché a volte possono verificarsi disguidi nella consegna, vi invitiamo a una attenta sorveglianza.

Produrremo un numero di copie un po' superiore al numero degli iscritti; pertanto speriamo di essere in grado di fornire il CD ai pochi (ci si augura) che non lo avranno ricevuto.

Un saluto e la certezza di aver fornito ancora una volta un servizio utile ai medici modenesi.

*Il Consiglio
dell'Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri
di Modena*



Servizi Assistenziali:

ad ammalati, ad anziani,
a portatori di Handicap,
a domicilio, in ospedale,
in casa di cura o riposo.

Servizi Educativi:

Gestione diretta, Asilo nido Cittadella
Scuola Materna S. Antonio
presso la parrocchia S. Antonio
Piazza Cittadella, 13 - Modena

Per informazioni: Modena: Palazzo Europa - Via Emilia Ovest, 101 - Tel. 059.829.200 - Fax 059.829.050

Al Presidente dell'Ordine dei Medici
e degli Odontoiatri di Modena

Caro Presidente,

anzitutto felicitazioni per lo stile e la capacità con cui guidi questo nostro Ordine, cui mi sento particolarmente legato essendone stato ieri consigliere con l'amico Urbini e l'altro ieri il più giovane degli iscritti.

Ho aspettato tre mesi a scriverti, perché prima era soltanto un dubbio e in seguito volevo essere sicuro di non essermi sbagliato, ma, da quando avete pubblicato sul Bollettino di febbraio una mia "opinione" (con a fronte i pareri di una Conferenza Sanitaria) sui rischi della somministrazione ormonale in menopausa, sono incredibilmente totalmente escluso dalle visite degli Informatori Farmaceutici. La cosa non mi fa disperare, ma inquieta per il sentore quantomeno di inciviltà, che contrasta con l'assoluta precedente reciproca cordiale disponibilità e attenzione. Consentirai con me che la correttezza professionale (in questo caso interprofessionale) attinge, prima che alla deontologia o alla legalità o all'etica, alle normali correttezze e civiltà individuali che non pare richiedano l'iscrizione a un albo. Che la grottesca "fatwa" non sia stata emessa dai singoli Informatori, ma ne siano anch'essi oggetto, è dimostrato dal fatto che sono trattenuti dal visitarmi anche gli informatori dei farmaci non ormonali e persino quelli dei farmaci alternativi agli estroprogestinici (che io peraltro continuo con l'usuale libertà critica a prescrivere). Un mese fa uno di questi (l'Informatore della Unigyn) mi aveva addirittura telefonato, ignaro, per appuntare con grande cortesia la sua visita; chi l'ha più visto o risentito?

Caro Presidente D'Autilia, come vedi mi sono limitato a denunciare come inurbano, e con tutta la calma e tutto il sorriso possibili, questo comportamento nei miei confronti.

Ti chiedo di fare cortesemente quanto in tuo potere per aiutarmi a mantenere con minor sforzo ancora la calma e il sorriso.

Ti ringrazio e saluto cordialmente, con ogni augurio di buon lavoro a Te e agli ottimi Colleghi e Collaboratori.

Dott. E. Campedelli



VILLA BERTANI S.P.A.

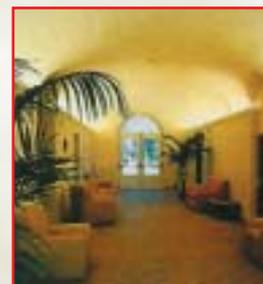
CENTRO RESIDENZIALE PER LA TERZA ETÀ



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

Entro il 30 giugno vedrà la luce il Testo Unico definitivo contenente le nuove regole che riguarderanno la tutela della riservatezza dei dati anche in ambito sanitario. Giunge così a termine un lungo lavoro svolto da molti attori con l'obiettivo da un lato di salvaguardare gli indirizzi espressi nella legge 675 e dall'altro di evitare a cittadini e utenti dei servizi disagi ed appesantimenti burocratici. Lo sforzo è stato di non poco rilievo se si pensa che la Commissione nazionale insediata presso il Ministero della Salute, e della quale fa parte il nostro presidente D'Autilia, si è riunita per circa due anni prima di approvare un regolamento attuativo che sia valido erga omnes. Vi sono stati momenti di confronto anche acceso e di franco dibattito, ma dopo il convegno di Modena sulla Privacy del novembre scorso le posizioni si sono fatte più elastiche.

Al momento di andare in stampa con questo numero del Bollettino non siamo ancora in possesso della versione definitiva del Testo Unico, ma solo di una bozza ancora "ufficiosa", per cui riteniamo di non entrare nel merito delle disposizioni in essa contenute perché potrebbero essere ancora oggetto di un'ultima revisione.

*Ci pare invece opportuno pubblicare il testo dell'articolo apparso sul **Sole 24 ore** (27/5-2/6) a firma del presidente D'Autilia, che affronta alcuni primi temi "scottanti" del nuovo regolamento. Un contributo per iniziare a riflettere sul tema della Privacy nel nostro ambito.*

Il Comitato di Redazione

L'interrogativo è d'obbligo anche alla luce della relazione del Garante per la privacy e della bozza di regolamento attuativo della 675 in ambito sanitario.

Dopo una prima fase infatti nella quale per circa un anno e mezzo la Commissione Nazionale istituita presso il Ministero della Salute ha lavorato con grande impegno alla stesura di un documento condiviso dalle parti in causa, ministeri, regioni, aziende e FNOMCeO, il convegno di Modena del 22 novembre ha visto sostanzialmente una prima apertura del Garante sulle modalità di raccolta del consenso per medici di famiglia e pediatri di libera scelta.

Nell'ultima stesura del regolamento si parla infatti di una informativa fornita "preferibilmente" per iscritto, non escludendo pertanto una possibile eventualità orale, prevista peraltro successivamente per quanto concerne una integrazione relativa ad alcuni trattamenti particolari.

Sono stati compresi nell'ambito della primitiva informativa i trattamenti relativi anche ai medici sostituti, ai medici operanti in forme associate (cooperative, gruppi minimi in rete, ecc.) non individuati in una prima stesura.

Quanto alla prestazione del consenso, essa "può essere manifestata con unica dichiarazione, anche oralmente".

Restano alcune perplessità. In primis la validità del consenso al trattamento dei dati anche per gli specialisti ai quali afferiscono i pazienti inviati dal medico di medicina generale o dal pediatra di libe-

ra scelta per approfondimenti diagnostici e/o consulenze terapeutiche.

L'atto medico infatti, per sua specifica connotazione, resta caratterizzato da una individualità profondamente correlata alla specificità della prestazione professionale, e la "condivisione" di un consenso in ambiti a volte anche ampiamente differenti dal punto di vista tecnologico appare di difficile comprensione per molti operatori della sanità.

Lo stesso Codice Deontologico fornisce ampia materia di riflessione laddove richiama a precisi articoli (9, 10 e 11) la salvaguardia dei diritti del paziente in tema di riservatezza.

Siamo cioè in presenza del cosiddetto consenso "a cascata" laddove viene individuato in un referente posto a monte del processo di assistenza sanitaria, MMG o PLS, il momento critico dell'informativa al paziente con successiva ricaduta su tutti gli attori del sistema.

C'è da riflettere all'interno della professione sulle implicazioni che una scelta di questo genere può portare in termini di accertamento soprattutto della responsabilità professionale del singolo medico che esegue la propria prestazione sul paziente - utente del Servizio Sanitario, nazionale o regionale poco importa.

Varrà la pena di soffermarsi poi sull'attenzione che il Garante ha inteso porre alla tutela della riservatezza in ambito sanitario con specifico riferimento a situazioni di particolare delicatezza.

Si intende qui sottolineare il passaggio relativo al momento della raccolta dell'anamnesi, chiaramente

te in ambito ospedaliero, quando ancora oggi si assiste al verificarsi di numerose situazioni di promiscuità. Per il Garante invece, e non possiamo non essere d'accordo, devono essere previste modalità fondamentalmente di natura strutturale affinché questo particolare e delicato momento dell'attività medica, la raccolta dell'anamnesi appunto, avvenga in idonei locali con la garanzia di una opportuna (e ovvia) riservatezza.

C'è da chiedersi: le Aziende sono pronte? In un momento come l'attuale connotato da forti input economici è plausibile, in termini di realizzabilità, un intervento strutturale su tutti i nosocomi del nostro paese?

L'auspicio è forzatamente positivo, ma è inutile nascondersi le difficoltà di fondo.

Resta il grosso nodo del carico burocratico.

Esso impensierisce le Aziende sanitarie e i professionisti del territorio che tutti i giorni lavorano nei propri studi confrontandosi con problemi strettamente legati alla salute dei cittadini ma che subiscono nel contempo l'assalto indiscriminato del

moloch amministrativo, vissuto come indebita ingerenza in un'attività che ha sempre avuto e ha tuttora nel rapporto umano medico-paziente il proprio punto di forza.

Una soluzione interlocutoria a questo problema, da intendersi assunta *tantum* da parte del Garante, potrebbe essere quella di applicare una sorta di sanatoria per la situazione pregressa, considerando in pratica come già raccolto il consenso al trattamento dei dati per tutti i pazienti in carico ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta alla data di entrata in vigore del decreto.

Perdurando infatti una intrinseca difficoltà alla modifica legislativa, ripetutamente sollecitata dalle organizzazioni sindacali dei medici di famiglia, la sanatoria avrebbe il pregio di snellire la procedura in una prima fase, quella più delicata, accostando i professionisti a un percorso che nel tempo assumerebbe le caratteristiche di una maggiore fluidità.

N. G. D'Autilia

TRATTO DAL "CORRIERE MEDICO" – 8 MAGGIO 2003

E' NEGATO ALL'ASL IL DIARIO CLINICO DEL PAZIENTE ASSISTITO IN ADP

Il diario clinico del paziente in assistenza domiciliare programmata (Adp) non va inviato all'ASL. Lo ha precisato il garante della privacy Stefano Rodotà (newsletter numero 167 del 14-20 aprile 2003) dopo che l'ASL aveva chiesto ai medici di medicina generale di spedire trimestralmente i diari tenuti a domicilio dei pazienti in Adp. Questi diari sono previsti dal dpr 270/2000 (articolo 1, comma I) e riportano annotate le considerazioni cliniche, le terapie, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche ecc.

Il decreto, però, non contiene alcuna disposizione circa l'inoltro della documentazione all'azienda sanitaria locale; pertanto il garante ha risposto negativamente a un'ASL che chiedeva i diari per finalità di controllo delle prestazioni e per ragioni statistiche.

I dati contenuti nei diari sono sensibili: dunque, rispetto della legge sulla privacy, le aziende sanitarie non possono richiederli.

Per il controllo dell'erogazione del servizio e per ragioni statistiche – ha spiegato il garante – è sufficiente che il medico di famiglia ogni volta che effettua la visita domiciliare trasmetta all'Azienda sanitaria locale i fogli firmati senza l'indicazione delle patologie.

M.P.E.

Venerdì 6 giugno ho partecipato a Roma ad una riunione di settore, con la Commissione Albo Odontoiatri nazionale, presente anche il Dr. Raffaele D'Ari Direttore Generale del Ministero della Salute.

Ecco in sintesi i punti discussi:

NORME IN MATERIA DI REGOLAMENTAZIONE DELLE ISCRIZIONI AI CORSI DI DIPLOMA UNIVERSITARIO E DI LAUREA PER L'ANNO ACCADEMICO 2000 – 2001

Sono in corso tentativi di modificare il disegno di legge che, come licenziato dalla Camera dei Deputati, pur riconoscendo alcuni diritti a coloro che non hanno superato la prova di accesso ai corsi di laurea, impedisce una sanatoria indiscriminata in favore degli studenti che presentarono ricorso alla Magistratura amministrativa avverso questa esclusione.

Si rischia, sostiene il Dr. Renzo presidente della Commissione Nazionale Albo Odontoiatri, di permettere l'accesso indiscriminato ad una professione delicata come quella odontoiatrica a soggetti che non hanno dimostrato le capacità intellettuali e culturali necessarie. In pratica un'ennesima operazione di carattere clientelare che rischia di pregiudicare in modo concreto la tutela della salute pubblica che dovrebbe costituire l'unico riferimento per il Parlamento.

Il diritto allo studio non ha nulla a che vedere con l'operazione di sanatoria che si vorrebbe realizzare, che risponde invece a evidenti e mai abbastanza esegrate logiche paternalistiche a tutto svantaggio di coloro che hanno dimostrato capacità e competenza.

Viene inoltre ad essere messa in discussione la

programmazione degli accessi ai corsi di laurea delle professioni sanitarie rispetto alla quale, peraltro, non risulta alcun cambio di indirizzo da parte del Ministero competente.

Le professioni intellettuali, come quella odontoiatrica, ha concluso Renzo, sono troppo importanti per la tutela dei cittadini per permettere l'accesso anche a persone che non hanno saputo dimostrare le doti necessarie per poterle praticare correttamente. Nella riunione si è ribadita la legittimità dei vigenti percorsi formativi per l'accesso alla professione odontoiatrica; infatti alcuni interventi di presidenti di ordine sulle questioni concernenti il legittimo esercizio della professione odontoiatrica imponevano ai rappresentanti ordinistici dell'odontoiatria di ribadire la correttezza e la legittimità dei vigenti percorsi formativi necessari per esercitare la professione odontoiatrica. L'incontro ha permesso di ribadire concetti e orientamenti dell'autonomia ordinistica odontoiatrica che costituiscono ormai un patrimonio acquisito; si è ritenuta superflua e anzi inutilmente allarmistica l'ipotesi di coinvolgere i presidenti degli ordini in un apposito Consiglio Nazionale su problemi che sono da tempo conosciuti e concretamente affrontati.

ECM

Il Dr. D'Ari ha ribadito la posizione del Ministero della Salute sull'obbligatorietà per i liberi professionisti e ha ribadito la disponibilità del Ministro Tremonti riguardo l'inserimento nella prossima finanziaria 2004 della possibilità di detrarre completamente i costi sostenuti per l'ECM.

Su questo capitolo si è aperta una grandissima discussione di tutti i Presidenti delle Commissioni presenti con prese di posizione differenti ma utilissime per l'esito dei lavori.

L'educazione medica continua, che è sempre stato obiettivo primario degli Ordini quale governo della professione, ha indubbiamente

individuato scenari innovativi.

Tutto il processo dovrebbe essere strumento per lo sviluppo professionale delle risorse umane e conseguente miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie a beneficio esclusivo dei cittadini.

Le criticità di maggiore risonanza emerse in questi tre anni sono riassumibili:

- riduzione di mera raccolta obbligatoria di crediti assimilabile all'acquisizione di bollini;
- disguidi tipici derivanti da una forte impostazione burocratica che non hanno evitato comportamenti opportunistici;
- perplessità per gli sponsor commerciali pur ineluttabili in assenza di risorse: si deve trovare una soluzione che impedisca palesi conflitti di interesse che potrebbero inficiare la credibilità della formazione;
- insufficiente analisi dei bisogni formativi per la libera professione che necessita di una esaustiva ricognizione;
- percezione del processo come strumento lesivo dell'autonomia degli operatori sanitari;
- difficoltà di funzionamento "amministrativo" per intoppi legati all'eccessivo centralismo;
- inaccettabile logica dell'attribuzione dei criteri da parte di esperti anonimi scelti con criterio metodologico oscuro;

Effetti positivi:

1. adeguata programmazione procedurale dei corsi e eventi formativi con conseguente approccio metodologico standardizzabile, consentendo omogeneizzazione dell'offerta formativa;
2. enfaticizzazione della fase di interattività tra partecipanti e docenti;
3. accreditamento dei provider stimolo per migliore offerta formativa con vantaggi per i discenti.

Effetti negativi:

- a. crediti assegnati non verificati in termini di impatto formativo;

- b. assenza di un controllo sul campo da parte di valutatori indicati dagli Ordini;
- c. mancanza di autonomia nel determinismo dei percorsi formativi per quanto attiene alla libera professione;
- d. ritardi nell'individuare i criteri per la formazione a distanza (FAD) con la conseguente inevitabile impraticabilità di un processo obbligatorio per tutti.

Per evitare le criticità emerse in questi tre anni si auspica per la libera professione odontoiatrica:

- definire al più presto i criteri di accreditamento dei provider, definendo il ruolo delle Agenzie regionali e degli Ordini;
- individuare i valutatori che saranno formati dagli Ordini;
- percorso formativo autonomo per i libero-professionisti odontoiatri, prevedendo meccanismi premianti per l'aggiornamento di maggiore impatto sulla salute (prevenzione, rischio biologico, neoplasie);
- detraibilità completa dei costi sostenuti per l'ECM;
- ritenere a regime tutto il processo solo dopo la legittimazione della FAD (compresi i crediti di lettura);
- 150 crediti in cinque anni;
- i crediti non dovranno costituire titolo professionale;
- prevedere, ope legis, la presenza nelle Commissioni regionali;
- demandare agli Ordini, sentite le società scientifiche, la valutazione della pratica standard, pratica auspicabile anche in termini costo-beneficio e della ricaduta dell'efficacia formativa sulla qualità professionale;
- 1 punto = 1 ora per gli eventi formativi residenziali fino al momento di individuazione di criteri certi e trasparenti nell'attribuzione dei crediti.

R. Gozzi

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - 22 MAGGIO 2003

Il giorno 22 maggio 2003 alle ore 21,40 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).

1. Approvazione verbale della seduta Commissione Albo Odontoiatri del 15.4.2003;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Il corso di aggiornamento in odontoiatria: "gli anestetici locali";
4. Eventuali parcelle odontoiatriche da opinare;
5. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - 26 MAGGIO 2003

Il giorno 26 maggio 2003 alle ore 21 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Marco Baraldi (Vice-presidente), Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Marco Fresa, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa (Segretario), Dott. Stefano Reggiani (Tesoriere), Prof. Francesco Rivasi.

1. approvazione verbale seduta di Consiglio del 5/5/2003;
2. variazioni agli albi professionali;
3. comunicazioni del Presidente;
4. delibere amministrative (Reggiani);
5. delibere di pubblicità sanitaria;
6. varie ed eventuali.

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 26.5.2003

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Iscrizione per trasferimento		N. Iscriz.
CASSESE	BARBARA	5676
GIANNINI	CINZIA	5677
Cancellazione per trasferimento		
FERRARI	FRANCA	4024
Cancellazione per cessata attività		
DIGRISOLO	ANTONIA	1625

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - 9 GIUGNO 2003

Il giorno 9 giugno 2003 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 (Vice-presidente), Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi, D.ssa Azzurra Guerra, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa (Segretario), Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

1. approvazione verbale seduta di Consiglio del 26/5/2003;
2. variazioni agli albi professionali;
3. comunicazioni del Presidente;
4. Comitato Centrale FNOMCeO del 5/6/2003: report;
5. bozza di Statuto della FRER – Ordini: approvazione;

6. privacy: novità sulle disposizioni attuative della L. 675;
7. delibere personale dipendente;
8. delibere amministrative (Reggiani);
9. delibere di pubblicità sanitaria;
10. varie ed eventuali.

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 9.6.03

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
SCIRPOLI	FRANCESCA	5678
Cancellazione per trasferimento		
PALLADINI	GIOVANNI	5188
Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi Dl.vo 277/91		
FIORI	BRUNELLA	3578

ALBO ODONTOIATRI

Prima iscrizione - superamento prova attitudinale di cui al D.Lgs. 386/98		
ABOU MERHI	SAMIR	484
BAGNATO	MARIA ROSA	485
KOOMARI TABRIZI	MAGHSOOD	486
Presa d'atto superamento prova attitudinale di cui al D.Lgs. 386/98		
FANTI	FRANCA	

CORSI DI INFORMATICA A PAVULLO

L'Ordine informa i colleghi che risiedono in ambito montano che esiste la possibilità di organizzare corsi di informatica gratuiti, già deliberati dal Consiglio Direttivo, a Pavullo.

La fattibilità degli stessi è strettamente correlata al numero dei partecipanti. Chi fosse pertanto interessato è pregato di contattare al più presto la segreteria al numero 059/247721.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI MODENA

ORARIO ESTIVO

LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'	SABATO
10.00 13.00	10.00 13.00	10.00 13.00	10.00 13.00	10.00 13.00	CHIUSO

NEI MESI DI LUGLIO E AGOSTO CHIUSURA POMERIDIANA

Riceviamo dall'Azienda USL di Modena e pubblichiamo la normativa relativa al decreto 4 aprile 2003: modifiche ed integrazioni al decreto Ministero della sanità del 24 maggio 2001, concernente Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n. 12.



DIPARTIMENTO FARMACEUTICO AZIENDALE
Servizio Farmaceutico Territoriale

Prot.n°428

Sulla G.U. n. 122 del 28 maggio 2003 è stato pubblicato il decreto di cui all'oggetto la cui entrata in vigore è stata fissata nel giorno successivo a quello di pubblicazione.

Sono pertanto in vigore dal 29 maggio 2003 le modifiche introdotte relativamente alla prescrizione di farmaci analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa.

Essendo previsto l'invio da parte del Ministero della Salute di una circolare esplicativa e di una lettera indirizzata a tutti i medici ed i farmacisti, lo scrivente Servizio si limita a riportare le principali variazioni introdotte dal decreto 4 aprile 2003 rimandando ad un momento successivo una informazione più completa e dettagliata sulle norme di prescrizione e l'analisi della situazione della Provincia di Modena rispetto all'aumento di utilizzo di questi farmaci auspicato dal Ministro stesso.

Sono di seguito elencate le modifiche apportate ai diversi articoli:

Art. 1: nelle nuove norme d'uso della ricetta, che, come nel precedente ricettario, saranno riportate nella seconda pagina di copertina, vengono eliminati i punti 2, 5 e 12 precedenti il che si traduce nella

- possibilità di indicare con numeri anziché con lettere dosaggi, quantità, modo e tempi di assunzione;
- il medico o il veterinario non è più obbligato a conservare per sei mesi le copie non rilasciate all'assistito.

Art. 2: i medicinali contenenti buprenorfina quando impiegati nella terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni devono essere prescritti sulla ricetta in triplice copia indipendentemente dalla via di somministrazione.

Art. 3: i medicinali compresi nell'allegato III-bis della legge 8 febbraio 2001, n. 12 (buprenorfina, codeina, diidrocodeina, fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone, morfina, ossicodone, ossimorfone) in associazione farmaceutica con altri farmaci, per i quali è di norma prevista la ricetta non ripetibile, **quando vengono impiegati nella terapia del dolore severo in corso di patologia neoplastica o degenerativa per una terapia non superiore a trenta giorni devono essere prescritti sulla ricetta in triplice copia** (es. paracetamolo + codeina).

Art. 6 : nel periodo di tempo necessario alla stampa e alla distribuzione dei ricettari secondo quanto previsto dal decreto 4 aprile 2003, i medici e i veterinari sono autorizzati ad usare i ricettari in triplice copia, approvati con decreto 24 maggio 2001 e già in uso, rispettando le norme introdotte dal nuovo decreto.

In attesa della suddetta circolare esplicativa e di eventuali indicazioni regionali in merito, si confida che queste prime indicazioni consentano di mettere in atto le disposizioni contenute nel decreto già in vigore e si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Servizio Farmaceutico Territoriale
(Dr.ssa Lorenza Gamberini)

Sollecitati cortesemente dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Brescia e di Firenze, che ringraziamo in considerazione dell'interesse generale rivestito dall'argomento, sembra opportuno ritornare sulla materia dei **corsi di perfezionamento e aggiornamento professionale e dei masters**, già oggetto di precedenti comunicazioni della FNOMCeO anche alla luce della normativa in tema di pubblicità sanitaria.

Come è noto il D.M. 3 novembre 1999 n. 509 "Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei" ha fissato le disposizioni regolamentari, in conformità delle quali le Università devono disciplinare gli ordinamenti didattici dei propri corsi di studio, al fine della realizzazione della autonomia didattica di cui all'art. 11 della legge 19 novembre 1990 n. 341 "riforma degli ordinamenti didattici universitari".

La citata legge n. 341/90 individua all'art. 1 i titoli universitari rilasciati dalle Università (diploma universitario, diploma di laurea, diploma di specializzazione, dottorato di ricerca) così come il DM n. 509/99 all'art. 3 comma 1 precisa che le Università rilasciano titoli di primo e secondo livello ovvero laurea L e laurea specialistica LS.

Nei successivi commi dello stesso articolo 3 del regolamento ministeriale si definiscono e precisano gli obiettivi dei corsi di studio successivi al conseguimento della laurea.

Più precisamente, riguardo alla materia oggetto della presente comunicazione, all'art. 3 comma 8, il DM n. 509/99 riporta: "... restano ferme le disposizioni di cui all'art. 6 della legge 19 novembre 1990 n. 341 in materia di formazione finalizzata e di servizi didattici integrativi.

In particolare in attuazione dell'art. 1 comma 15 della legge 14 gennaio 1999 n. 4 le università possono attivare, disciplinandoli nei regolamenti didattici di ateneo, corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente e ricorrente, successivi al conseguimento della laurea o della laurea specialistica, alla conclusione dei quali sono rilasciati i masters universitari di primo e di secondo livello...".

Da quanto sopra detto deve, quindi, ritenersi che resta ferma la regolamentazione dei corsi di perfezionamento e di aggiornamento professionali attivati ai sensi dell'art. 6 della legge n. 341/90.

Come già esposto nella precedente comunicazione della Federazione n. 118/99, la regolamentazione è quella stabilita dagli articoli 16 e 17 del DPR 10 marzo 1982 n. 162 "riordinamento delle scuole dirette ai fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento" dal combinato disposto dei quali si evince che a conclusione del corso – di durata non superiore ad un anno – è rilasciato dal Direttore del corso un attestato di frequenza non valutabile nell'esercizio di uffici e di professioni o nell'ambito della ricerca scientifica.

Riguardo ai corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente e ricorrente a conclusione dei quali sono rilasciati masters di primo e di secondo livello – così come si evince dall'art. 1 della legge 341/90, nonché dall'art. 3 DM n. 509/99 che individuano esplicitamente i titoli universitari – questi non possono essere considerati diplomi universitari ma rivestono la valenza di attestati di frequenza.

Ai fini della pubblicità sanitaria gli attestati di frequenza ai corsi di perfezionamento ex DPR n. 162/82 e i masters conseguiti ex L. 341/90 e DM 509/99 non possono essere pubblicizzati in quanto non rientrano nella tassativa elencazione che la legge n. 175/92 fa dei titoli di studio, accademici, di carriera e di specializzazione pubblicizzabili.

Per doverosa completezza è da precisare che i corsi di perfezionamento regolamentati, nel passato, dalla legge 26 gennaio 1942 n. 78 – oggi abrogata – in considerazione della previsione dell'art. 5 che stabilisce: "il diploma di perfezionamento ha valore di titolo accademico ed è rilasciato dal Rettore dell'Università", avendo valore di titoli universitari, erano e restano pubblicizzabili.

*Il Presidente FNOMCeO
G. Del Barone*

QUALE RUOLO PER IL COMITATO UNITARIO DELLE PROFESSIONI - CUP

La costituzione di Ordini e Collegi, organismi indipendenti e autonomi, da parte dello Stato risale a circa un secolo fa. A questi, considerati Enti di carattere pubblico, vengono delegate la tenuta dell'albo e la possibilità/dovere di erogare agli iscritti sanzioni disciplinari per eventuali violazioni della deontologia.

Nel dopoguerra, il Parlamento ha ricostituito Ordini e Collegi, soppressi durante il fascismo, senza peraltro rinnovarne le regole. Nel frattempo però la società si modificava in maniera drammatica e nuove problematiche della professione diventavano evidenti. Si pensi al vertiginoso aumento dei professionisti con relativa pleora, ai problemi della pubblicità e dell'informazione, all'emergere di nuove professionalità, al controllo, sempre più difficile, delle competenze e della qualità della prestazione.

Oggi tutti questi problemi sono diventati un unico grande problema che deve spingere il legislatore ad ammodernare gli Ordini e i Collegi in modo da renderli adeguati alla realtà odierna, con concrete e certe garanzie per la cittadinanza e i professionisti. Questo anche per il respiro sempre più europeo che le libere professioni stanno acquisendo per la libera circolazione dei professionisti. È chiaro che questi problemi sono enfatizzati nella professione medica, dove l'incapacità del fruitore a valutare la qualità della prestazione rende necessario il controllo deontologico da parte dell'Ordine. Questo pare non piacere a Confindustria e CGIL, contrarie all'autoregolamentazione delle professioni.

Purtroppo molte istituzioni italiane e le forze politiche non si sono ancora accorte che la società è cambiata e sta cambiando sempre più velocemente e profondamente. Molti nel nostro paese vedono ancora il mondo coi colori blu delle tute e bianco dei colletti delle imprese e non si accorgono dell'importanza dei servizi del terziario avanzato nonostante il numero di addetti sia in costante aumento, quasi raggiungendo i due milioni di unità, come in aumento è la percentuale del PIL nazionale prodotto, ormai oltre il 12%. Pare tuttavia che la discussione sia approdata al Parlamento con l'intenzione di emanare una legge di "riordino delle professioni intellettuali" per adeguare l'organizzazione professionale alla realtà di oggi. Sembra logico affidare a sog-

getti autonomi (Ordini e Collegi), anche se sottoposti gerarchicamente all'autorità dello Stato, l'esercizio professionale, la tutela disciplinare e la verifica del mantenimento nel tempo delle competenze professionali. È anche sostenibile che le forze professionali vengano inserite, cosa mai successa prima, come protagoniste della concertazione della programmazione economica del Paese e delle singole regioni. Gli Ordini dei Medici risentono dell'essere stati in passato contraenti sindacali in rappresentanza delle categorie mentre oggi si richiede loro solo una competenza sugli aspetti formativi e deontologici. Forse per questo la Federazione Nazionale non partecipa ufficialmente al Comitato Unitario delle Professioni (CUP) mentre in Toscana, dove le scelte sono state più chiare e l'Ordine nomina, per legge regionale, i componenti del Consiglio Sanitario, i medici partecipano al CUP attualmente presieduto proprio dal rappresentante dei medici. Vi ricordo che il CUP ha la funzione di unire i professionisti discutendo sia delle esigenze professionali che delle garanzie che gli Ordini e Collegi devono fornire ai cittadini e di fare conoscere le esigenze della libera professione nei confronti dei legislatori e dei cittadini.

Tutti i professionisti d'Italia devono unirsi per cercare di vincere l'indifferenza delle istituzioni e per la valorizzazione delle Professioni, per il loro riconoscimento e per una riqualificazione delle loro funzioni sempre più strategiche in una società moderna ed avanzata come quella italiana, che deve fare della competizione internazionale uno strumento di crescita e sviluppo.

Il CUP costituisce pertanto la rappresentanza di tutti gli Ordini e Collegi, che cerca di effettuare corrette pressioni istituzionali per ottenere un risultato utile sia per i cittadini che per i professionisti stessi. Il CUP è pertanto sede di confronto tra professioni in una situazione in questo momento ancora tutta da regolamentare. Ma anche dopo l'eventuale promulgazione della legge il CUP potrà essere la giusta sede di confronto tra professionisti per far capire sempre più quanto la società debba alle professioni intellettuali e come non si possa, senza di esse, programmare lo sviluppo moderno di una nazione.

R. Olivi

UN TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TOS) E CON IL CONSENSO DEL PAZIENTE INFORMATO?

POSSIBILE E REALE O UTOPICO?



rganizzato dal Dipartimento di salute mentale dell'azienda USL modenese, diretto dalla D.ssa Patrizia Guidetti, in collaborazione con il presidente del Tribunale di Modena Dr. Mauro Lugli, i tre presidi di Diagnosi e Cura della nostra provincia (presenti il Prof. Curci, il Prof. Gian Paolo Guaraldi, il Prof. Marco Rigatelli e i tre responsabili D.ssa Marita Burattini, D.ssa Vanna Greco e Dott. Martinelli), il Prof. Salvatore Luberto professore ordinario di Medicina legale dell'Università di Modena, l'Ordine provinciale dei Medici (presente il presidente Dott. Nicolino D'Autilia), le case di cura psichiatriche provinciali dirette dal Dr. Gregorio Donati e dal Dott. Pierluigi Forghieri e infine (non certo per importanza) l'Associazione Nazionale dei famigliari dei pazienti psichiatrici, si è svolta a Modena una importantissima tavola rotonda dal provocatorio titolo "I TOS: da sequestro di persona a terapia", in occasione del 25° anniversario della legge 13 maggio 1978 (più nota come legge 180 o legge Basaglia), ma soprattutto in vista della discussione in Parlamento del nuovo testo modificato della proposta di legge Burani Procaccini.

Queste le domande inquietanti che hanno ispirato il dibattito e che saranno al centro dell'interesse e delle future discussioni sulla nuova proposta di legge:

Come può essere terapeutico un intervento intrapreso senza o contro la volontà del paziente che ne è il destinatario?

Perché la legge 180 Basaglia che l'OMS indica come legge di assistenza psichiatrica ideale, tanto da suggerirla come modello di riferimento per tutti i paesi, continua a contenere al proprio interno la contraddizione tra l'enunciazione di fondo "i trattamenti sanitari psichiatrici sono volontari" e la possibilità di intervenire coattivamente sul paziente?

Al di là infatti dei validissimi contenuti ideologici e ispiratori, la legge presenta in particolar modo sui TOS proposte vaghe e non ben definite. Con quale "scienza" due psichiatri, chiamati in urgenza, possono certificare "una non coscienza di malattia" per quelle persone per le quali è richiesto l'intervento? Come si può sostenere che, se questi rifiuta le cure proposte "in fretta" dai terapeuti chiamati ad intervenire, rifiuta di fatto anche gli altri interventi terapeutici possibili? E quale certezza di successo terapeutico hanno gli specialisti psichiatri per dichiarare che in quel momento e in quel contesto non esi-

stano altre valide alternative territoriali al ricovero in degenza ospedaliera? Come è possibile conciliare i requisiti richiesti dal consenso informato, come ha giustamente sottolineato il Dott. D'Autilia, con un trattamento obbligatorio, contro cioè la volontà del paziente.

Ancora una volta è emerso con chiarezza che non esiste un "obbligo giuridico" per un TOS. Al di là della risposta in "scienza e coscienza" del sanitario che interviene, che ha sempre per altro a disposizione l'articolo di legge sullo "stato di necessità", non si intravedono rischi o responsabilità nel non convalidare un trattamento sanitario obbligatorio, né è sufficiente la sola firma del giudice tutelare per garantire i diritti del paziente. Non credo sia un caso il fatto che nel nuovo testo unificato della proposta di legge Burani Procaccini del 29 marzo 2003, un lungo articolo 7 con ben 11 approfondimenti venga dedicato proprio ai TOS per superare le contraddizioni emerse.

Così come non credo fortuita l'introduzione al punto 2 degli "accertamenti sanitari obbligatori" (ASO). Gli ASO secondo la nuova proposta si dovrebbero configurare come: uno strumento capace di perseguire l'obiettivo di entrare in contatto con la persona quando si ha il fondato sospetto della presenza di alterazioni psichiatriche.

Se a ciò si aggiunge che presso ogni sede di giudice tutelare dovrebbe essere istituita una "commissione per i diritti della persona affetta da disturbi mentali" con funzioni ispettive e di controllo, che tale commissione presieduta da un giudice tutelare deve essere composta anche da uno psichiatra con almeno 10 anni di attività professionale in strutture pubbliche o convenzionate e da un rappresentante delle associazioni dei famigliari presenti nel territorio, ne deriva l'opportunità a mio avviso di approfondire queste problematiche e le nuove proposte.

Il Comitato di redazione del Bollettino dell'Ordine dei Medici potrebbe riattivare ad esempio un metodo di discussione già collaudato come un forum tra gli addetti ai lavori. L'Ordine potrebbe organizzare un dibattito su tutte le luci e le ombre del nuovo testo di legge, rapportato ovviamente con una legge sostanzialmente buona come la 180, ma che necessita forse di alcune modifiche.

C. Valgimigli

FONDAZIONE E.N.P.A.M.

FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE
CONTRIBUTI PROPORZIONALI FONDO GENERALE QUOTA "B"
ANNO 2003 REDDITI ANNO 2002

L'E.N.P.A.M. ha introdotto una nuova modalità di riscossione del contributo previdenziale dovuto al Fondo della libera professione. Tale riforma prevede il superamento della necessità dell'auto-liquidazione del contributo da parte dell'iscritto. Il professionista, pertanto, non è più tenuto a determinare, secondo le note e complesse modalità di calcolo, il contributo dovuto e ad effettuare direttamente il versamento dello stesso tramite bonifico bancario. La sua attività sarà limitata alla comunicazione all'E.N.P.A.M., tramite il modello D inviato a domicilio del professionista, del reddito derivante dall'esercizio della libera professione medica o odontoiatrica e, qualora ne ricorrano i presupposti, alla richiesta di accesso alla contribuzione ridotta o di esonero dal versamento del contributo in quanto pensionato del Fondo Generale. Le successive operazioni di calcolo del contributo proporzionale verranno effettuate a cura dell'E.N.P.A.M. sulla base dei dati indicati nel Modello D.

Il contributo dovrà essere versato in un'unica soluzione utilizzando il bollettino MAV già compilato, pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale, entro il 31 ottobre 2003 e comunque non oltre il termine indicato sul MAV. La Banca Popolare di Sondrio, incaricata dall'E.N.P.A.M., invierà tale bollettino a tutti gli iscritti tenuti al versamento, in prossimità della suddetta scadenza.

Requisiti

Iscrizione all'Albo professionale.

Reddito libero professionale netto annuo superiore per l'anno 2002:

- a € 4.544,80 annui indicizzati per gli iscritti di età inferiore a 40 anni ovvero ammessi al contributo ridotto alla quota "A";
- a € 8.460,40 annui indicizzati per gli iscritti di età superiore a 40 anni.

Reddito assoggettabile a contribuzione

Il reddito assoggettabile a contribuzione è quello derivante dall'esercizio della professione medica o odontoiatrica, appartenente, a titolo esemplificativo, alle seguenti tipologie:

- 1 – redditi di lavoro autonomo prodotti nell'esercizio della professione medica o odontoiatrica, ivi compresa l'attività svolta in forma associata e quella svolta in regime di "extra moenia";
- 2 – redditi da collaborazione coordinata e continuativa, purché derivanti dall'esercizio della professione medica o odontoiatrica;
- 3 – utili derivanti da associazioni in partecipazione, quando l'apporto è costituito esclusivamente dalla prestazione professionale;
- 4 – compensi per l'attività libero-professionale "intra-moenia";
- 5 – redditi, anche se non soggetti a prelievo fiscale, derivanti dal conferimento di borse di studio per la partecipazione a corsi di formazione in medicina generale e per la frequenza ai corsi di dottorato di ricerca, retribuzioni per i medici in formazione presso le scuole di specializzazione, assegni conferiti dalle Università degli Studi per la collaborazione ad attività di ricerca relative all'esercizio della professione medica o odontoiatrica.

Il reddito da dichiarare deve essere al netto delle spese sostenute per produrlo e non soggetto ad altra forma di previdenza obbligatoria. Pertanto i medici e gli odontoiatri convenzionati con il S.S.N. o altri Enti che hanno prodotto anche redditi da libera professione, dovranno indicare nel Modello D esclusivamente tale reddito al netto delle relative spese.

Nuove modalità di versamento

Da quest'anno la dichiarazione del reddito professionale (Modello D) va spedita improrogabilmente entro il 31 luglio 2003, utilizzando i moduli che sono stati inviati a tutti gli iscritti dall'ENPAM e la busta che sarà allegata, al seguente indirizzo: FONDAZIONE E.N.P.A.M. – Casella Postale n. 13100 – 00185 ROMA a mezzo raccomandata. In alternativa, da quest'anno, la dichiarazione del reddito professionale può essere effettuata in via telematica. Per usufruire di tale servizio è necessario accedere al sito dell'E.N.P.A.M. www.enpam.it, effettuare la registrazione e, una volta ricevuta la password per l'autenticazione, entrare nell'Area riservata. I moduli possono inoltre essere ritirati presso la segreteria di quest'Ordine.

L'importo del contributo sarà calcolato dall'E.N.P.A.M. sulla base dei dati indicati nel Modello D.

Il **contributo deve essere versato mediante bollettino MAV** già compilato, pagabile presso qualsiasi Istituto di Credito o Ufficio Postale, entro il **31 ottobre 2003** e comunque non oltre il termine indicato sul MAV. La Banca Popolare di Sondrio, incaricata dall'E.N.P.A.M., invierà tale bollettino a tutti gli iscritti tenuti al versamento, in prossimità della suddetta scadenza. Il mancato ricevimento del bollettino non esonera dal versamento del contributo ove dovuto, in tal caso dovrà essere contattata la Banca Popolare di Sondrio al seguente numero verde: 800.24.84.64.

Ammontare del contributo indicizzato

Contributi dovuti sui redditi prodotti nell'anno 2002:

- 12,5% del reddito professionale netto, con esclusione delle voci connesse ad altra forma di previdenza obbligatoria sino all'importo di € 45.899,07 indicizzati;
- 1% sul reddito eccedente tale limite, di cui solo lo 0,5% pensionabile.

Gli iscritti che contribuiscono – in base ad un rapporto stabile e continuativo – anche ad altre forme di previdenza obbligatoria, compresi i Fondi Speciali E.N.P.A.M., ovvero siano già titolari di pensione, possono essere ammessi alla contribuzione ridotta:

- del 2% sino ad € 45.899,07 indicizzati;
- dell'1% sul reddito eccedente tale limite, di cui solo lo 0,5% pensionabile.

Richiesta di versamento del contributo proporzionale ridotto

La richiesta di versamento del contributo proporzionale ridotto (2%) sul reddito eccedente il minimo, purché prodotto per la prima volta nel 2002, può essere avanzata dagli iscritti che contribuiscono ad altre forme di previdenza obbligatoria, ivi compresi i Fondi speciali di previdenza gestiti dall'E.N.P.A.M., ovvero siano già titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio. La domanda di contribuzione ridotta va presentata una sola volta e non è revocabile finché perdurano le condizioni che l'hanno consentita.

Gli iscritti che già nel 2001 avevano prodotto reddito da libera professione assoggettabile a contribuzione E.N.P.A.M., erano in possesso dei requisiti sopra richiamati e non hanno optato per il versamento della contribuzione ridotta nel 2002, non possono proporre la domanda nell'anno in corso, né in quelli futuri.

I pensionati del Fondo Generale dell'E.N.P.A.M. sono ammessi d'ufficio alla contribuzione ridotta. Possono, tuttavia, chiedere l'esonero totale dal versamento del contributo, presentando apposita domanda. Il pensionato che ha già presentato a suo tempo la domanda di esonero non deve più ripeterla. La richiesta di versamento del contributo proporzionale ridotto o di esonero deve essere inoltrata inderogabilmente entro il 31 luglio 2003.

Nota

I contributi proporzionali sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF.

FONDAZIONE E.N.P.A.M.

CONDONO FISCALE E CONSEGUENTE MAGGIORE IMPONIBILE AI FINI PREVIDENZIALI

(L. 27 Dicembre 2002, n. 289 e successive modificazioni)

Gli iscritti al Fondo di Previdenza Generale che:

- procedono all'integrazione degli imponibili per gli anni pregressi (Dichiarazione integrativa semplice) ai sensi dell'articolo 8 della Legge 27 Dicembre 2002, n. 289 (come modificata dalla Legge n. 27 del 21 febbraio 2003, di conversione del Decreto Legge 282/02);
- richiedono la definizione automatica dei redditi di impresa e di lavoro autonomo per gli anni pregressi mediante autoliquidazione (Concordato), ai sensi dell'articolo 7 della stessa legge;

devono comunicare all'E.N.P.A.M. il maggiore imponibile ai fini contributivi eventualmente risultante dalle suddette operazioni.

A tal fine è necessario trasmettere l'allegato modello predisposto dall'Ente od una dichiarazione di responsabilità – rilasciata ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 – nella quale si attesti la tipologia di operazione effettuata (Dichiarazione integrativa semplice ex articolo 8, ovvero Concordato ex articolo 7) e, per ciascun periodo di imposta, i maggiori imponibili ai fini previdenziali dichiarati. Si ricorda, a tale proposito, che in caso di Concordato il maggiore imponibile previdenziale è pari al 60% del maggiore imponibile dichiarato ai fini fiscali (il minimo reddituale esente sarà eventualmente detratto dagli Uffici in sede di calcolo).

La descritta documentazione, unitamente alla copia di un documento di identità, deve essere spedita al Servizio Contributi proporzionali al reddito - "Quota B" del Fondo Generale, Casella Postale 13100, 00185 Roma, ovvero trasmessa via fax al n. 06.48.294.922.

Gli Uffici procederanno al calcolo dell'importo dovuto per la regolarizzazione della posizione contributiva ed invieranno al domicilio dell'iscritto, unitamente al prospetto riepilogativo del calcolo effettuato, le istruzioni per il relativo versamento.

Per ulteriori informazioni è possibile contattare il Servizio Contributi Proporzionali ai seguenti numeri: tel. 06.48.294.951, fax 06.48.294.922.

N.B.: AL FINE DELLA CORRETTA COMPILAZIONE DEI MODULI FISCALI, SI FA PRESENTE CHE IL CODICE FISCALE DELLA FONDAZIONE E.N.P.A.M. È 80015110580

ULTIMA ORA

CORSI DI SPECIALIZZAZIONE E CONTRIBUZIONE E.N.P.A.M.

In merito al problema dei professionisti in formazione specialistica, dopo i chiarimenti in sede politica e in conseguenza del documento in discussione alla Camera dei Deputati (ordine del giorno di giovedì 19 giugno 2003 – 326ª seduta pubblica), confermo il mio pieno interessamento affinché la categoria abbia il giusto e adeguato riconoscimento dell'attività svolta.

In tale ambito mi adopererò perché la copertura previdenziale prevista dal D.Lgs 368/1999 possa essere canalizzata verso la Fondazione E.N.P.A.M..

In ogni caso fino a quando non interverranno i provvedimenti idonei a dare attuazione al D.Lgs 368/1999 e fino a quando gli specializzandi non avranno conseguito i contratti di formazione lavoro previsti dall'art. 37, con relativa disciplina anche nei risvolti previdenziali, nessun contributo è dovuto dai professionisti in formazione sui compensi percepiti.

Il Presidente E.N.P.A.M.

E. Parodi

COME IL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA HA APPLICATO IL NUOVO ORDINAMENTO DIDATTICO E PREPARA GLI STUDENTI AD AFFRONTARE IL NUOVO ESAME DI STATO

INegli ultimi 15 anni il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha visto ben 3 “nuovi ordinamenti didattici”. Dalla Tabella XVIII introdotta dalla Riforma Gentile (testo unico delle leggi sull'istruzione superiore, Regio Decreto 30.9.1938 n 1652), si è passati alla tabella XVIII bis, (DM 27.10.1988) quindi alla tabella XVIII ter (DM 10.7.1996), per poi passare ai Decreti d'Area (DM 28.11.2000).

I cambi di ordinamento si sono susseguiti ad intervalli così frequenti da non potere osservare “in corpore vili” gli effetti di alcuna di queste modifiche. Poiché le Facoltà non sempre hanno adottato immediatamente i nuovi ordinamenti, al momento in Italia esiste un incredibile e variegato numero di ordinamenti.

Tale stato di cose rende, tra l'altro, estremamente difficili i trasferimenti da un ateneo all'altro, dato che la ricostruzione del curriculum studiorum degli studenti è un puzzle di difficile soluzione.

Ogni cambiamento ha comportato nuove regole, nuovi corsi, insegnamenti differenti e, soprattutto nel passaggio dalla XVIII bis alla XVII ter, filosofie di insegnamento diverse: da un ordinamento centrato sulla preparazione culturale e cognitiva ad uno professionalizzante, centrato sugli aspetti tipici del saper fare.

Il susseguirsi veloce ed imprevedibile di questi cambiamenti ha portato alcune facoltà ad attivare allo stesso tempo ben quattro tipi (e qualche “sottotipo”) di ordinamento diverso: l'ordinamento “uralt”, l'originale, le due tabelle riformate, i nuovi decreti d'area.

Una breve cronistoria dell'ordinamento didattico: la tabella XVIII bis, la ter e il Nuovo Ordinamento Didattico (NOD)

Le famose “tabelle”, liste precise e dettagliate di materie, argomenti, nozioni che lo studente doveva conoscere per diventare medico chirurgo furono

introdotte dalla riforma Gentile.

La tabella XVIII determinava l'ordinamento del corso di Medicina e Chirurgia. Mantenendo l'ordinamento didattico al di fuori del Testo legislativo, si otteneva il vantaggio di potere apportare modifiche all'ordinamento didattico con un decreto ministeriale, senza passare attraverso l'approvazione di una legge. Per decenni, comunque, l'ordinamento non subì alcuna modifica.

La riforma dei contenuti e delle modalità di esplicamento dell'attività didattica nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ha, in effetti, avuto inizio nel 1988/89, quando nacque l'esigenza di adeguare il corso di studi al modello europeo: la tabella XVIII bis fu predisposta a questo scopo.

L'ordinamento prevedeva l'organizzazione del percorso formativo per “aree didattiche”, ciascuna delle quali finalizzata al raggiungimento di specifici obiettivi formativi. Per il raggiungimento di tali obiettivi era prevista una particolare organizzazione dell'attività didattica basata sui “corsi integrati” raggruppati diverse discipline fra loro affini e coerenti con le finalità prefissate.

Nell'applicazione pratica della tabella si giunse ad una frammentazione dell'insegnamento con conseguente dilatazione nel numero degli esami. Conseguenze di questa frammentazione eccessiva nell'insegnamento sono tuttora presenti negli ordinamenti correnti.

Con la tabella XVIII ter fu introdotto il concetto di credito formativo (ne occorrevano 1000 per ottenere la laurea) e fu assegnato un ruolo preminente “all'attività didattica interattiva” da attuare su piccoli gruppi di studenti. In tal modo il rapporto docente/discente sarebbe dovuto divenire più diretto, con maggiori possibilità di trasferimento di nozioni e attività pratiche.

Per cercare di conformarsi più strettamente alla prassi europea, che privilegia l'insegnamento tutoriale e pratico, venne in seguito adottato un nuovo ordinamento, ma questa volta non più attraverso la modifica della tabella XVIII, bensì mediante i cosiddetti “decreti d'area”; fu così istituita la classe di laurea spe-

cialistica 46/S, Medicina e Chirurgia.

Applicando nella realtà i nuovi ordinamenti riformati, gli obiettivi educativi non hanno sostituito pienamente i vecchi programmi d'insegnamento; le prerogative disciplinari dei singoli docenti hanno spesso avuto la meglio sul fine, cioè sulla qualità della formazione del medico. I corsi integrati sono frequentemente rimasti tali solo nel nome, rappresentando nella migliore delle ipotesi il collage dei contenuti disciplinari separati, scelti individualmente dai singoli docenti.

Anche le metodologie didattiche hanno mantenuto la prevalenza dell'insegnamento *ex cathedra* sulle modalità di apprendimento attivo in piccolo gruppo con approccio tutoriale alla soluzione di problemi.

La valutazione dell'apprendimento è stata effettuata prevalentemente con le modalità tradizionali dell'esame orale con fini certificativi e si è per lo più incentrata sulle nozioni trasmesse a lezione, da ricordare fino all'esame e poi da dimenticare per far posto alle nozioni dell'esame successivo.

Nel decreto d'area 46/S, Medicina e Chirurgia, è stata fatta chiarezza nell'attribuire gli ambiti disciplinari ad attività formative con differente valenza: attività formative finalizzate a fornire **le conoscenze culturali di base**, indispensabili alla comprensione e all'acquisizione delle competenze professionali; **attività caratterizzanti** la formazione professionale del medico nell'ambito clinico diagnostico e terapeutico generalistico, specialistico e delle emergenze, ma anche nell'ambito preventivo, organizzativo e normativo proprio della sanità pubblica; infine **attività considerate affini e integrative**, cioè non irrinunciabili per la formazione professionale del medico, ma non per questo irrilevanti per la sua formazione culturale e umana. Sono inoltre previste **attività elettive**, che garantiscono agli studenti delle scelte culturali elettive e consentono ai singoli Atenei di esprimere nello spirito dell'autonomia didattica, le peculiarità formative proprie. I crediti necessari per laurearsi sono ora 360 (60 per anno), così da uniformarsi a tutte le altre classi di laurea. Attraverso l'applicazione dei decreti e le nuove leggi sull'autonomia didattica è stato definitivamente rotto il collegamento tra titolarità disciplinare e corso di insegnamento: l'appartenenza di ogni docente a un settore scientifico disciplinare ne identifica la competenza didattica e scientifica, ma non ne sancisce in alcun modo il diritto/-dovere a gestire in prima persona e in totale autonomia un proprio corso d'insegnamento. La competenza per-

sonale didattica e scientifica di ogni docente può essere utilizzata in modo libero e funzionale ovunque quell'apporto risulti utile al raggiungimento di obiettivi formativi specifici da parte degli studenti, indipendentemente dalla denominazione del corso e dalla sua collocazione temporale. I decreti d'area hanno inoltre sancito che i limiti dei contenuti da apprendere sono fissati oggettivamente dal tempo di apprendimento effettivamente disponibile per gli studenti e misurato dai crediti; non è più possibile lasciare alla decisione arbitraria dei singoli docenti l'ampiezza, anche temporale, dei contenuti che ciascun docente desidera insegnare e che conseguentemente gli studenti dovrebbero apprendere.

Il core curriculum nazionale

L'operazione di pianificazione dei programmi didattici in termini di obiettivi formativi con la definizione degli obiettivi irrinunciabili portò alla definizione del core curriculum nazionale. La Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia ha stimolato questo cambiamento pubblicando una proposta di core curriculum nazionale. Una commissione da me coordinata ha portato a termine recentemente questo enorme lavoro, ora disponibile sul sito della Facoltà (www.medicina.unimore.it).

L'applicazione dei decreti d'area sta inducendo un cambiamento nei modi e nei contenuti della docenza. Al cambiamento degli obiettivi e di come raggiungerli deve però anche coincidere il cambiamento nei modi d'insegnare, d'imparare e di valutare. Stimolare e facilitare l'apprendimento diventa la funzione essenziale del docente. Apprendere non è più solo ricordare nozioni, ma anche e soprattutto acquisire un metodo per reperire, ampliare e applicare le conoscenze di volta in volta necessarie a risolvere problemi, acquisire abilità cognitive, gestuali e comportamentali, in altri termini divenire professionalmente competenti. Nella realtà modenese, si è riusciti ad uniformare la preparazione di tutti i nostri studenti su un unico progetto didattico, tanto che la quasi totalità degli studenti sta seguendo il NOD (Nuovo Ordinamento Didattico).

Il vecchissimo ordinamento (iscritti prima del 1988!) e la tabella XVIII bis sono tuttora attivi per i pochi studenti fuori corso, mentre la tabella XVIII ter è stata disattivata. Il fatto di non avere consistenti quote di studenti fuori corso, situazione tipica della quasi totalità delle Facoltà di Medicina italiane, permette nei fatti di perseguire la piena applicazione di un progetto didattico coerente e di qualità.

Il NOD e l'insegnamento della Medicina Generale nell'esperienza modenese

I decreti d'area introducono una novità importante, inserendo tra gli obiettivi formativi dei nostri studenti la Medicina Generale. A Modena, già da alcuni anni, attraverso accordi tra il Corso di Laurea e alcuni medici di Medicina Generale si erano organizzati stage e seminari tesi a fare acquisire allo studente un'esperienza "sul campo" della medicina generale. Due anni fa, fu firmata una convenzione tra il Rettore dell'Università e i rappresentanti della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), in pieno accordo con l'Ordine Provinciale dei Medici, che prevede che gli studenti del VI anno frequentino per circa un mese (l'equivalente di 5 crediti) lo studio di un medico di Medicina Generale. La frequenza è accompagnata da un ciclo di seminari su argomenti di Medicina Generale. Gli studenti devono quindi frequentare il corso per poter ottenere i 360 crediti necessari per laurearsi. L'esperienza è in corso di svolgimento e tra poco si potrà procedere all'analisi dei risultati di questo primo anno di applicazione.

Il nuovo esame di Stato

Nel dicembre del 2002 fu pubblicato un decreto ministeriale contenente il regolamento di applicazione della riforma dell'esame di stato. Secondo questo decreto dal 2004 tutti i laureati dovranno sostenere l'esame di Stato riformato. Le modifiche apportate al vecchio esame sono radicali: i candidati dovranno frequentare tre mesi di tirocinio valutativo in varie aree della medicina.

Alla fine di ogni mese il candidato sarà valutato e solamente se il voto sarà sufficiente potrà procedere nell'iter dell'esame. Uno dei tirocini valutativi che il candidato dovrà superare consiste nel frequentare uno studio di medicina generale ed essere valutato alla fine del periodo. Una volta superato il tirocinio valutativo, il candidato dovrà affrontare due prove scritte, rispondendo ad un totale di 180 domande a risposta multipla. L'esame si presenta sin d'ora molto complesso ed è prevedibile aspettarsi una selezione importante.

Una commissione ministeriale, della quale fa parte il nostro presidente dell'Ordine, è stata recentemente insediata con il compito di preparare la prova nei dettagli.

In questo nuovo contesto, la tradizionale prepara-

zione dei nostri studenti, spesso diluita in tempi molto superiori ai 6 anni previsti non è più possibile. Una volta decretato, ed accettato nella pratica, che l'attività professionalizzante venga a costituire la parte fondamentale della preparazione del medico, è assolutamente necessario che i cambiamenti introdotti nell'ordinamento didattico siano applicati nella realtà.

I problemi non sono pochi: si tratta di una "rivoluzione", che trasforma un corso di insegnamento centrato sul docente in un corso focalizzato sullo studente. Solo l'elevata qualità dell'insegnamento permetterà di portare il maggior numero di studenti ad una preparazione che consenta di affrontare e superare le difficili prove previste.

Tra i punti fondamentali, e non ancora risolti, lo stabilire nuove e stabili forme di collaborazione con il territorio e la Medicina Generale ai fini della docenza. Questa "rivoluzione" nell'insegnamento della Medicina nella nostra Facoltà è in corso da vari anni. Nonostante i problemi tuttora esistenti, e le resistenze, passive (e talvolta attive), al cambiamento, le ore di tirocinio professionalizzante e di insegnamento interattivo a piccoli gruppi sono aumentate in modo consistente.

Le ore di lezione ex cathedra sono state lentamente ma costantemente diminuite, tanto che da quest'anno il numero delle ore di lezione ex cathedra è, per la prima volta, inferiore al numero delle ore dedicate all'insegnamento interattivo ed al tirocinio professionalizzante.

Un'opera di convincimento capillare ha fatto sì che la quasi totalità degli studenti optasse per il NOD, in tal modo non si sono disperse le forze per mantenere attivi i vecchi ordinamenti. Sin dalla prima applicazione del nuovo esame di stato, tutti i nostri studenti, assieme a quelli di poche altre Facoltà italiane, si presenteranno al test avendo superato un periodo di tirocinio in uno studio di un medico di Medicina Generale e con una preparazione pratica di tutto rispetto. Molto è stato fatto, parecchio rimane da fare.

Aldo Tomasi

*Presidente del Corso di Laurea Specialistico
in Medicina e Chirurgia*

Il 3 maggio è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il D.Lgs.8 aprile 2003, n.95 "Attuazione della direttiva 2000/38/CE relativa alle specialità medicinali": in pratica un recepimento di direttive della Comunità Europea che modificano l'assetto della farmacovigilanza

"Reporting of Adverse Events" è il titolo di un recente lavoro di Leape apparso sul *New England Journal of Medicine*, da cui apprendiamo che negli Stati Uniti occorrono ogni anno oltre un milione di eventi avversi attribuibili alla somministrazione di farmaci e tra questi un numero variabile tra i 44.000 e i 98.000 sono ad esito fatale. Se l'entità esatta di tali numeri può essere messa in discussione, si tratta comunque di un problema estremamente serio. Dal momento che una maggior conoscenza dei vari tipi di danno e delle loro cause è essenziale per lo sviluppo di più efficaci metodi di prevenzione, è evidente che un forte miglioramento del sistema informativo fa parte di ogni strategia intesa a ridurre l'impatto di questi eventi.

La prima legge italiana sulla farmacovigilanza risale al 1987, con successive modifiche nel tempo anche per quanto riguarda la modulistica adottata per le segnalazioni. Nel 1997, in osservanza a direttive CEE, è poi stato emanato un decreto legislativo contenente specifiche norme che prevedevano l'obbligo da parte dei medici della segnalazione di "...ogni presunta reazione avversa della quale vengano a conoscenza nell'esercizio dell'attività professionale...". La severità di tale norma era poi enfatizzata dai tempi ristretti di invio della segnalazione (tre giorni per le reazioni gravi e sei giorni per le altre) e dalle pene particolarmente pesanti previste in caso di violazione, con ammende da uno a dieci milioni di lire e con l'arresto fino a sei mesi. In realtà, almeno nel nostro paese, la cultura della farmacovigilanza non è mai veramente decollata, forse anche per l'impossibilità pratica di inoltrare una segnalazione per ogni caso di evento indesiderato attribuibile all'assunzione di un farmaco, anche se tale evento è di lieve entità, con il risultato che il numero di segnalazioni è sempre stato piuttosto scarso, penalizzando così anche la segnalazione delle reazioni avverse più gravi. Il caso cerivastatina poi, come molti ricorderanno, ha messo impietosamente a nudo la debolezza dei sistemi di farmacovigilanza, e non solo in Italia. D'altronde anche il ritorno di informazioni da parte del Ministero nei confronti dei medici è stato piuttosto deludente mentre invece in ambito locale è stato fatto qualche incoraggiante tentativo di fornire elaborazioni statistiche sugli eventi segnalati. La maggior parte di queste segnalazioni proviene tuttavia solamente dai medici di medicina generale, tradizionalmente più sensibili a questo tema e più a contatto diretto coi pazienti, sensibilità dimostrata anche dalla nascita di una banca dati in rete sulle

reazioni avverse da farmaci, "PharmaSearch", che si propone anche come strumento di riflessione e educazione sull'operato del medico.

Ma per venire alle nuove norme, queste dovrebbero invece favorire, almeno nelle intenzioni del legislatore, una maggiore diffusione della cultura della farmacovigilanza attraverso due novità in particolare che renderanno più agevole questo processo: una sostanziale modifica della tipologia delle reazioni avverse da segnalare e l'abrogazione delle sanzioni penali in caso di violazione dell'obbligo di segnalazione da parte dei medici e degli altri operatori.

Infatti viene sancito che: "...I medici e gli altri operatori sanitari sono tenuti a segnalare tutte le sospette reazioni avverse gravi o inattese di cui vengano a conoscenza nell'ambito della propria attività. Vanno comunque segnalate tutte le sospette reazioni avverse osservate, gravi, non gravi, attese ed inattese da tutti i vaccini e dai farmaci posti sotto monitoraggio intensivo ed inclusi in elenchi pubblicati periodicamente dal Ministero della Salute". Quindi le segnalazioni sono focalizzate alle sole sospette **reazioni avverse gravi** definite come "... qualsiasi reazione che provoca la morte di un individuo, ne mette in pericolo la vita, ne richiede o prolunga l'ospedalizzazione, provoca disabilità o incapacità persistente o significativa, comporta una anomalia congenita o un difetto alla nascita" o alle **reazioni avverse inattese** ovvero "... reazione avversa la cui natura, gravità o conseguenza non è coerente con il riassunto delle caratteristiche del prodotto".

I medici e gli altri operatori sanitari dovranno trasmettere le segnalazioni tramite l'apposita scheda, "... *tempestivamente*, al Responsabile di farmacovigilanza della struttura sanitaria di appartenenza. I medici e gli altri operatori sanitari operanti in strutture sanitarie private devono trasmettere le segnalazioni di sospette reazioni avverse, tramite l'apposita scheda, *tempestivamente*, al Responsabile di farmacovigilanza della ASL competente per territorio, direttamente o, nel caso di cliniche o case di cura, tramite la Direzione sanitaria".

Soltanto in occasione di segnalazione di reazioni avverse gravi con esito fatale sarà inoltre necessario far pervenire una relazione clinica dettagliata al responsabile della farmacovigilanza, che a sua volta dovrà trasmetterla al Ministero della Salute.

Annotiamo quindi che per la notificazione delle segnalazioni non si fa più riferimento a rigidi vincoli temporali ma è lasciato alla sensibilità e coscienza dei professionisti provvedere "**tempestivamente**" alla segnalazione. Responsabile di tutto il sistema

nazionale di farmacovigilanza è la Direzione generale per la valutazione dei medicinali e per la farmacovigilanza del Ministero della Salute che agisce in sintonia con l'Agenzia europea per la valutazione dei medicinali (EMA) e che, oltre a raccogliere e valutare informazioni utili per la sorveglianza dei medicinali, promuove il processo di informatizzazione di tutti i flussi di dati necessari alla farmacovigilanza gestendo e coordinando, in particolare, una rete telematica nazionale di farmacovigilanza, di collegamento tra strutture sanitarie, regioni e aziende farmaceutiche. A proposito poi di aziende farmaceutiche, una particolare responsabilità viene ad esse conferita in quanto titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio di medicinali.

Dovranno infatti dotarsi di un responsabile del servizio di farmacovigilanza tenuto, altresì, a registrare e a notificare immediatamente qualunque sospetta reazione avversa grave da farmaci verificatasi in Italia, segnalatagli da personale sanitario, alla struttura sanitaria di appartenenza del segnalatore.

Un particolare monitoraggio è poi previsto per i farmaci di recente immissione in commercio e comunque ai medicinali che si vorrà monitorare in maniera più attenta, attraverso un elenco periodicamente aggiornato dal Ministero stesso. Aziende unità sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico dovranno nominare un responsabile di farmacovigilanza della struttura, mentre le strutture sanitarie private faranno riferi-

mento al responsabile di farmacovigilanza della Azienda unità sanitaria locale competente per territorio. Un altro aspetto della nuova legislazione riguarda il ritorno delle informazioni, impegno affidato alle regioni nei confronti del personale sanitario ed anche un impegno nella formazione specifica degli operatori nel campo della farmacovigilanza. Un drastico cambiamento rispetto alla legislazione precedente riguarda poi le sanzioni previste per l'inosservanza della legge. Si passa infatti dalle pesanti pene del D.Lgs. del 1997 citate all'inizio, alla depenalizzazione dell'attuale decreto, che prevede sanzioni amministrative particolarmente severe ma solo per i responsabili dell'immissione in commercio dei medicinali e per i responsabili della farmacovigilanza. A questo punto non resta che sperare che tutti i medici, indistintamente, contribuiscano a far sì che i contenuti innovativi della nuova legge possano tradursi non solo in effettivi vantaggi per i pazienti destinatari della prescrizione farmaceutica, ma anche in una crescita culturale e professionale di tutti i sanitari a qualunque livello e settore appartengano.

Scrive Leape, nel suo "Reporting of Adverse Events", che il principale scopo della segnalazione degli effetti avversi è quello di imparare dall'esperienza e condividere tale esperienza, in modo che altri possano evitare che lo stesso evento indesiderato si manifesti.

C. Andreoli

IL COMITATO ETICO DI MODENA

OSSERVAZIONI E RIFLESSIONI SU UN BIENNIO DI ATTIVITÀ*

Premessa. Con l'emanazione della direttiva nazionale sull'istituzione dei Comitati Etici Locali si erano manifestate attese per un impulso allo sviluppo dell'attività dei Comitati che consentisse alla cultura bioetica italiana di colmare un ritardo di anni, sia nella metodologia di valutazione indipendente della ricerca clinica, sia nella diffusione della competenza etica ad ogni livello dell'assistenza sanitaria.

A distanza di qualche anno ci troviamo invece ad affrontare due rischi: I) quello che i Comitati Etici Locali siano confinati a un ruolo consultivo essenzialmente tecnico (specializzato e dunque avulso dalla cultura della convivenza e dell'assistenza), II) oppure che si attribuiscono loro compiti impropri di

arbitrato sulle scelte non portate a termine nelle sedi naturali (della politica sanitaria ed economica, della competenza professionale medica, dell'organizzazione sanitaria etc.).

Una lista di problemi (e qualche proposta). Anche il nostro Comitato soffre della mancanza di tempo da dedicare ad altro che non siano i protocolli di ricerca presi in esame per il parere di competenza. E' anche vero che di fatto giungono poche richieste di pareri sull'attività clinica o sulle conseguenze di scelte organizzative, non solo da parte di operatori sanitari, ma anche da parte di strutture organizzate (Unità Operative Cliniche etc.) o da parte dei responsabili di funzioni diretti-

* Relazione al Convegno "Ricerca clinica e farmacologica, innovazione tecnologica e qualità dell'assistenza. Comitati Etici e Amministratori a confronto", Bologna 17 maggio 2003.

ve: è probabile che si tratti della scarsa conoscenza delle funzioni dei Comitati Etici e del giudizio di valore sulla loro effettiva capacità di essere d'aiuto nelle decisioni (per il paziente, per gli operatori e per l'organizzazione sanitaria). Si avverte allora la necessità che gli stessi Comitati si facciano promotori di incontri tematici, sollecitino lo scambio di informazioni e pongano il problema dell'etica nella cultura scientifica. A livello nazionale si denuncia (Carta di San Macuto. *Una proposta per l'istituzionalizzazione dei Comitati Etici per la consulenza etica alla pratica clinica*. Roma, Palazzo San Macuto, 21 marzo 2003) la falsa illusione che il decreto del 18 marzo 1998 costituisca la premessa per l'emanazione successiva di norme tese a favorire "consulenza etica all'attività clinica, diffusione della cultura bioetica, valutazione etica della ricerca biomedica e della sperimentazione farmacologica sull'uomo... (mentre si deve) "invece constatare come gli interventi normativi fatti siano stati rivolti al solo settore della sperimentazione farmacologica sull'uomo" e "gli altri ambiti di competenza dei comitati etici siano stati del tutto trascurati e lasciati alla buona volontà degli operatori". In tutti i Comitati esiste un problema di formazione di base che riguarda le "competenze etiche" che potremmo riassumere in: a) capacità nel dare giudizi contestualizzati; b) capacità di sintetizzare le componenti analitiche della situazione con l'argomentazione teoretica; c) capacità di articolare concretamente le prospettive di valore, ovvero di fornire "giudizi riflessivi" in cui l'argomentazione morale non sia una costruzione coerente ma astratta: occorre talvolta accettare che un consenso pragmatico serva alla comunità o all'individuo anche in assenza di uno stretto legame con argomentazioni teoretiche. Non si può pensare di risolvere il problema delle competenze, anche in un ipotetico futuro, con la scelta di soli "competenti in etica", poiché in tale scelta vi sarebbe una contraddizione col principio di democraticità del giudizio etico o se si vuole con il riconoscimento della pluralità morale del contesto in cui si svolge l'attività sanitaria. Vi sarebbe poi il rischio di privilegiare un'etica professionale rispetto a un'etica della comunità.

Infine è assai incerto che si possa accedere a criteri per la valutazione di una competenza etica acquisita ad eccezione di quella prevalentemente teoretica, essendo la competenza etica una conquista continua dell'esperienza, che necessita di faticosi confronti con situazioni reali (persone reali) e col mutare dei valori. Restando nel campo della cultura bioetica, il dibattito, in quasi tutto il mondo, non

ha scalfito quello che è stato autorevolmente definito "principalismo" bioetico, fondato sui cardini classici della morale comune (*common morality*) (Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York, Oxford University Press, 1989) come limite di ogni valutazione etica, oppure sul primato dell'autonomia individuale e del contratto medico-paziente (Engelhardt HT, *The Foundations of Bioethics*. Jr. New York, Oxford, 1986): entrambi i modelli sembrano rigidi e non esaustivi delle infinite e faticose approssimazioni che le scelte mediche e le relazioni medico-paziente richiedono, nell'interesse del singolo e della sua qualità di vita (anche relazionale).

Non di rado, nella valutazione etica, vi è più "principalismo" che attenzione alla realtà (evidenza ?) del contesto (ad esempio: il valore della ricerca in sé, confrontato con i risultati storici della ricerca pionieristica, è ritenuto talvolta superiore a qualche rischio di non eccellente pratica clinica sperimentale; oppure il principio della libertà individuale di sottoporsi a un intervento sanitario sperimentale è stato proposto come superiore a qualche rischio che la decisione sia presa in condizioni di vulnerabilità del soggetto).

Una risposta semplice per tutti questi problemi non può essere trovata. Riconoscersi nel metodo di frequentare la realtà clinica per conoscerla meglio, comprendere "l'incertezza strutturale delle situazioni pratiche in medicina, dar peso e attenzione necessaria ai dettagli delle circostanze... in una parola, interpretare l'ordito complesso della relazione clinica e delle sue dimensioni" (Dell'Oro R. *L'eticista mediatore*. Janus 8: 50-55, 2002) sembra l'unico esercizio raccomandabile.

Analisi degli studi presentati al Comitato nel 2002.

I dati mettono in evidenza la preminenza numerica degli studi sperimentali farmacologici (86 su un totale di 121) con prevalenza delle fasi II e III e netta riduzione degli studi di fase IV, in accordo con le variazioni tendenziali osservate a livello nazionale (la riduzione degli studi di fase IV è fonte di preoccupazioni, poiché viene meno una delle fonti di conoscenza scientifica sull'impiego dei farmaci in popolazioni reali e non selezionate da disegni di studio talvolta troppo selettivi).

Dei 121 studi, 28 sono stati approvati in prima istanza e 3 non approvati. Dei 64 studi approvati a condizione che fossero accolte alcune modifiche e dei 26 sospesi in attesa di chiarimenti, rispettivamente 53 e 11 sono stati approvati in ultima istanza; dei rimanenti, in larga parte, non sono stati pre-

sentati modifiche e chiarimenti richiesti.

I motivi di non approvazione in prima istanza riguardano:

- le informazioni per il consenso (ritenute insufficienti, inadeguate o non coerenti col protocollo di studio);
- problemi relativi all'assicurazione (clausole e franchigie non accettabili, ambiguità descrittive dei contratti assicurativi, mancanza di contestualità temporale con la durata degli studi) e alla condizione dimostrabile di non sponsorizzazione;
- problemi di disegno dello studio e protocollo (difficoltà e contraddizioni tra griglia riassuntiva e protocollo per esteso, insufficiente precisione nel definire l'obiettivo principale dello studio, l'ipotesi da testare e le dimensioni del campione, incongrua attribuzione della fase di studio, problemi di accettabilità nell'uso di placebo etc.);
- vincoli per la pubblicazione dei dati inseriti nel protocollo di ricerca da parte dello sponsor (di cui spesso non si fa menzione nelle informazioni per il consenso);
- lettera al curante troppo scarna di informazioni o talvolta non prevista;
- inadeguatezza delle modalità per definire la responsabilità di conservazione, i tempi e gli scopi di ricerca del materiale genetico acquisito;
- mancata conoscenza delle direttive sulla sperimentazione comprendente radiazioni ionizzanti (Decreto Legislativo n. 230 del 17 marzo 1995, n. 187 del 26 maggio 2000, nella Legge 1 marzo 2002 n. 39 allegato III).

Le criticità emerse dall'analisi dei motivi che hanno impedito l'approvazione di alcuni protocolli di studio consentono di ipotizzare, tra le altre, **4 tipologie di intervento:**

- favorire la riflessione sui principali problemi metodologici e procedurali degli studi clinici;
- analizzare, ordinare e tradurre in raccomandazioni più specifiche la complessa materia delle informazioni per il consenso (studiare le realtà locali e coinvolgere gli attori delle informazioni per il consenso nella valutazione dei risultati; porre all'ordine del giorno il problema delle informazioni "minime necessarie" per il consenso ad essere sottoposti a trattamenti sanitari eventualmente sperimentali);
- migliorare a tutti i livelli l'informazione sulle conseguenze bioetiche degli studi genetici;

- ridurre gli ostacoli alla pubblicazione dei dati.

Studi genetici. Bisogna riconoscere che sui problemi della genetica il mondo scientifico sconta le conseguenze di un'informazione divulgativa particolarmente inaccurata, da cui emerge il rischio di una sfasatura pericolosa tra i tempi della conoscenza eziopatogenetica delle malattie e la possibilità reale di curarle (ovvero il rischio che una maggior conoscenza scientifica si traduca in un danno immediato e in vantaggi scarsi e solo a lungo termine). Mentre si ha notizia di giovani pazienti diabetici sensibilmente ostacolati nella ricerca del primo lavoro a causa di una condizione patologica potenzialmente ininfluenza sulle performances produttive, il livello medio delle informazioni sugli studi genetici è fortemente condizionato da attese improbabili se non irrealistiche.

Molti soggetti potenzialmente arruolabili in studi genetici rischiano di decidere sulla base del "mito" comunicativo anziché sulla base di una informata e meditata valutazione etica individuale o di comunità; anche la comunità corre il rischio di fornire una delega implicita ai professionisti della salute, portatori di un'etica professionale (talvolta subita) che non necessariamente coincide con l'etica delle comunità.

Vincoli alla pubblicazione dei dati. In un recente numero di *Lancet* (Pich J., Carné X., Arnaiz J. A., Gómez B., Trilla A., Rodés J. *Role of research ethics committee in follow-up and publication of results.* *Lancet* 361:1015-16, 2003) è apparso un articolo, frutto della ricerca retrospettiva di un comitato etico della città di Madrid, in cui si conferma quello che potrebbe apparire un paradosso: di 123 trials clinici portati a termine (e vagliati per competenza da quel comitato etico) solo 23 (il 19%) è poi stato effettivamente pubblicato su riviste scientifiche (peer reviewed journals).

Si potrebbero ipotizzare numerosi risvolti, ma ciò che è evidente è che gli sforzi dei ricercatori e dei pazienti coinvolti nelle sperimentazioni per migliorare la conoscenza scientifica non vanno a buon fine in un elevato numero di casi.

L'unica ipotesi che ci si sente di escludere è la pigrizia dei ricercatori nel pubblicare, poiché condurre una ricerca è ben più faticoso che redigere un articolo per la pubblicazione da cui possono derivare peraltro prestigio scientifico e stimoli alla carriera professionale.

Sembra dunque matura e non rinviabile almeno la proposta di estendere, preferibilmente in modo

concertato tra i diversi comitati etici almeno a livello regionale, la condotta di non approvare alcuna ricerca clinica che preveda vincoli sostanziali alla pubblicazione dei dati della ricerca (fatti salvi i vincoli naturali sui tempi di pubblicazione unitaria degli studi multicentrici).

Riflessioni più ampie. Per sfruttare pienamente le funzioni dei Comitati di Bioetica occorre interrogarsi su tre questioni di fondo della loro struttura: *I*) il problema dell'autorevolezza, *II*) alcune peculiari responsabilità che gravano sui Comitati di Bioetica, *III*) la prospettiva socio-culturale a breve e medio termine.

Affermare che occorre interrogarsi equivale in pratica a una scelta di campo, segnatamente a favore del pensiero dialettico (generatore di conflitti sociali, ma all'interno dei quali l'individuo può riconoscersi, prendere parte e favorire il superamento dei conflitti per sintesi di valori condivisibili) e contro il pensiero unico (origine di competizioni sociali il cui esito più frequente è la vittoria o la sconfitta del singolo, mai la sintesi dialettica dei valori). Il problema dell'**autorevolezza** è oltretutto naturale, poiché solo a Comitati autorevoli i cittadini di ogni estrazione trasmetteranno apertamente le loro istanze etiche.

I Comitati devono allora essere in grado di lavorare bene, facendo affidamento sulle competenze, sulle risorse e gli strumenti organizzativi necessari e promuovendo l'autoformazione; ma la loro autorevolezza non sarà sufficiente finché non sarà diffusa la consuetudine di sottoporre loro anche quesiti sui temi centrali della salute e dell'organizzazione sanitaria.

Il preoccupante estendersi nel mondo occidentale di stereotipi culturali che favoriscono la medicalizzazione dei problemi sociali e la distorta percezione popolare dei determinanti della salute "impongono" ai Comitati di bioetica la **peculiare responsabilità** di farsi promotori di informazione in campo bioetico e di favorire la comprensione e la condivisione delle scelte che influenzano la salute.

In un recente articolo (Domenighetti G. *Il primo prodotto è lo stress. I cambiamenti del lavoro peggiorano la salute.* Janus 9:57-63, 2003) si descrivono i risultati di un'intervista condotta tra la popolazione del Canton Ticino sui fattori che determinano la longevità: a fronte di dati scientifici epidemiologici largamente condivisi che attribuiscono alla sanità solo il 10-15% del peso globale come determinante di longevità nella popolazione occidentale, accanto al 20-30% sostenuto dal patrimonio genetico, 20%

dall'ecosistema e 40-50% dai fattori socio-economici, la popolazione intervistata ha tendenzialmente "mitizzato" il valore della sanità, ha ritenuto determinante l'ecosistema nel 90% dei casi, mentre il 63% degli intervistati ha negato un ruolo determinante ai fattori socio-economici. Bisogna riconoscere che la sovraesposizione mediatica di tutto il mondo scientifico, le incaute interviste dei medici, le promozioni sbilanciate di prodotti farmaceutici, la ricerca spasmodica di notizie eclatanti da parte dei media (e altro ancora, tra cui la gestione delle politiche sanitarie come gravoso fastidio sociale ed economico anziché valore prioritario delle comunità), gareggiano nel determinare quell'asimmetria delle informazioni che da sole sostengono gran parte dello squilibrio fra attesa di salute e cure sostenibili, determinando altresì sempre maggiori distanze culturali tra luoghi della produzione di conoscenze scientifiche, erogatori di prestazioni sanitarie e cittadini.

La prospettiva socio-culturale. La gravità e vastità dei problemi affrontabili in campo bioetico e probabilmente l'indignazione per le numerose ingiustizie che ostacolano il miglioramento della salute per tutti i cittadini soprattutto nei paesi poveri, ma anche in quelli meno poveri, ha spostato il dibattito recente sui concetti di bioetica attiva.

Limitando ogni considerazione alla realtà a noi più vicina, esistono due campi d'intervento privilegiato per una bioetica attiva:

- favorire la coerenza progressiva della migliore metodologia di ricerca clinica con i migliori principi della bioetica e dell'etica scientifica;
- svolgere un ruolo attivo a sostegno delle vecchie e nuove vulnerabilità individuali, sociali e culturali dei soggetti candidabili a interventi sanitari sperimentali e standardizzati.

In questioni che hanno fondamento e validazione definitiva solo nella cultura (e forse nell'antropologia), un organismo (Comitato) che si impegni su tanti fronti per obiettivi così delicati potrà mantenere la sua funzione attiva solo sulla base di pari valori di indipendenza, autorevolezza e condivisione. Molto dipenderà anche dal futuro dei sistemi sanitari e dagli interessi in competizione (o in conflitto) che vi si esprimeranno.

Athos Borghi

Divisione Medicina II - Azienda Policlinico Modena,
membro del Comitato Etico Provinciale di Modena

PER LA PREVENZIONE DEGLI ACCESSI ASMATICI: ESPERIENZE, PROPOSTE

La pollinosi è stata descritta in modo sistematico nel XIX secolo, come condizione patologica non frequente e solo nel secolo seguente ha assunto la dimensione epidemica oggi conosciuta.

In molte famiglie di paesi industrializzati, i bambini soffrono di allergie anche se i loro genitori non sono allergici.

Questo giustifica l'opinione comune che le allergie siano in aumento. Il dato è supportato anche da rilievi epidemiologici: un esempio viene dalla Svizzera dove la febbre da fieno era rara nel 1926 (0,28%), ma aumentava nel 1954 (4,8%) e progressivamente nel 1986 (10%) e 1993 (13,5%)

(P.Matricardi, Pollenosis, 2000).

Le pollinosi e le altre malattie allergiche sono condizioni complesse, determinate da fattori diversi sia genetici che ambientali che determinano l'espressione clinica della malattia (figura 1).

L'aumento delle allergie è dovuto a cambiamenti che sono avvenuti nell'ambiente e nell'uomo.

Nei paesi industrializzati, i cambiamenti che riguardano l'uomo consistono in una accresciuta propensione dell'organismo a produrre gli anticorpi specifici (detti IgE) responsabili delle manifestazioni cliniche dell'allergia.

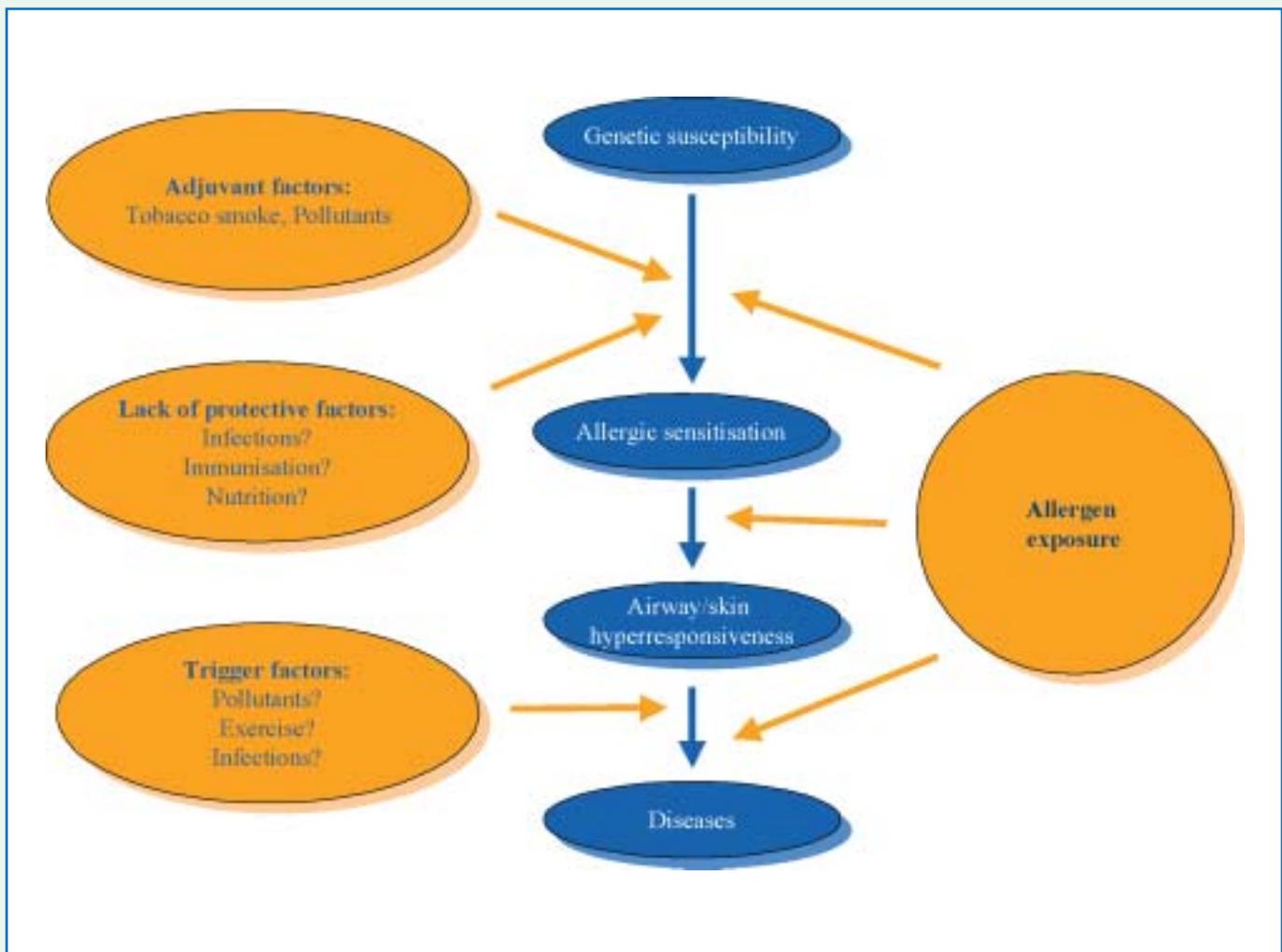


Figura 1 – Fattori determinanti delle allergie

La produzione di IgE sarebbe in rapporto con il tipo di stimoli antigenici a cui il bambino è esposto: vi sono evidenze a sostegno dell'ipotesi che infezioni batteriche comuni e contatti con allergeni dovuti a cattive condizioni igieniche che si verificano nel primo anno di vita sposterebbero il tipo di risposta immune riducendo la produzione di IgE ("Hygiene Hypothesis").

Sono inoltre numerose le evidenze che documentano l'associazione tra inquinamento atmosferico e malattie respiratorie, compresa l'asma.

Per quanto riguarda le polveri fini (ma anche ossido nitrico e anidride solforosa), presenti in concentrazioni elevate nei mesi autunno-invernali, esse contribuiscono ad aggravare i sintomi di tutte le malattie respiratorie ostruttive, in particolari bronchiti croniche: è documentato un incremento dei ricoveri e degli accessi al pronto soccorso per

patologie respiratorie che correla con i livelli di inquinanti aerei.

Riguardo all'asma allergica, esiste una sinergia con l'inquinamento da ozono (caratteristico dei periodi caldi, in quanto dovuto a processi fotodinamici), che determina iper-reattività bronchiale e amplifica la sintomatologia da ostruzione bronchiale nei pazienti asmatici.

Se esiste ancora dibattito circa il ruolo che l'inquinamento ha nel determinare l'aumento della sensibilizzazione allergica, non vi sono dubbi sul fatto che l'espressione patologica delle allergie, in particolare l'asma, è influenzata dall'inquinamento atmosferico.

Andrea Ranzi, Fabiana Scotto
Struttura Tematica Epidemiologia Ambientale,
Arpa ER

ATTIVITA' DELL'ARPA EMILIA-ROMAGNA

L'impegno della Regione Emilia-Romagna verso questi problemi, la cui risoluzione risiede nella conoscenza dei meccanismi che regolano l'ambiente in cui viviamo, si è concretizzato fin dagli anni '80 con l'avvio di una sperimentazione per il monitoraggio dei pollini allergenici presenti in atmosfera e la costituzione di una rete regionale a partire dai primi anni '90.

Cogliendo le sollecitazioni della comunità medico scientifica è stato attivato dall'ARPA Emilia Romagna un sistema informativo integrato per la valorizzazione dei dati di monitoraggio arricchiti da dati previsionali, avviando un programma di specializzazione dell'informazione per raggiungere nel modo e nei tempi più opportuni i diversi interlocutori (specialisti, media, cittadini, industria, amministratori, ecc.).

A tal fine è stato avviato un progetto poliennale di miglioramento interno, presentato nel 1998, volto a:

1. Realizzare un bollettino settimanale di analisi e

previsione dei pollini allergenici

2. Sviluppare modelli previsionali di fioritura delle specie allergeniche
3. Sviluppare modelli di analisi e previsione territoriale
4. Ottimizzare la rete di rilevazione
5. Creare un sistema integrato per la gestione dei dati e per la produzione delle informazioni
6. Diffusione del bollettino alle professioni ed organizzazioni interessate (medici, USL) e ai media
7. Promozione e marketing.

Per approfondimenti:

www.arpa.emr.it/pollini

Roberta Renati

ARPA-SMR - Sala Operativa Agrometeorologica

V.le Silvani 6 - 40122 Bologna

Tel. 0516497568; E-mail: rrenati@smr.arpa.emr.it

ECM PER I LIBERI PROFESSIONISTI: È OBBLIGATORIA

LA RISPOSTA DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Essendo argomento dibattuto ormai da tempo, la puntualizzazione del Ministero della Salute giunge a sancire in modo inequivocabile questo aspetto peculiare della formazione continua anche per i colleghi liberi professionisti.

Rispondendo infatti ad una precisa richiesta in tal senso del presidente della commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri, dr. Renzo, il direttore generale del Ministero stesso dr. D'Ari ha precisato che "... l'orientamento del Ministero è per l'obbligatorietà del programma di formazione continua per tutti i professionisti sanitari, sia dipendenti che liberi professionisti. Tale orientamento, essendo stato recepito nell'accordo Ministero della Salute - Regioni del 20 dicembre 2001, che ha fatte proprie le determinazioni assunte dalla commissione nazionale per la formazione continua fino alla predetta data, vincola tutti i soggetti, istituzionali e non, coinvolti nell'attività formativa e può essere modificato solo attraverso un nuovo accordo."

Sulla base di tale documento pubblico vi sono davvero pochi margini di incertezza interpretativa. Ed i liberi professionisti devono pertanto attivarsi, come del resto hanno poi sempre fatto, per la messa a regime di un programma di formazione continua già da quest'anno 2003.

Il Consiglio dell'Ordine di Modena nella seduta del 26 maggio ha deliberato di formalizzare tutte le iniziative che permettano al nostro Ente di rispondere in maniera efficace ed efficiente alle nuove esigenze di questa "rivoluzione".

Già in alcune regioni si sta testando un programma, d'intesa fra FNOMCeO e Telecom, per gestire l'anagrafica dei crediti ECM per i professionisti, anche al fine di omogeneizzare i percorsi di raccolta e di trasmissione. Il processo, tutto nuovo e con aspetti ancora da approfondire (chi paga? per esempio) richiederà tempo e collabo-

razione da parte di tutti, istituzioni pubbliche e private, ma soprattutto la fiducia dei colleghi alle cui esigenze cercheremo di rispondere in modo tempestivo.

Uno dei primi problemi sul tappeto riguarda la raccolta dei crediti già maturati fino ad ora che dovranno afferire all'Ordine che funge da banca dati. In futuro infatti, con l'applicazione delle nuove disposizioni emanate a Cernobbio dalla Commissione nazionale ECM, sarà il provider ad inviare i crediti direttamente all'Ordine di appartenenza del professionista che ha frequentato l'evento formativo.

Sarà cura del Consiglio informare i colleghi sulle modalità e sui tempi con i quali attivare le procedure che permetteranno all'Ordine di acquisire tutti i crediti già maturati. Risulterà in questo senso opportuno un preventivo accordo con le Aziende del nostro territorio che sono già in possesso di un loro "archivio", ma alle quali manca del tutto il data base della libera professione.

Certo, i nuovi compiti che derivano agli Ordini e Collegi professionali in tema di ECM richiedono maggiore impegno nella comunicazione con gli iscritti e ulteriori risorse da investire sia nel personale degli uffici che nella sua formazione.

Preme qui sottolineare un dato di rilevanza pratica: il **sito dell'Ordine** è un prezioso strumento di informazione e le migliaia di accessi che ha già registrato lo stanno a testimoniare. L'invito ai colleghi è di frequentarlo abitualmente perché contiene notizie utili ed in futuro diventerà il mezzo privilegiato per l'ECM.

Lo ricordiamo: www.ordinemedicimodena.it

Il presidente

Elenco dei Centri Ambulatoriali privati della Provincia di Modena

(aderenti all'Ascom-Confindustria) accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale. Insieme all'Azienda Policlinico concorrono al soddisfacimento della richiesta di prestazioni da parte dei cittadini.

POLIAMBULATORI SPECIALISTICI

CAF MODENA	TEL. 059.218.602	VIA SABBATINI, 17
COLISEUM CENTER MODENA	TEL. 059.374.364	VIA G.B. LULLI, 57
CHECK UP CENTER MODENA	TEL. 059.343.602	VIA S. FAUSTINO, 155/A
CITTÀ DI VIGNOLA	TEL. 059.762.611	VIA C. BATTISTI, 13
ORTOKINESIS MODENA	TEL. 059.313.118	VIA ATTIRAGLIO, 7
HESPERIA DIAGNOSTIC		
CENTER CARPI	TEL. 059.680.330	VIA 3 FEBBRAIO, 1/B
LOSAM SOLIERA	TEL. 059.566.382	VIA ROMA, 403
NEOFISIK VIGNOLA	TEL. 059.775.561	VIA TAVONI, 12/3
BCP MARANELLO	TE. 0536.940.736	VIALE GRAZIOSI, 31
CENTRO ALFA MODENA	TEL. 059.374.867	VIA BELLINI, 174
BIOS FORMIGINE	TEL. 059.571.749	P.ZZA BRODOLINI, 41
S. GIORGIO SASSUOLO	TEL. 0536.885.474	VIALE PACE, 9
S. NICOLÒ CARPI	TEL. 059.684.464	VIA COSTA, 64
CFR CASTELFRANCO E.	TEL. 059.927.801	C.SO MARTIRI
FISIOMEDICAL SASSUOLO	TEL. 0536.803.665	VIA ROCCA, 1
CENTRO FISIOTERAPICO ZOCCA	TEL. 059.986.503	VIA TESI, 1350
CENTRO KOS SASSUOLO	TEL. 0536.806.370	VIA RADICI IN PIANO, 46
STUDIO DR. AMADEI CARPI	TEL. 059.683.044	VIA SARDEGNA, 13
FISIOMEDICAL FORMIGINE	TEL. 059.572.409	VIA PIRANDELLO, 5

Attività in accreditamento con accesso diretto e prenotazione presso il Centro Convenzionato:

- Trattamenti di Fisioterapia e Riabilitazione
- Visite Fisiatriche
- Visite Ortopediche
- Esami di Radiologia

Attività in Service con obbligo di prenotazione presso l'AUSL (CUP):

- Esami di Ecografia
- Esami di Eco-Color-Doppler
- Visite Dermatologiche (prove allergologiche)
- Visite Oculistiche
- Servizio di Riabilitazione domiciliare
- Servizio di Riabilitazione in Strutture Protette



GIVE ME A DOCTOR

Give me a doctor partridge-plump,
short in leg and broad in the rump,
an endomorph with gentle hands
who'll never make absurd demands
that I abandon all my vices
nor pull a long face in a crisis,
but with a twinkle in his eye
will tell me that I have to die.

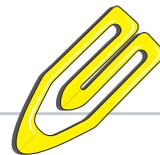
W. Auden

DATEMI UN DOTTORE

Datemi un dottore grasso come una pernice,
corto di gambe e col sedere largo,
un endomorfo con mani gentili
che non farà mai richieste assurde
perché io abbandoni tutti i miei vizi,
che non sia serio nei momenti di crisi,
ma con una strizzatina di occhi
mi dirà che devo morire.

traduzione R. De Gesu

Storielle a cura di Roberto Olivi



- Ogni medico dovrebbe essere ricco di conoscenze, e non soltanto di quelle che sono contenute nei libri; i suoi pazienti dovrebbero essere i suoi libri.
Paracelso
- Il paziente sarà più al sicuro con un medico che sia naturalmente saggio che con uno che sia artificialmente dotto.
Theodore Fox
- Se curare sempre non si può, consolare sempre si deve.
Cesare Frugoni
- Un medico che, invece di erudizione e genio, non ha altro che arroganza è un vero ciarlatano.
Johann Georg Zimmermann
- Agli stupidi non capita mai di pensare che il merito e la buona sorte sono strettamente correlati.
Wolfgang Goethe
- Se desideri che i tuoi meriti vengano riconosciuti, riconosci quelli degli altri.
Proverbio orientale

MEDICINE NON CONVENZIONALI:

QUALE RAPPORTO CON LA MEDICINA UFFICIALE?

(PARLIAMO DI AGOPUNTURA, FITOTERAPIA, OMEOPATIA.....)

Questo è il titolo della relazione, tenuta dal nostro Presidente dell'Ordine Dr N.G.D'Autilia, a conclusione dell'anno sociale 2002-2003 del Circolo Medico "M.Merighi" di Mirandola e della Sezione A.M.M.I. mirandolese.

E' un argomento di grande attualità e impatto sociale, che ha destato molto interesse e suscitato altrettante riflessioni nel pubblico presente al meeting lo scorso 17 giugno.

Per medicine non convenzionali si fa riferimento ad un elenco presente negli atti del Convegno di Terni, promosso dalla FNOMCeO lo scorso anno su questo tema.

Agopuntura, fitoterapia, omeopatia sono sicuramente quelle più conosciute ed in questo contesto, è emerso nella serata, a cui hanno portato il loro contributo anche il Dr. Olivi ed il Dr. Bertani, la scelta della FNOMCeO di "governare" il network delle medicine non convenzionali, affidando la pratica delle stesse a laureati in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria è stata una scelta coraggiosa sicuramente apprezzabile.

Non può sfuggire a nessuno che tutto questo si riverbera positivamente sul cittadino che deve essere tutelato e garantito.

Nunzio Borelli

(Segretario del Circolo Medico "M.Merighi"-Mirandola)

DUE PROGETTI PRONTI DA REALIZZARE DI INTERVENTI NON – FARMACOLOGICI PER ANZIANI AFFETTI DA DEMENZA

La demenza, sindrome determinata da varie cause, affligge, secondo gli ultimi dati epidemiologici, circa 650.000 persone in Italia. Nei paesi industrializzati i 203 milioni di anziani del 1990 aumenteranno del 76%, raggiungendo i 358 milioni, nel 2030.

Gli ultimi dati forniti indicano che ne siano affette oltre 7.000 persone nella Provincia di Modena, ed ogni anno vengono diagnosticati 1.200 nuovi casi. Nelle demenze irreversibili, pur non essendo possibile porsi come obiettivo la scomparsa della malattia, si può migliorare la qualità di vita del paziente e ritardare l'evoluzione della demenza con idonee terapie non farmacologiche.

In funzione di questo obiettivo la cooperativa sociale Co.Me.T.A. 99 ha promosso due progetti (uno finanziato dalla Regione Emilia-Romagna, l'altro che si realizza grazie al contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Modena) che cercano di fornire alla famiglia dell'anziano e ad eventuali altri caregivers i più appropriati interventi di supporto socio-assistenziale e formativo e di impostare un idoneo trattamento riabilitativo per l'anziano paziente.

Si tratta di due progetti correlati tra di loro, gratuiti

per i cittadini.

Si inseriscono nell'ampia ed efficace rete dei Servizi Sanitari e Sociali che l'Azienda USL di Modena ed il Comune di Modena hanno messo in campo in questi anni.

Rientrano in una più ampia programmazione socio-sanitaria che un privato sociale, qual è Co.Me.T.A.99, si propone di realizzare in un'ottica di sussidiarietà verso le istituzioni pubbliche.

Il progetto riabilitativo fa parte del Piano Per la Salute (PPS) - programma anziani per i territori comunali del Distretto n. 3 dell'Azienda U.S.L. di Modena - e si è potuto arricchire del competente contributo del gruppo di lavoro del SAA (Servizi Assistenza Anziani), di cui fanno parte la clinica geriatrica, la clinica neurologica e i Medici di Medicina Generale (MMG).

I due progetti intendono aumentare le possibilità di aiuto esistenti sul territorio per queste famiglie, gravate da problematiche assistenziali complesse.

Il MMG, primariamente coinvolto nell'assistenza dei propri pazienti affetti da demenza, è il naturale interlocutore, cui dare informazione sugli interventi effettuati.

Mi sembra opportuno, prima di descrivere per sommi capi le caratteristiche dei due progetti, ripor-

tare una valutazione, che è il risultato di tantissimi interventi non farmacologici già effettuati in questo campo negli USA, in Canada, in Europa: vi è una chiara correlazione tra gli obiettivi degli interventi non farmacologici e la ricaduta sui costi sociali e familiari: le attività proposte sono idonee da un lato a migliorare la qualità di vita del paziente e dei suoi familiari e dall'altro a ridurre il ricorso all'istituzionalizzazione e quindi a contenere la spesa economica corrente.

→ Il progetto riabilitativo è intitolato:
“Con il Cuore aperti la mente”

E' un trattamento riabilitativo per anziani affetti da demenza nei primi stadi.

Ha l'obiettivo 1) di aiutare gli anziani affetti da demenza nei primi stadi a rallentare il peggioramento progressivo della malattia per conservare autonomia nelle attività quotidiane;

2) di sostenere i famigliari nell'assistenza quotidiana.

Il progetto consiste in una serie di attività, alcune attuate al domicilio dell'anziano, che prevedono: riabilitazione cognitiva;

svolgimento di gruppi in cui è previsto l'utilizzo di tecniche specifiche e l'uso della musica;

informazione/formazione e supporto ai famigliari che assistono l'anziano ammalato;

teleassistenza e/o televideoassistenza (12 ore al giorno di aiuto concreto).

→ Il secondo progetto, finanziato dalla regione Emilia-Romagna, delibera n. 2002/2169 del 18.11.02, è intitolato:

Teleassistenza alle famiglie

Ha l'obiettivo di migliorare la qualità di vita del paziente ed aiutare i famigliari nell'assistenza (sostenere ed affiancare coloro che si prendono cura dell'ammalato: il parente o un'altra persona che svolge l'assistenza, solitamente definito caregiver).

Ne possono beneficiare: le famiglie, residenti nel

Comune di Modena, che hanno a casa un familiare affetto da demenza. Non si paga nulla per la teleassistenza.

Con questo progetto si offre:

dalla ore 8.00 alle ore 20.00 di tutti i giorni feriali, operatori qualificati risponderanno alle richieste dei familiari o di chi assiste l'anziano. Si forniranno indicazioni sull'assistenza, su come affrontare crisi di agitazione e disturbi del comportamento, su come stimolare le capacità residue, ecc.

In sintesi si cercherà di dare un aiuto concreto nella gestione quotidiana della persona affetta da demenza.

Per attivare il servizio basta telefonare a 059.2928108 dalle ore 8,00 alle ore 20,00.

All'inizio gli operatori si recheranno al domicilio di ogni famiglia per conoscere l'anziano e la persona che lo assiste in modo da vedere in concreto come è possibile impostare la teleassistenza per quella specifica famiglia.

Periodicamente si inviteranno i caregivers ad incontri di informazione/ formazione sui temi che verranno segnalati con maggior frequenza al servizio di teleassistenza.

La realizzazione dei progetti è affidata all'equipe per la cura della demenza della coop. sociale Co.Me.T.A. 99 presso il poliambulatorio "Co.Me.T.A. 99" in via Giardini n. 466 - 41100 Modena.

e-mail: cometa99@libero.it sito: www.cometa99.it

In questo breve spazio è impossibile riportare tutte le informazioni necessarie da fornire ai pazienti. A breve nella città di Modena verrà distribuito un volantino per informare i cittadini di questi servizi. Sono disponibili pieghevoli o altro materiale informativo per i colleghi desiderosi di avere più notizie.

P. G. d'Angelo
presidente di Co.Me.T.A. 99



ANTItalia cerca Medici ed Infermieri, con un rapporto di lavoro di tipo professionale, da inserire nel suo programma di ospedalizzazione domiciliare per la Provincia di Modena (in particolare Modena Città e zona Mirandola)

**Per ulteriori informazioni contattare Dr. Maurizio Mineo 348 31 02 821
oppure Dr.ssa Casadio 348 31 02 868**

CUMIAISS – ER: CONGRESSO REGIONALE:

Si è tenuto a Reggio Emilia, il 28.3.2003, il Congresso riorganizzativo regionale. Gli argomenti all'ordine del giorno erano di particolare importanza a causa di una serie di impreviste, ma importantissime, scadenze regionali che hanno comportato l'anticipazione del congresso organizzativo: il riassetto regionale in relazione alle imminenti trattative locali; il problema della rappresentanza negli ordini regionali; le conseguenze locali del "decreto antitruffa"; gli aspetti normativi ed economici dei nuovi contratti regionali; la riorganizzazione delle rappresentanze provinciali; la linea strategica e politica sindacale regionale. Referenti nazionale e regionale Enrico Lanciotti e Daniele Gasparotti. Sarà organizzata il 15 di maggio una conferenza programmatica regionale.

Le nuove cariche regionali:

Presidente Regionale: Alberto Forni (dirigenza medica, Bologna)

Segretario Regionale: Alessandro Chiari (medicina di base, Reggio Emilia)

Vicesegretario Regionale: Giovanni Benedetti (dirigenza medica, Bologna)

Segretario Organizzativo: Davide Dazzi (dirigenza medica, Parma)

Tesoriere: Lorella Marinucci (specialista ambulatoriale, Parma)

FEDER.S.P.E.V.

FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE
SEZIONE PROVINCIALE DI MODENA



o il piacere di comunicare che il giorno 6 aprile 2003 gli iscritti si sono riuniti in Assemblea per il rinnovo del Consiglio Direttivo Provinciale per il quadriennio 2003 – 2005, che risulta così composto:

Presidente	Dott. Silvano Gallini
Vice Presidente	Prof. Benito Vernole
Segretaria	M.a Lea Faglioni Randoli
Tesoriera	Sig.ra Raffaella Cerfogli Finelli
Consiglieri:	Prof.ssa Elsa Borelli
	Sig.ra Ernestina Bignardi Tomei
	Sig.ra Camilla Marzani

Revisori dei conti:

Presidente	Sig.ra Carla Baroni
Componenti	Sig.ra Italia Bellodi Pellacani
	Sig.ra Elena Gaiani
Supplente	Prof. Vilma Piaggi

Il Consiglio Direttivo ha eletto con voto unanime a Presidente Onorario il Dott. Bruno Anderlini.

*Il Presidente
Dott. S. Gallini*

NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
Al collega Bruno Anderlini per la scomparsa del fratello Renato.
Al collega Paolo Piccilli per la scomparsa del padre.

L'evento è stato presentato alla Regione Emilia Romagna per l'accreditamento ai fini dell'educazione continua in medicina ed è in attesa di approvazione.

La iscrizione al corso è gratuita e sarà limitata alle prime 120 domande pervenute **entro il 31 agosto 2003**.

La domanda da riprodurre sull'allegato modulo, potrà essere inviata tramite posta, via fax o e-mail alla *segreteria organizzativa*:

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena

P.le Boschetti, 8 - 41100 Modena

Tel. 059/247711 Fax 059/247719 e.mail ippocrate@ordinemedicimodena.it

Resp. Dott.ssa Federica Ferrari

.....

SCHEDA DI ADESIONE

da staccare e inviare all'Ordine dei Medici

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA
P.le Boschetti n. 8 – 41100 Modena

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ODONTOIATRIA
"GLI ANESTETICI LOCALI"

sabato, 20 settembre 2003

"Aula Magna" Hesperia Hospital - Via Arquà, 80/a – Modena

Nome e cognome

Codice Fiscale

Nato a il

Indirizzo

Cap Città Pr.

Tel..... Cell. e-mail

Attività esercitata

Disciplina

Iscritto Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di

Data

.....
firma

Compilare in stampatello ed inviare, tramite posta, fax o E. mail:
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena - P.le Boschetti, 8 - 41100 Modena
Tel. 059/247711 - Fax 059/247719
ippocrate@ordinemedicimodena.it
entro e non oltre il 31 agosto 2003



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

CURE DI FINE VITA

PRIMA SERATA giovedì 18 settembre 2003
(ore 21.00 – 22.30)

- **Filosofia delle cure di fine vita**
(Dott. Michele Gallucci)

SECONDA SERATA giovedì 23 ottobre 2003
(ore 21.00 - 22.30)

- **Responsabilità professionale nelle cure di fine vita**
(Dott. Sergio Fucci)

TERZA SERATA giovedì 13 novembre 2003
(ore 21.00 – 22.30)

- **Etica nelle cure di fine vita**
(Dott. Franco Toscani)

sede del corso
SALA CONGRESSI
CIRCOLO SPORTING CLUB
Via Vandelli, 25 – Sassuolo

Segreteria scientifica: D.ssa Anna Franzelli - e-mail: a.franzelli@ausl.mo.it

L'evento è stato presentato al Ministero della Salute per l'accREDITAMENTO ai fini dell'educazione continua in medicina ed è in attesa di approvazione.

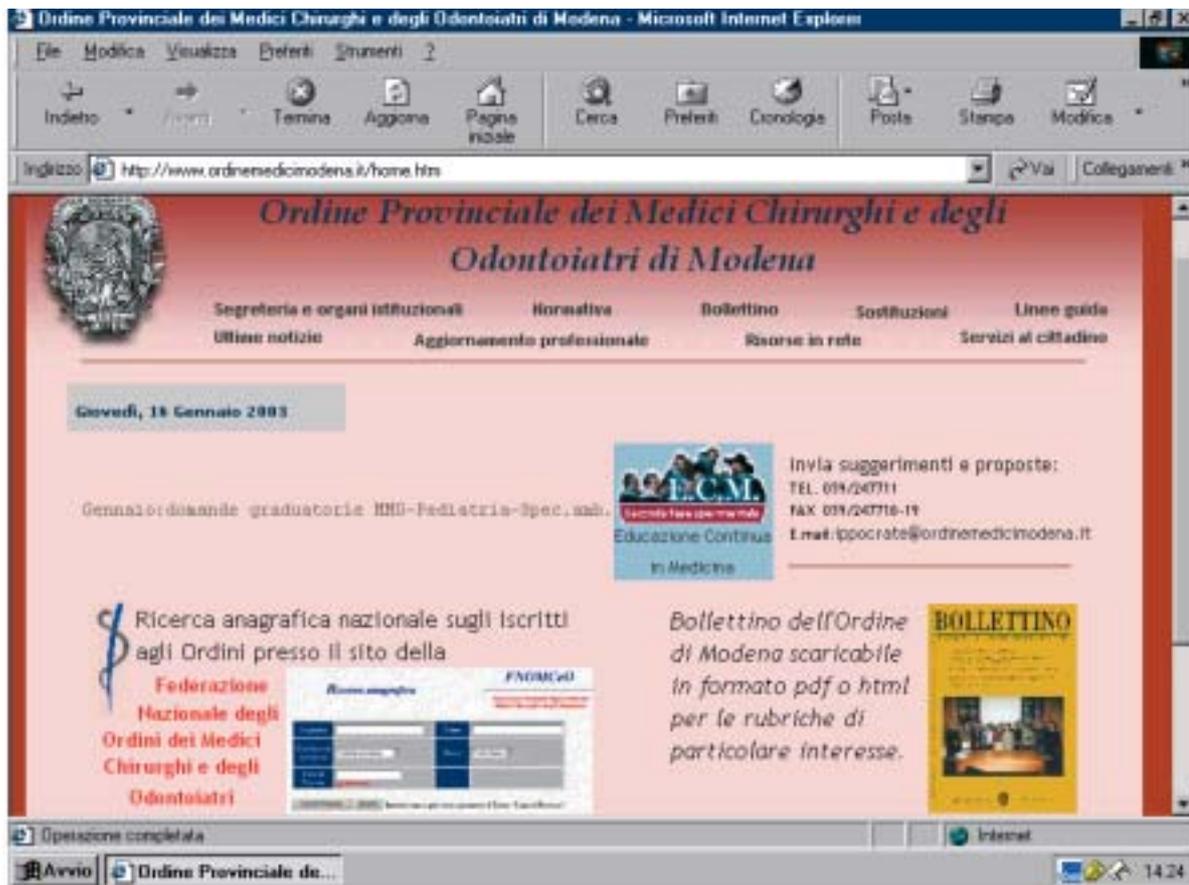
L'iscrizione alle serate è gratuita e sarà limitata alle prime 50 domande; per informazioni rivolgersi alla **segreteria organizzativa:**

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena

P.le Boschetti, 8 - 41100 Modena

Tel. 059/247711 Fax 059/247719 e.mail ippocrate@ordinemedicimodena.it

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



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.

Linee Guida

Raccolta delle 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.



la tua **Scegli** 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
di Igene 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. Gianpaolo Le Russo
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia



