

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

*INSERTO CENTRALE STACCABILE: NORME IN MATERIA DI PROCREAZIONE
MEDICALMENTE ASSISTITA (L. 40 DEL 19 FEBBRAIO 2004)*

*MALPRACTICE: DALLA PREVENZIONE ALLA RIVALSA DEL MEDICO INNOCENTE
(A. FOLLONI)*

*LA COSTRIZIONE PER LA TUTELA FISICA DELL'ANZIANO
(R. DE GESU, D. CATELLI, P. SAVIGNI)*

PRIVACY. AVANTI PIANO (MA FORSE È MEGLIO COSÌ) (N. D'AUTILIA)



POLIAMBULATORIO PRIVATO
gulliver
I SERVIZI PER LA SALUTE

Lettera aperta ai colleghi riguardo le nuove attività svolte nel Poliambulatorio

Gentili Colleghi,

con la presente si intende divulgare l'attività del Poliambulatorio che si svolge su due livelli di intervento:

⇒ **Settore Multispecialistico:**

- ⇒ I professionisti che operano nelle varie discipline autorizzate sono tutti specialisti nelle relative branche.

Si effettuano:

- ⇒ Check-up personalizzati
⇒ Percorsi flessibili e dinamici
⇒ Risultati diagnostici multidisciplinari

⇒ **Settore Riabilitativo:**

Riabilitazione ortopedica
Riabilitazione neurologica
Riabilitazione cardiologica
Riabilitazione respiratoria
Terapia inalatoria
Idrochinesiterapia in vasche con acqua riscaldata

*Responsabile di Brancha
Dr. Francesco Cimino
Specialista in Fisioterapia*

In tutti gli ambulatori si accede a test, visite, consulenze e analisi delle varie patologie con strumentazioni all'avanguardia e personale specializzato ed in costante aggiornamento. L'attività in vasca terapeutica viene svolta da Terapisti della Riabilitazione specializzati anche ad operare in acqua.



reception



area attrezzata



terapia inalatoria



una vasca terapeutica

*Il Direttore Sanitario
Dr. M. Luisa Vecchi*

**Poliambulatorio Privato
gulliver**
Via Emilio Po, 110 - Modena
Tel. 059/82.01.04 - Fax 059/82.71.58
Direttore Sanitario
Dr.ssa M. Luisa Vecchi
Specialista in Igiene e Medicina Preventiva



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

LETTERE ALLA REDAZIONE	4
PRIVACY	6
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	7
NORMATIVA	9
ENPAM	12
.....	
INSERTO CENTRALE:	
Norme in materia di procreazione medicalmente assistita (L. 40 del 19 febbraio 2004)	15
DI PARTICOLARE INTERESSE	23
ARTE E DINTORNI	28
BIBLIOTECA	29
CORSI CONVEGNI E CONGRESSI	30
TACCUINO	33
L'OPINIONE	35

Privacy: ultima ora!

È stato pubblicato sulla G.U. n. 81 del 6 aprile 2004 il provvedimento (Deliberazione n. 1 del 31 marzo 2004) adottato dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali che esonera medici di medicina generale e pediatri di libera scelta dalla notifica al Garante.

In copertina:

"La Madonna in trono fra i santi Girolamo e Sebastiano"
Opera di Francesco Bianchi Ferrari
Modena - Chiesa di S. Pietro

"La salute di Modena"

La sanità a Modena:
le aspettative della città
nei programmi
del futuro sindaco

L'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Modena
propone un

incontro con Flori e Pighi

che illustreranno il programma
per la sanità modenese
da realizzare durante il proprio mandato.

modera
Ivana D'Imporzano

Modena 26 maggio 2004
ore 21

Sala Cavani - Centro Famiglia di Nazareth
Strada Formigina 319



Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

SANPAOLO

Filiale di Modena - Via Emilia Est.120 - Tel.059 - 3684280

Gentile Dottoressa, Egregio Dottore,

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

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

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

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

DURATA MUTUO	DOMUS TASSO FISSO		ASSIDOMUS TASSO FISSO	
	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO
5 anni	3,49%	18,19	N.D.	N.D.
7 anni	4,51%	13,90	N.D.	N.D.
10 anni	4,93%	10,57	5,18%	10,69
12 anni	5,14%	9,32	N.D.	N.D.
15 anni	5,37%	8,10	5,62%	8,23
20 anni	5,82%	7,06	n.d.%	7,09

DURATA MUTUO	DOMUS TASSO VARIABILE		ASSIDOMUS TASSO VARIABILE	
5 anni	Euribor 3 m. + 0,90%	2,972%		N.D.
7 anni	Euribor 3 m. + 0,90%	2,972%		N.D.
10 anni	Euribor 3 m. + 0,95%	3,022%	Euribor 3 m. + 1,20%	3,272%
12 anni	Euribor 3 m. + 1,00%	3,072%		N.D.
15 anni	Euribor 3 m. + 1,00%	3,072%	Euribor 3 m. + 1,25%	3,322%
20 anni	Euribor 3 m. + 1,10%	3,172%	Euribor 3 m. + 1,35%	3,422%
25 anni	Euribor 3 m. + 1,30%	3,372%		N.D.

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

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

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

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

SANPAOLO
Filiale di Modena

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

PRIVACY. AVANTI PIANO

(MA FORSE È MEGLIO COSÌ)

Seguire la storia, ormai infinita, della legge sulla privacy sta diventando come seguire una delle tante fiction che la televisione ci propina quotidianamente. Di queste peraltro possiamo dire che riusciamo ad immaginare la fine, bella o brutta che sia, ma della L. 196 intuivamo obiettivamente poco.

Mentre erano ancora in corso i festeggiamenti per l'approvazione da parte del Senato degli emendamenti, presentati da esponenti della maggioranza, centrati sull'abolizione della chiamata non nominativa dei pazienti in sala d'attesa, della non intestazione delle ricette e della notifica per tutti i sanitari al Garante, mentre tutti ci sprecavamo in espressioni di compiacimento nella constatazione che alla fine era prevalso il buon senso, ecco arrivare la doccia fredda della bocciatura - per due voti - dello stesso provvedimento alla Camera dei deputati.

Le spiegazioni, come è consuetudine in questi incidenti di percorso, si sono accavallate e tutte erano estremamente giuste. Una in particolare merita attenzione e riguarda la contingenza, tutt'altro che secondaria, che quei provvedimenti erano inseriti in un maxi-decreto contenente un po' tutto, compreso il destino delle farmacie della Lombardia, elemento quest'ultimo certamente non irrilevante dal punto di vista politico, considerato che al momento del voto erano assenti molti deputati appartenenti soprattutto a due partiti della maggioranza.

Punto e a capo.

Con molto senso del realismo e altrettanta fiducia, che in questi casi non guasta mai, si sono intensificati i contatti ufficiosi ed ufficiali con l'Autorità Garante, che il 31 marzo ha emanato un provvedimento nel quale preannuncia la pubblicazione sulla

Gazzetta Ufficiale delle modifiche al primitivo testo della L. 196 con gli esoneri del caso, primo fra tutti quello dalla notifica. Le categorie interessate all'esonero dalla notifica sono medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Confessiamo di fare una certa fatica a tenere dietro alla moltitudine dei dispositivi legislativi emanati in pochi giorni sulla privacy, ma l'Italia è fatta così, e poco importa se migliaia di professionisti medici si arrabattano tutti i giorni per capire come comportarsi correttamente seguendo le leggi promulgate dal nostro Parlamento.

Come Ordine dei medici stiamo verificando giorno per giorno le notizie dal Palazzo e riportiamo le novità, belle o brutte che siano, sia sul nostro sito che invitiamo a consultare con assiduità - www.ordine-medicimodena.it - (sezione **La Professione**) sia sulla stampa di settore e naturalmente sul nostro Bollettino, che peraltro ha periodicità mensile e risente quindi di un ovvio ritardo cronologico.

Per dovere di cronaca non possiamo non registrare un atteggiamento di apertura del Garante sulle problematiche che più volte gli sono state sottoposte (anche dallo scrivente) ed inerenti soprattutto lo snellimento delle incombenze burocratiche legate al consenso e alla notifica. Non è un passo da poco e come segnale di disponibilità generale va colto nel significato politico che tutti gli addetti vogliono ad esso dare.

Speriamo bene.

Il presidente



**POLIGRAFICO
MUCCHI**

41100 MODENA - Via Emilia Est, 1525 - Tel. 059/374096
Fax 059/281977 - E-mail: poligraficomucchi@datas.it

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO

22 marzo 2004

Il giorno 22 marzo 2004 alle ore 21 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

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

1. Approvazione verbale del 16.2.2004;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Presentazione progetto asilo aziendale (Scaltriti);
5. Privacy (D'Autilia):
 - a) incontro con il Garante del 24 febbraio u.s.;
 - b) novità legislative;
 - c) informazione agli iscritti;
6. Commissione nazionale FNOMCeO medicine non convenzionali: report (Olivi);
7. Commissione nazionale FNOMCeO pubblicità sanitaria: report (Reggiani);
8. Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie dei professionisti (Addamo);
9. Esami di stato medico chirurgo (Convenzione Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia): incontri della Commissione (Arginelli, Lo Monaco);
10. Delibere amministrative (Reggiani);
11. Delibere di pubblicità sanitaria;
12. Varie ed eventuali.

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 22.3.2004

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
BOVOLENTA	FEDERICA	5826
PIATTONI	JURI	5827
ROSSI	CARLO	5828
Iscrizione per trasferimento		
MULLINERIS	BARBARA	5829
Iscrizione per trasferimento con contemporanea iscrizione		
JAOUICHE	MOUSTAFA	5830
Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89		
LOTTI	CARIS	5237
Cancellazione		
CARRETTI	DANILO	450
GENTILINI	SIMONA	5548
JEDRZEJCZAK	ALEKSANDRA	5516
PASQUINELLI	COSTANTINO	1129
ROMEO	UMBERTO	1678
Cancellazione Docenti Universitari a Tempo Pieno DPR 382/80		
ARTUSI	TULLIO	1668
BALLI	RUGGERO	1281
BERTOLANI	MARIA FRANCESCA	2144
LAMI	GIOVANNA	2014
LIVI	ENRICO	1858
MARCHIONI	CARLO FELICE	1393
MINGIONE	ANTONIO	1836
PALMIERI	MARILENA	1948

ALBO ODONTOIATRI

Presa d'atto superamento prova attitudinale di cui al D.Lgs. 386/98		N. Iscriz.
BARBIERI	MARCO (Albo Medici Num. Iscriz. 4160)	223
Iscrizione per trasferimento con contemporanea iscrizione		
JAOUICHE	MOUSTAFA	513

FRER ORDINI

Federazione Regionale Emilia-Romagna degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il giorno 24 marzo 2004 alle ore 18 presso la Sede dell'Ordine Medici e Odontoiatri di Bologna, Via G.Zaccherini Alvisi, 4 si è riunito il consiglio F.R.E.R. Ordini.

1. Approvazione verbale seduta precedente;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Legge istitutiva SSR: parere FRER;
4. Nuova normativa regionale su Autorizzazioni e Accredimenti;
5. Incontro regionale con i Sindacati medici;
6. Proposta di stesura di linee guida regionali su sponsorizzazione e patrocinii;
7. Proposta di suddivisione di competenze ai singoli Ordini su argomenti specifici: discussione ed eventuali incarichi;
8. Varie ed eventuali.

ATTIVITA' DELLE COMMISSIONI INTERNE

SEDUTA DELLA COMMISSIONE PARI OPPORTUNITA'

4 marzo 2004

Il giorno 4 marzo 2004 alle ore 19 presso la Sede di P.le Boschetti, 8 - Modena - si è riunita la Commissione pari opportunità.

Ordine del giorno:

- proposta di due forum a tema;
- progetto asilo aziendale per l'ospedale di Baggiovara;
- formalizzazione dei componenti della Commissione pari opportunità.



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

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

USO DEL TITOLO DI PROFESSORE

Il Consiglio Universitario Nazionale, a seguito di quesito posto dalla FNOMCeO concernente la possibilità dell'uso del titolo di professore da parte del personale docente a contratto e ricercatore, in data 20.2 c.a. ha espresso il proprio parere.

Il titolo di "Professore" può essere usato dal personale a contratto ai sensi degli artt. 25 e 100 del DPR 382/80 e successive modificazioni e integrazioni.

Il CUN ha aggiunto che i medici che ai sensi dei citati artt. 25 e 100 del DPR 382/80 ricoprono insegnamenti in ambito universitario anche in corsi di laurea concernenti le professioni sanitarie possono far uso del titolo di professore. Anche i medici ricercatori ai quali è stata conferita, con apposita deliberazione della facoltà la titolarità di un insegnamento possono far uso del titolo di professore.

Unica limitazione che incontrano i medici che ricoprono insegnamenti in ambito universitario e i ricercatori è che l'uso del titolo è limitato al periodo di insegnamento, come peraltro già si era espresso il

Consiglio di Stato con parere n. 1742 del 1985.

Per chiarezza e comodità e anche in conformità a quanto deciso dalla Cassazione a Sezione Unite con sentenza n. 870/91 possono far uso del titolo di professore:

- a) i Professori universitari di ruolo ordinari, straordinari e associati ;
- b) i Professori a contratto ex art. 25 DPR 382/80, ex art. 100 DPR 382/80 ed ex art. 4 DPR 162/82.
- c) I Liberi Docenti con docenza confermata, ex art. 10 Legge 30 dicembre 1958, n. 1175.

Va comunque precisato che la dizione "Professore" usata dai professori a contratto deve essere accompagnata dalla indicazione, senza abbreviazioni, "a contratto in....., presso la Facoltà di.....o la Scuola di..... per l'anno accademico.....".

Anche per i liberi docenti la dizione Professore deve essere accompagnata da "libero docente in....." specificando la materia nella quale è stata conseguita la libera docenza.

PUBBLICITA' IN MATERIA SANITARIA:

MASTER UNIVERSITARI

Con decreto ministeriale 509/99 è stato previsto che le Università possono attivare corsi di perfezionamento scientifico e di alta formazione permanente e ricorrente per coloro che sono in possesso della laurea o della laurea specialistica.

Tale previsione ha ingenerato dubbi sulla possibilità per i possessori dei titoli di master universitari di 1° e 2° livello di pubblicizzarli ai sensi della legge 175/92. In particolare, non era chiaro se il suddetto titolo potesse esser compreso tra i titoli accademici.

Al fine di chiarire ogni possibile dubbio è stato richie-

sto al Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca un parere in proposito.

Con nota 10.3.04 il suddetto Ministero si è pronunciato nel senso che master universitari sono titoli accademici pubblicizzabili ai sensi della lettera b) del 2° comma dell'art.1 della legge 175/92.

Gli Ordini pertanto, qualora possessori di detti titoli accademici facciano richiesta per inserire nelle targhe e nelle inserzioni pubblicitarie il titolo di master dovranno concedere il nulla osta.

Peraltro, nelle targhe e nelle inserzioni dovrà essere riportata la dizione "master universitario in....."

VALORE GIURIDICO DEI DIPLOMI

RILASCIATI DAGLI ISTITUTI ABILITATI A ISTITUIRE E ATTIVARE CORSI DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA

Interessando numerosi Ordini provinciali hanno inviato alla Federazione richieste di chiarimenti in merito alla valenza da attribuire al diploma conseguito dal medico in esito ai corsi di specializzazione in psicoterapia, attivati dagli istituti privati riconosciuti idonei alla formazione ai sensi dell'art. 3 della legge 56/89 e del successivo Regolamento adottato con D.M. 509/98.

E' da ricordare che, ai sensi del citato art. 3, la formazione che legittima all'esercizio dell'attività **psicoterapeutica** individua due cosiddetti "canali di formazione":

1. il conseguimento del titolo di specializzazione uni-

versitaria in psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia clinica, psicologia del ciclo della vita, psicologia della salute;

2. il conseguimento del diploma rilasciato a seguito di corso quadriennale da istituti privati abilitati ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia.

La Federazione, con comunicazione n. 144 del 16 ottobre 2002, chiarì che dall'esame complessivo e comparato della legge 56/89 e del D.M. 509/98 emerge che i corsi attivati dagli istituti riconosciuti dal Ministero dell'Università e della Ricerca si concludono con il rilascio di un titolo di specializzazione in psicoterapia.

Da ciò discende che il medico che abbia frequentato e superato i corsi quadriennali presso gli istituti abilitati può adottare la denominazione di specialista in psicoterapia.

Il Ministero dell'Università, in data 29 gennaio 2004, a seguito di ulteriori sollecitazioni di alcuni Ordini provinciali, ha inviato alla Federazione un parere che conferma quanto già espresso, precisando, a sostegno della tesi sopra esposta, quanto segue.

La legge 29 dicembre 2000, N. 401 all'art. 2, comma 3, ha previsto espressamente: *"Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto, ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitarie, deve intendersi valido anche ai fini dell'inquadramento nei posti organici di psicologo per la disciplina di psicologia e di medico o psicologo per la disciplina di psicoterapia, fermi restando gli altri requisiti previsti per i due profili professionali"*:

Da ciò deriva che, attesa l'equipollenza tra le due tipologie di diplomi derivanti dalla previsione del secondo canale di formazione in psicoterapia ex art. 3 della legge 56/89, anche il medico in possesso di diploma conseguito al termine del corso quadriennale presso un istituto privato riconosciuto dal MIUR può fregiarsi del titolo di specialista in psicoterapia.

Gli Ordini provinciali, conseguentemente, ai sensi dell'art. 3 del DPR 5 aprile 1950 n. 221, dovranno riportare detti titoli di specializzazione nell'apposita colonna dell'albo professionale e conseguentemente anche nel separato elenco nominativo formato per ogni singola specialità.

Si ricorda che nulla è modificato riguardo all'elenco degli psicoterapeuti predisposto dagli Ordini provinciali al fine dell'esercizio dell'attività psicoterapeutica laddove, in aggiunta ai medici già inseriti ex artt. 3 e 35 della legge 56/89 e successive modifiche, andranno ad essere inseriti i medici specialisti in psicoterapia.

MINISTERO DELLA SALUTE

OPACIZZAZIONE DI LENTI INTRAOCULARI

Da circa 3 anni vengono segnalati sempre più numerosi casi di opacizzazione di lenti intraoculari (IOL), in soggetti operati di cataratta, che hanno portato, nella maggior parte dei casi, all'espianto delle lenti stesse.

Il fenomeno sembra avere interessato principalmente i seguenti tipi di lenti intraoculari:

1. lenti SC60 prodotte da Medical Developmental Research Inc. (USA) e distribuite in Italia con vari nomi commerciali e numeri di modello: SUNCOAST (HA60-OUV), MDR (SC60-0), DGR (SC60B-OUV), CIRRUS (SC600-2);
2. lenti intraoculari HIDROVIEW H60M prodotte da Storz-Bausch&Lomb;
3. lenti intraoculari AQUASENSE, prodotte dalla ditta Ophthalmic Innovation International;
4. lenti intraoculari ACRL-C160, prodotte dalla ditta Ophthalmed Inc.

Per quanto riguarda le lenti elencate in 1), sono stati segnalati in Italia negli anni 2000-2003 circa 80 casi di opacizzazione con conseguente espianto della lente. Le date di impianto sono relative agli anni 1998 - 2000. L'opacizzazione si sarebbe verificata tra i sei mesi ed i cinque anni dall'impianto (comunque continuano a pervenire a questo Ministero segnalazioni di opacizzazione). La ditta MDR ha indagato sul fenomeno, ritenendo che lo stesso fosse da attribuirsi alla materia prima fornita da altra ditta (Vista Optics-UK). La produzione di queste lenti è stata interrotta a seguito di dette segnalazioni nel luglio 2000 ed è stato disposto il ritiro della lente stessa presso i distributori. Presumibilmente la lente SC60 non è stata più impiantata dalla fine del 2000. Attualmente in Italia

vengono distribuite le lenti SC25 con il nome SUNCOAST (AL25B) E CIRRUS (CS25B-1).

Per quanto riguarda le lenti elencate in 2) sono pervenute a questo Ministero circa 170 segnalazioni di opacizzazione relative, in genere, agli anni 2002-2003. L'opacizzazione si sarebbe verificata tra i tre mesi ed i quattro anni dall'impianto (comunque continuano a pervenire a questo Ministero segnalazioni di opacizzazione). La ditta ha individuato, come causa del fenomeno, la presenza sulle lenti di residui di olio di silicone provenienti dal packaging della lente stessa. La Ditta, come azione correttiva, ha eliminato dal packaging il silicone, sostituendolo con materiale in perfluoroelastomero. Tale azione correttiva, implementata nel gennaio 2001, divenne pienamente operativa nel maggio 2001. La ditta dichiara che le lenti, pur avendo mantenuto lo stesso nome, hanno subito dopo l'implementazione dell'azione correttiva un cambio di numerazione del numero di serie (le lenti con il nuovo packaging recano un numero di serie che inizia con il 6, le lenti con il vecchio packaging recavano un numero di serie che iniziava con un numero inferiore al 6).

Per quanto riguarda le lenti elencate in 3) e 4), è stato rilevato che anche in questo caso la presenza di silicone nel packaging potrebbe essere implicata nel fenomeno dell'opacizzazione. Per ciò che concerne Aqua-Sense, esso si sarebbe verificato entro un range tra un anno e tre anni e mezzo dall'impianto (comunque continuano a pervenire a questo Ministero segnalazioni di opacizzazione). La lente è stata commercializzata fino alla metà del 2001.

Tutto ciò premesso, pur in assenza di dati precisi sul

numero di lenti vendute, si fa rilevare l'alto numero di segnalazioni, che peraltro continuano a pervenire a questo Ministero. Il fenomeno dell'opacamento è un evento avverso e come tale deve essere segnalato secondo la normativa vigente (artt. 9 e 10 del D.L.vo 46/97); pertanto si invitano le SS.LL. a voler sensibilizzare le strutture ospedaliere pubbliche e private affinché trasmettano secondo le modalità previste dalla normativa i casi di opacizzazione riscontrati. Questo Ministero sta approntando ed aggiornando un resoconto completo di tutte le segnalazioni di opacamento, che verrà quanto prima reso noto.

L'intera problematica è stata portata all'attenzione del Consiglio Superiore di Sanità il quale per quanto riguarda la gestione dei pazienti impiantati ha rilevato quanto di seguito riportato:

- a) le misure da adottare nei confronti dei pazienti con IOL o pacata consistono unicamente nella asportazione chirurgica e sostituzione della IOL;
- b) l'indicazione al reintervento in caso di opacizzazione deve essere data dall'oftalmologo, in rapporto all'entità dell'opacamento stesso e al decremento funzionale correlato e ciò in considerazione della complessità che talora può avere questo intervento chirurgico. In molti casi infatti le inevitabili aderenze cicatriziali del sacco capsulare contenente la IOL possono comportare alto rischio di rottura intraoperatoria del sacco capsulare stesso, con complicanze vitreali e retiniche connesse. Talora, per questi stessi motivi, la nuova protesi non può essere inserita nella sede originale, ma in sedi differenti come il solco irideo, la

camera anteriore e la camera posteriore con fissazione sclerale. L'incisione corneale ampia, resa necessaria per l'asportazione della IOL o pacata, comporta inoltre un possibile astigmatismo chirurgico post-operatorio elevato.

- c) E' necessario che gli oftalmologi, qualora nel corso della loro attività di visita individuino pazienti a cui siano state impiantate IOL che presentano il fenomeno dell'opacamento, inviino tali pazienti presso i centri chirurgici dove hanno effettuato l'intervento, per consentirne l'adeguato monitoraggio e la valutazione della necessità del reintervento. Qualora ciò non fosse possibile, gli oftalmologi provvederanno a:

- Informare il centro chirurgico medesimo dei casi e degli interventi adottati;
- Segnalare l'evento al Ministero della Salute, secondo quanto indicato dalla normativa vigente.

Infine, per quanto attiene a possibili problematiche di tipo medico-legale ed economico, si precisa che le strutture sanitarie potranno concordare con le Ditte distributrici delle lenti coinvolte dei protocolli nei quali venga precisato che i risarcimenti dovranno prevedere: costi sanitari per il reintervento chirurgico e la IOL sostitutiva; costi sanitari connessi ai vari controlli che questi pazienti devono necessariamente subire; eventuali danni biologici, o altro, correlati al reintervento stesso.

*Il Dirigente Generale
Dott. Nello Martini*



SAN TOMMASO
day surgery

POLIAMBULATORIO PRIVATO

**METTE A DISPOSIZIONE:
AMBULATORI PER ATTIVITÀ CLINICA
SALA OPERATORIA PER ATTIVITÀ CHIRURGICA
CON DEGENZA IN REGIME DI DAY SURGERY**

Direttore Sanitario Dr. Alvaro Amicucci - Specialista Anestesia

Via Bontempelli 192 - Vignola, Modena

info@san-tommaso.it - www.san-tommaso.it

Tel. 059.774.491 - Fax 059.774.002

FONDAZIONE E.N.P.A.M.

NUOVE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI

FONDO LIBERA PROFESSIONE "QUOTA B"

Il Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M., nella seduta del 30 gennaio 2004 ha deliberato il Regolamento delle prestazioni assistenziali erogate dal Fondo della Libera Professione "Quota B" del Fondo Generale, che è entrato in vigore il 1° febbraio 2004.

Le prestazioni sono finanziate dal 50% dei contributi annualmente versati al Fondo con l'aliquota del 1% (il restante di tale aliquota garantisce un'ulteriore quota di pensione) e sono riservate agli iscritti e pensionati del Fondo della libera professione che abbiano un reddito annuo complessivo non superiore a quattro volte l'importo del trattamento minimo INPS, annualmente indicizzato (limite per i redditi riferiti all'anno 2003 pari a € 5.227,43 x 4 = € 20.909,72). Per la determinazione del reddito complessivo è necessario fare riferimento alla somma dei redditi di qualsiasi natura percepiti dai membri del nucleo familiare dell'iscritto.

Come prestazione assistenziale per invalidità temporanea a favore dell'iscritto attivo che sia colpito da infortunio o malattia che comporti la temporanea e totale inabilità all'esercizio dell'attività professionale, con conseguente sospensione dell'attività stessa, può essere erogato un importo pari a € 630 mensili (corrispondenti ad € 21 giornalieri). Tale prestazione è erogata a partire dal 61° giorno dell'insorgenza dello stato di inabilità e non può essere corrisposta per un periodo continuativo superiore a 24 mesi, ovvero per un periodo anche non continuativo superiore a 24 mesi nell'arco degli ultimi 36 mesi. Si prescinde dal limite reddituale sopra esposto se l'iscritto, successivamente all'evento che ha determinato l'inabilità, ha sostenuto rilevanti spese che hanno determinato uno stato di bisogno.

Prestazioni assistenziali straordinarie nei casi di invalidità e premorienza: i pensionati di invalidità del Fondo della libera professione, qualora la loro patologia invalidante richieda cure sanitarie o fisioterapiche non a carico del Servizio sanitario nazionale, possono chiedere una prestazione assistenziale straordinaria di importo non superiore a € 1.500. Tale prestazione può essere richiesta anche dai superstiti del pensionato di invalidità o dell'iscritto deceduto prima del raggiungimento dell'età pensionabile e può essere erogata due volte nel corso dell'anno solare.

Sussidi assistenziali aggiuntivi per l'assistenza domiciliare: ai pensionati del Fondo di libera professione, al coniuge convivente ovvero al coniuge superstite che percepiscono i sussidi per l'assistenza domiciliare previsti dal regolamento delle prestazioni della "Quota A" del Fondo generale, può essere concessa una maggiorazione pari al 50% di tale sussidio.

Interventi aggiuntivi per calamità naturali: gli iscritti, i pensionati del Fondo della libera professione e i loro superstiti, residenti in comuni interessati da calamità naturali riconosciute con Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, che abbiano riportato danni a beni mobili ed immobili in conseguenza delle calamità medesime, possono usufruire dei contributi assistenziali aggiuntivi rispetto a quelli previsti dal Regolamento delle prestazioni assistenziali della "Quota A" del Fondo Generale.

Requisiti

Il contributo è dovuto dal mese successivo all'iscrizione all'Albo sino al mese precedente quello di decorrenza della pensione per invalidità o al mese di compimento del 65° anno di età.

Contributi per l'anno 2004

- € 166,05 fino ai 30 anni di età;
- € 322,33 dal compimento dei 30 fino ai 35 anni di età;
- € 604,87 dal compimento dei 35 fino ai 40 anni di età;
- € 1.117,08 dal compimento dei 40 fino ai 65 anni di età;
- € 604,87 annui indicizzati fino ai 65 anni di età per coloro che, secondo la precedente normativa, sono stati ammessi alla contribuzione ridotta.

Oltre ai contributi ordinari tutti gli iscritti sono tenuti a versare il contributo di maternità, adozione e aborto pari a € 42,06 annui.

Modalità di versamento

A mezzo di ruoli esattoriali, come per le imposte dirette; concessionaria incaricata della riscossione ESATRI SPA di Milano.

Note

I contributi fissi sono interamente deducibili dall'imponibile IRPEF. Gli iscritti ammessi, ai sensi della normativa previgente, alla contribuzione ridotta possono chiedere entro il 30 settembre di ciascun anno di essere ammessi, a decorrere dall'anno successivo a quello della domanda, alla contribuzione ordinaria. Tale opzione è irrevocabile. L'iscritto infra 65enne colpito da malattia che comporti inabilità assoluta e temporanea all'esercizio professionale per più di 6 mesi ha diritto all'esonero dall'obbligo contributivo per un periodo massimo continuativo di 24 mesi che, ai fini del diritto e della misura delle prestazioni, verrà considerato come periodo contributivo. L'esonero decorre dal mese successivo alla data in cui la malattia o l'infortunio hanno determinato la temporanea inabilità.

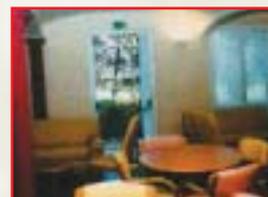
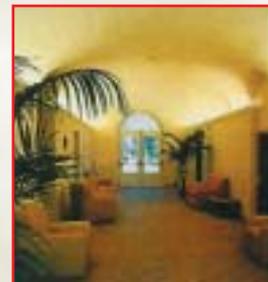


VILLA BERTANI S.P.A.

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

MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

SASSUOLOASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Noi Vi assistiamo a casa e in strutture ospedaliere

A Modena e Sassuolo

SERVIZI DI ASSISTENZA

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



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

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



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

- CHIAMATECI -

MODENASSISTENZA

059-22.11.22

Via Ciro Menotti, 43
Modena

SASSUOLOASSISTENZA

0536-81.25.79

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

Dopo prolungati dibattiti e con grandi polemiche è stata pubblicata il 24 febbraio 2004 sulla Gazzetta Ufficiale n° 45 la legge 40 del 19 febbraio 2004 contenente le “norme in materia di procreazione medicalmente assistita”, dando infine una regolamentazione in un ambito estremamente delicato e controverso che ha visto in questi ultimi anni un enorme progresso tecnologico che, se da un lato ha dato a tante coppie in cerca di un figlio la possibilità di realizzare un sogno altrimenti irraggiungibile, ha creato dall'altra parte enormi problematiche di carattere etico e morale. Pubblichiamo il testo della legge di cui ci preme sottolineare alcuni punti.

Nei Principi Generali si dà la possibilità al Ministero della Salute di promuovere ricerche sulle cause della infertilità e sterilità per prevenirle e ridurre l'incidenza anche con la promozione di campagne di prevenzione e informazione (ricordiamo solo l'importanza delle malattie a trasmissione sessuale, degli inquinanti ambientali e della tendenza a ricercare la prima gravidanza in età sempre più avanzata).

All'articolo 4 si sottolinea la necessità di una gradualità d'intervento ispirandosi al principio della minore invasività e si vieta l'accesso a tecniche di procreazione assistita a coppie omosessuali, non coniugate o conviventi, non in età potenzialmente fertile o a minorenni o in cui uno dei membri della coppia sia deceduto. Si vieta inoltre, e questo è l'aspetto che più ha fatto discutere, il ricorso a tecniche di procreazione di tipo eterologo.

Molto significativo ci sembra all'articolo 6 l'obbligo ad un consenso informato sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici, sulle probabilità di successo e sui rischi e sulle conseguenze giuridiche per la coppia ed il nascituro, che viene in questa legge tutelato all'articolo 9 con il divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre.

Gli interventi di procreazione medicalmente assistita dovranno essere effettuati unicamente in strutture autorizzate ed iscritte ad un registro nazionale, con la possibilità di ottenere informazioni sulle tecniche utilizzate ed i risultati conseguiti.

Sono vietate la commercializzazione di gameti ed embrioni, la surrogazione di maternità e la clonazione. E' vietata inoltre la sperimentazione su embrioni umani.

E' stato oggetto di forti polemiche l'articolo 14 sul divieto di crioconservazione e soppressione di embrioni umani, consentendo la produzione di un numero di embrioni non superiore a 3, per un unico e contemporaneo impianto.

All'articolo 16 è prevista l'obiezione di coscienza per il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie.

L. Bertani

L. 40 DEL 19 FEBBRAIO 2004

NORME IN MATERIA DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA.
PUBBLICATA NELLA GAZZETTA UFFICIALE 24 FEBBRAIO 2004 - N. 45.

Epigrafe

1. Finalità.
2. Interventi contro la sterilità e la infertilità.
3. Modifica alla legge 29 luglio 1975, n. 405.
4. Accesso alle tecniche.
5. Requisiti soggettivi.

6. *Consenso informato.*
7. *Linee guida.*
8. *Stato giuridico del nato.*
9. *Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre.*
10. *Strutture autorizzate.*
11. *Registro.*
12. *Divieti generali e sanzioni.*
13. *Sperimentazione sugli embrioni umani.*
14. *Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni.*
15. *Relazione al Parlamento.*
16. *Obiezione di coscienza.*
17. *Disposizioni transitorie.*
18. *Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita.*

Capo I - Principi generali

1. Finalità.

1. Al fine di favorire la soluzione dei problemi riproduttivi derivanti dalla sterilità o dalla infertilità umana è consentito il ricorso alla procreazione medicalmente assistita, alle condizioni e secondo le modalità previste dalla presente legge, che assicura i diritti di tutti i soggetti coinvolti, compreso il concepito.
2. Il ricorso alla procreazione medicalmente assistita è consentito qualora non vi siano altri metodi terapeutici efficaci per rimuovere le cause di sterilità o infertilità.

2. Interventi contro la sterilità e la infertilità.

1. Il Ministro della salute, sentito il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, può promuovere ricerche sulle cause patologiche, psicologiche, ambientali e sociali dei fenomeni della sterilità e della infertilità e favorire gli interventi necessari per rimuoverle nonchè per ridurne l'incidenza, può incentivare gli studi e le ricerche sulle tecniche di crioconservazione dei gameti e può altresì promuovere campagne di informazione e di prevenzione dei fenomeni della sterilità e della infertilità.
2. Per le finalità di cui al comma 1 è autorizzata la spesa massima di 2 milioni di euro a decorrere dal 2004.
3. All'onere derivante dall'attuazione del comma 2 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

3. Modifica alla legge 29 luglio 1975, n. 405.

1. ⁽²⁾.
2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

⁽²⁾ Aggiunge le lettere d-bis) e d-ter) al primo comma dell'art. 1, *L. 29 luglio 1975, n. 405.*

4. Accesso alle tecniche.

1. Il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è consentito solo quando sia accertata l'impossibilità di rimuovere altrimenti le cause impeditive della procreazione ed è comunque circoscritto ai casi di sterilità o di infertilità inspiegate documentate da atto medico nonchè ai casi di sterilità o di infertilità da causa accertata e certificata da atto medico.

2. Le tecniche di procreazione medicalmente assistita sono applicate in base ai seguenti principi:

a) gradualità, al fine di evitare il ricorso ad interventi aventi un grado di invasività tecnico e psicologico più gravoso per i destinatari, ispirandosi al principio della minore invasività;

b) consenso informato, da realizzare ai sensi dell'articolo 6.

3. È vietato il ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo.

5. Requisiti soggettivi.

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 4, comma 1, possono accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita coppie di maggiorenni di sesso diverso, coniugate o conviventi, in età potenzialmente fertile, entrambi viventi.

6. Consenso informato.

1. Per le finalità indicate dal comma 3, prima del ricorso ed in ogni fase di applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita il medico informa in maniera dettagliata i soggetti di cui all'articolo 5 sui metodi, sui problemi bioetici e sui possibili effetti collaterali sanitari e psicologici conseguenti all'applicazione delle tecniche stesse, sulle probabilità di successo e sui rischi dalle stesse derivanti, nonchè sulle relative conseguenze giuridiche per la donna, per l'uomo e per il nascituro. Alla coppia deve essere prospettata la possibilità di ricorrere a procedure di adozione o di affidamento ai sensi della legge 4 maggio 1983, n. 184, e successive modificazioni, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita. Le informazioni di cui al presente comma e quelle concernenti il grado di invasività delle tecniche nei confronti della donna e dell'uomo devono essere fornite per ciascuna delle tecniche applicate e in modo tale da garantire il formarsi di una volontà consapevole e consapevolmente espressa.

2. Alla coppia devono essere prospettati con chiarezza i costi economici dell'intera procedura qualora si tratti di strutture private autorizzate.

3. La volontà di entrambi i soggetti di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita è espressa per iscritto congiuntamente al medico responsabile della struttura, secondo modalità definite con decreto dei Ministri della giustizia e della salute, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tra la manifestazione della volontà e l'applicazione della tecnica deve intercorrere un termine non inferiore a sette giorni. La volontà può essere revocata da ciascuno dei soggetti indicati dal presente comma fino al momento della fecondazione dell'ovulo.

4. Fatti salvi i requisiti previsti dalla presente legge, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla procreazione medicalmente assistita, esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione.

5. Ai richiedenti, al momento di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, devono essere esplicitate con chiarezza e mediante sottoscrizione le conseguenze giuridiche di cui all'articolo 8 e all'articolo 9 della presente legge.

7. *Linee guida.*

1. Il Ministro della salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, e previo parere del Consiglio superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita.
2. Le linee guida di cui al comma 1 sono vincolanti per tutte le strutture autorizzate.
3. Le linee guida sono aggiornate periodicamente, almeno ogni tre anni, in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica, con le medesime procedure di cui al comma 1.

Capo III - Disposizioni concernenti la tutela del nascituro

8. *Stato giuridico del nato.*

1. I nati a seguito dell'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita hanno lo status di figli legittimi o di figli riconosciuti della coppia che ha espresso la volontà di ricorrere alle tecniche medesime ai sensi dell'articolo 6.

9. *Divieto del disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre.*

1. Qualora si ricorra a tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il coniuge o il convivente il cui consenso è ricavabile da atti concludenti non può esercitare l'azione di disconoscimento della paternità nei casi previsti dall'articolo 235, primo comma, numeri 1) e 2), del codice civile, nè l'impugnazione di cui all'articolo 263 dello stesso codice.
2. La madre del nato a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita non può dichiarare la volontà di non essere nominata, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del regolamento di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396*.
3. In caso di applicazione di tecniche di tipo eterologo in violazione del divieto di cui all'articolo 4, comma 3, il donatore di gameti non acquisisce alcuna relazione giuridica parentale con il nato e non può far valere nei suoi confronti alcun diritto nè essere titolare di obblighi.

Capo IV - Regolamentazione delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita

10. *Strutture autorizzate.*

1. Gli interventi di procreazione medicalmente assistita sono realizzati nelle strutture pubbliche e private autorizzate dalle regioni e iscritte al registro di cui all'articolo 11.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definiscono con proprio atto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge:
 - a) i requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture;
 - b) le caratteristiche del personale delle strutture;
 - c) i criteri per la determinazione della durata delle autorizzazioni ed i casi di revoca delle stesse;
 - d) i criteri per lo svolgimento dei controlli sul rispetto delle disposizioni della presente legge e sul permanere dei requisiti tecnico-scientifici e organizzativi delle strutture.

11. Registro.

1. È istituito, con decreto del Ministro della salute, presso l'Istituto superiore di sanità, il registro nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime.
2. L'iscrizione al registro di cui al comma 1 è obbligatoria.
3. L'Istituto superiore di sanità raccoglie e diffonde, in collaborazione con gli osservatori epidemiologici regionali, le informazioni necessarie al fine di consentire la trasparenza e la pubblicità delle tecniche di procreazione medicalmente assistita adottate e dei risultati conseguiti.
4. L'Istituto superiore di sanità raccoglie le istanze, le informazioni, i suggerimenti, le proposte delle società scientifiche e degli utenti riguardanti la procreazione medicalmente assistita.
5. Le strutture di cui al presente articolo sono tenute a fornire agli osservatori epidemiologici regionali e all'Istituto superiore di sanità i dati necessari per le finalità indicate dall'articolo 15 nonché ogni altra informazione necessaria allo svolgimento delle funzioni di controllo e di ispezione da parte delle autorità competenti.
6. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, determinato nella misura massima di 154.937 euro a decorrere dall'anno 2004, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Capo V - Divieti e sanzioni

12. Divieti generali e sanzioni.

1. Chiunque a qualsiasi titolo utilizza a fini procreativi gameti di soggetti estranei alla coppia richiedente, in violazione di quanto previsto dall'articolo 4, comma 3, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 300.000 a 600.000 euro.
2. Chiunque a qualsiasi titolo, in violazione dell'articolo 5, applica tecniche di procreazione medicalmente assistita a coppie i cui componenti non siano entrambi viventi o uno dei cui componenti sia minorenne ovvero che siano composte da soggetti dello stesso sesso o non coniugati o non conviventi è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 200.000 a 400.000 euro.
3. Per l'accertamento dei requisiti di cui al comma 2 il medico si avvale di una dichiarazione sottoscritta dai soggetti richiedenti. In caso di dichiarazioni mendaci si applica l'articolo 76, commi 1 e 2, del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445.
4. Chiunque applica tecniche di procreazione medicalmente assistita senza avere raccolto il consenso secondo le modalità di cui all'articolo 6 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.
5. Chiunque a qualsiasi titolo applica tecniche di procreazione medicalmente assistita in strutture diverse da quelle di cui all'articolo 10 è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 100.000 a 300.000 euro.
6. Chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di

embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro.

7. Chiunque realizza un processo volto ad ottenere un essere umano discendente da un'unica cellula di partenza, eventualmente identico, quanto al patrimonio genetico nucleare, ad un altro essere umano in vita o morto, è punito con la reclusione da dieci a venti anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro. Il medico è punito, altresì, con l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

8. Non sono punibili l'uomo o la donna ai quali sono applicate le tecniche nei casi di cui ai commi 1, 2, 4 e 5.

9. È disposta la sospensione da uno a tre anni dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti di cui al presente articolo, salvo quanto previsto dal comma 7.

10. L'autorizzazione concessa ai sensi dell'articolo 10 alla struttura al cui interno è eseguita una delle pratiche vietate ai sensi del presente articolo è sospesa per un anno. Nell'ipotesi di più violazioni dei divieti di cui al presente articolo o di recidiva l'autorizzazione può essere revocata.

Capo VI - Misure di tutela dell'embrione

13. Sperimentazione sugli embrioni umani.

1. È vietata qualsiasi sperimentazione su ciascun embrione umano.

2. La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, e qualora non siano disponibili metodologie alternative.

3. Sono, comunque, vietati:

a) la produzione di embrioni umani a fini di ricerca o di sperimentazione o comunque a fini diversi da quello previsto dalla presente legge;

b) ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo;

c) interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi a fini sia procreativi sia di ricerca;

d) la fecondazione di un gamete umano con un gamete di specie diversa e la produzione di ibridi o di chimere.

4. La violazione dei divieti di cui al comma 1 è punita con la reclusione da due a sei anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro. In caso di violazione di uno dei divieti di cui al comma 3 la pena è aumentata. Le circostanze attenuanti concorrenti con le circostanze aggravanti previste dal comma 3 non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste.

5. È disposta la sospensione da uno a tre anni dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno degli illeciti di cui al presente articolo.

14. Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni.

1. È vietata la crioconservazione e la soppressione di embrioni, fermo restando quanto previsto dalla

legge 22 maggio 1978, n. 194.

2. Le tecniche di produzione degli embrioni, tenuto conto dell'evoluzione tecnico-scientifica e di quanto previsto dall'articolo 7, comma 3, non devono creare un numero di embrioni superiore a quello strettamente necessario ad un unico e contemporaneo impianto, comunque non superiore a tre.

3. Qualora il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione è consentita la crioconservazione degli embrioni stessi fino alla data del trasferimento, da realizzare non appena possibile.

4. Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla *legge 22 maggio 1978, n. 194.*

5. I soggetti di cui all'articolo 5 sono informati sul numero e, su loro richiesta, sullo stato di salute degli embrioni prodotti e da trasferire nell'utero.

6. La violazione di uno dei divieti e degli obblighi di cui ai commi precedenti è punita con la reclusione fino a tre anni e con la multa da 50.000 a 150.000 euro.

7. È disposta la sospensione fino ad un anno dall'esercizio professionale nei confronti dell'esercente una professione sanitaria condannato per uno dei reati di cui al presente articolo.

8. È consentita la crioconservazione dei gameti maschile e femminile, previo consenso informato e scritto.

9. La violazione delle disposizioni di cui al comma 8 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 50.000 euro.

Capo VII - Disposizioni finali e transitorie

15. Relazione al Parlamento.

1. L'Istituto superiore di sanità predisponde, entro il 28 febbraio di ciascun anno, una relazione annuale per il Ministro della salute in base ai dati raccolti ai sensi dell'articolo 11, comma 5, sull'attività delle strutture autorizzate, con particolare riferimento alla valutazione epidemiologica delle tecniche e degli interventi effettuati.

2. Il Ministro della salute, sulla base dei dati indicati al comma 1, presenta entro il 30 giugno di ogni anno una relazione al Parlamento sull'attuazione della presente legge.

16. Obiezione di coscienza.

1. Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge al direttore dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente, al direttore sanitario, nel caso di personale dipendente da strutture private autorizzate o accreditate.

2. L'obiezione può essere sempre revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al comma 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione agli organismi di cui al comma 1.

3. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal

compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'intervento di procreazione medicalmente assistita e non dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento.

17. Disposizioni transitorie.

1. Le strutture e i centri iscritti nell'elenco predisposto presso l'Istituto superiore di sanità ai sensi dell'O.M. 5 marzo 1997 del Ministro della sanità, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 7 marzo 1997, sono autorizzati ad applicare le tecniche di procreazione medicalmente assistita, nel rispetto delle disposizioni della presente legge, fino al nono mese successivo alla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le strutture e i centri di cui al comma 1 trasmettono al Ministero della salute un elenco contenente l'indicazione numerica degli embrioni prodotti a seguito dell'applicazione di tecniche di procreazione medicalmente assistita nel periodo precedente la data di entrata in vigore della presente legge, nonchè, nel rispetto delle vigenti disposizioni sulla tutela della riservatezza dei dati personali, l'indicazione nominativa di coloro che hanno fatto ricorso alle tecniche medesime a seguito delle quali sono stati formati gli embrioni. La violazione della disposizione del presente comma è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria da 25.000 a 50.000 euro.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità, definisce, con proprio decreto, le modalità e i termini di conservazione degli embrioni di cui al comma 2.

18. Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita.

1. Al fine di favorire l'accesso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita da parte dei soggetti di cui all'articolo 5, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per le tecniche di procreazione medicalmente assistita. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Per la dotazione del Fondo di cui al comma 1 è autorizzata la spesa di 6,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2004.

3. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2004-2006, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2004, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero medesimo. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

LA COSTRIZIONE PER LA TUTELA FISICA DELL'ANZIANO

Premessa

Le persone che vivono nelle strutture per anziani, a volte, sono sottoposte a misure che limitano la loro capacità di movimento. Se tale misura è presa in modo cosciente e responsabile non si inficia il concetto di assistenza. Di essa si parla spesso solo in termini etici o sull'onda di una trattazione esclusivamente emotiva da parte della stampa.

Allo stato la limitazione della libertà di movimento è un atto sanitario assistenziale che utilizza sia mezzi fisici che meccanici applicati al corpo ed allo spazio circostante, oltre a mezzi chimici ma anche posture obbligate non giustificabili o all'uso di dispositivi non necessari.

Nasce nell'ambiente psichiatrico ed è riservato a casi acuti e per breve durata e, contrariamente a quanto avviene in ambito geriatrico, quasi mai si configura come trattamento di medio-lungo periodo.¹

Situazione

E' stimato che, su un totale di 625.766 persone, la popolazione con oltre 64 anni di età nella AUSL di Modena risulta essere costituita da 137.965 persone, pari al 22%².

In essa agiscono 97 Residenze per anziani³ con una ricettività totale di 3.340 posti letto. Sono rappresentate tutte le tipologie di strutture socio-assistenziali previste dalle normative regionali: centri diurni, comunità alloggio/residenze protette, case di riposo, case protette, residenze sanitarie assistenziali; di queste il 59% è a gestione pubblica. Le Case Protette (C.P.) o Strutture Protette sono strutture residenziali a carattere assistenziale volte ad assicurare trattamenti socio-assistenziali e sanitari di base per il riequilibrio di condizioni deteriorate, destinate ad anziani non autosufficienti e non assistibili nel proprio ambito familiare. Anche le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture extra-ospedaliere socio-sanitarie integrate a prevalente valenza sanitaria, destinate ad anziani non autosufficienti - non assistibili al domicilio e richiedenti trattamenti continui - affetti da patologie cronico-degenerative a tendenza invalidante che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere.⁴

Per evitare l'abuso della contenzione è necessario

definire quando sia lecita una manovra che limita la libertà di movimento e che è potenzialmente lesiva della integrità fisica. Affinché non si perda la sua funzione preventiva, ma diventi una manovra utilizzata, vuoi per carenza di personale o per gradimento degli operatori - amministrativi o assistenziali - è stata elaborata una scheda in cui il team assistenziale deve dichiarare perché viene usato il mezzo di tutela, quale mezzo viene usato e per quanto tempo. L'uso della scheda è stato reso obbligatorio in ognuna delle Residenze per anziani pubbliche e private convenzionate con la Azienda USL di Modena. Va da sé che la scheda ha solo funzione notarile dell'evento limitandosi alla sua registrazione: non è in grado però di considerare gli effetti su chi lo subisce.

Scopo

Abbiamo voluto testare se, nonostante esistano regole, si verificano casi di abuso nella limitazione della libertà personale. All'uopo sono state prese in considerazione 12 residenze, 6 a gestione totalmente privata, 4 pubbliche ma a gestione privata ed infine 2 a gestione pubblica in cui sono presenti ospiti che necessitano di cure a lungo termine.

Nell'ultima settimana di settembre 2003 è stato chiesto al team assistenziale di ogni residenza di indicare, per ogni ospite presente, la patologia in quel momento prevalente e la seconda patologia e di rispondere ad una breve serie di domande miranti a riconoscere il tipo e la motivazione per l'utilizzo del mezzo di tutela fisica. Non si richiedevano né il sesso né l'età.

Risultati

Nei periodo preso in considerazione erano presenti 685 ospiti e di questi 462, pari al 67,44%, risultano sottoposti a misure limitative della libertà: la motivazione più frequente è data dalla prevenzione del rischio di cadute (60,8%) seguita dalla richiesta diretta dell'ospite (5,69%) e dalla agitazione psicomotoria (3,35%).

Lo strumento più utilizzato è la sponda da letto (66,86%), seguita dalla sedia geriatrica (12,55%). Scorrendo le sponde da letto, risultano contenuti 128 ospiti pari al 18,68%. La patologia più frequen-

te è la demenza (36,35%), seguita dalle patologie psichiatriche (8,61%).

Discussione

L'utilizzo di misure di tutela della integrità fisica è un fenomeno che interessa il 18,68% degli ospiti. Il motivo per cui si applica tale provvedimento è da ricercarsi essenzialmente nella soggettiva convinzione degli operatori di evitare agli ospiti il rischio di cadere. La percentuale delle persone che subiscono una misura di tutela aumenta a dismisura (67,44%) allorché vengano computate anche le sponde da letto. Da tale percentuale, però, vanno esclusi coloro che richiedono almeno una sponda, (fatto che di per sé non costituisce contenzione), vuoi per una soggettiva sensazione di sicurezza, vuoi per avere un punto di forza nella mobilitazione spontanea a letto: essi costituiscono il 47,25 % del totale delle persone che utilizzano questo sistema.

La contenzione è sempre cattiva?

Secondo l'art. 13 della Costituzione la libertà personale è inviolabile. Esso non ammette alcuna forma di detenzione, di ispezione o perquisizione personale né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dalle autorità giudiziarie e nei soli casi e modi previsti dalla legge. Per di più l'art. 605 C.P. punisce con la reclusione da sei mesi a otto anni chiunque priva taluno della libertà personale, configurandosi il reato di sequestro di persona.

D'altro canto per l' art. 591 C.P. chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni, rendendosi colpevole di abbandono di minore o incapace. Ci si trova quindi di fronte ad un bivio: da un lato l'obbligo di non limitare la libertà del singolo, dall'altra l'obbligo di prendersi cura di una persona di cui abbiamo la tutela. La risposta alla domanda di cui sopra è certamente affermativa sia in termini di limitazione di libertà personale, sia in termini di eventuali danni successivi alla sua pratica qualora non si valuti in maniera adeguata, e quindi proporzionale, il singolo caso da limitare, il mezzo usato e le possibili conseguenze del suo utilizzo. Ci possono venire in aiuto le definizioni di emergenza, intesa come la combinazione imprevista di circostanze che fanno emergere nuove necessità di intervento, e di urgenza, intesa come fatto che richiede un intervento immediato.

Alterazioni psicopatologiche dei BPSD

<i>disturbi psichici</i>	<i>disturbi del comportamento</i>
Deliri	Aggressività
Allucinazioni	Vagabondaggio (Wandering)
Paranoia	Disturbi del sonno
Depressione	Inappropriati comportamenti alimentari
Sdoppiamento	Inappropriati comportamenti sessuali
Misidentificazioni	
Ansia	

Nella persona demente sono presenti sintomi comportamentali e psicologici tipici della malattia che vanno sotto il nome di Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) e che sono alterazioni della percezione, del contenuto del pensiero, dell'umore o del comportamento, che si osservano frequentemente in questi pazienti⁵. I sintomi non cognitivi dei disturbi del comportamento sono la causa più frequente di istituzionalizzazione e di prescrizione farmacologica, di aumento della disabilità e di richieste di intervento medico, di stress grave degli operatori⁶. Ai BPSD contribuiscono anche fattori ambientali e sociali.

Classificazione dei sintomi comportamentali (Cohen-Mansfield 1989)

<i>Fisicamente</i>	
<i>Non aggressivi:</i>	<i>aggressivi:</i>
irrequietezza	picchiare
manierismi ripetitivi	spintonare
movimenti continui	graffiare
nascondere oggetti	arraffare
gestualità inappropriata	
pedinamento	
fuga	
vestirsi/svestirsi in modo inappropriato	
<i>Verbalmente</i>	
<i>Non aggressivi:</i>	<i>aggressivi:</i>
negativismo	gridare
cantilenare	bestemmie, inveire
frasi ripetitive	temper outbursts
interruzioni costanti	fare commenti socialmente inappropriati
costante richiesta di attenzione	

L'istituzionalizzazione è spesso associata con cambiamenti di routine e ambiente sociale e possono

peggiore il comportamento depressivo, l'agitazione e la mortalità; per di più nei pazienti con funzioni cognitive moderate si hanno i maggiori effetti sulla mortalità a seguito di un trasferimento ad altro sito. Anche lo stress degli operatori e le scarse relazioni interpersonali possono esacerbare i BPSD⁷. Esiste infatti una serie di comportamenti del demente che possono essere giudicati disturbanti dai

caregivers, professionali e non, quali resistenza durante le attività di base come la non collaborazione per lavarsi, mangiare, vestirsi; girovagare; i disturbi del sonno; la ripetitività verbale con richieste o domande incessanti ed impulsività nel parlare; agitazione provocata da pensieri deliranti; aggressività fisica o verbale con vocalizzazioni quali suoni, urla, grida, grugniti.

Cause di agitazione				
Valgimigli C. in Diagnosi precoce e presa in carico del paziente demente – R.De Gesu, 2002				
<i>Primarie:</i>	<i>Secondarie:</i>	<i>Mediche:</i>	<i>Iatrogene:</i>	<i>Ambientali:</i>
danno cerebrale	Disturbi cognitivi (linguaggio, memoria, movimento, percezione)	Disturbi fisici (fame, sete, dolore, stipsi)	Contenzione fisica o chimica	Rumori di fondo, disordine, sovra- o sottostimolazione
nevrosi	Disturbi non cognitivi (allucinazioni, deliri)	Disturbi percettivi (cataratta, sordità)	Polifarmacologia	Rapporti conflittuali tra malato e familiari insorti prima della malattia
	Disturbi sonno/veglia	Comorbilità, infezioni	Crisi di astinenza da caffeina, alcool, nicotina, farmaci	Caregiver (familiare o assistenziale) inadeguato perché non formato, stressato, depresso
	Disturbi affettivi (ansia-depressione, frustrazione)			Abuso fisico o psicologico

Esistono dei fattori predittivi di limitazione della mobilità per gli ospiti di residenze per anziani conseguenti alla variabilità della persona e dell'istituzione.

In merito ai presidi di contenzione, quelli usati più di frequente sono: corpetti con bretelle e cinghie, bracciali per polsi e caviglie, cintura pelvica, cinture per carrozzine o sedie, sedia geriatrica con appoggio fisso, cinture da letto, sponde da letto, reti per il letto, stanza controllata.

Le motivazioni addotte all'uso della limitazione della mobilità nelle residenze sono state più volte descritte⁸.

VARIABILI DEL PAZIENTE	VARIABILI ISTITUZIONALI
Età avanzata	Pressioni amministrative per evitare implicazioni legali
Deficit cognitivo	Disponibilità di mezzi di contenzione
Rischio di danno per sé o per altri	Attitudini dello staff
Fragilità fisica	Staff insufficiente

Motivazioni	Evidenza della reale utilità
Prevenzione delle cadute	No, non solo non riducono il rischio di cadute ma possono aumentarlo
Prevenzione del vagabondaggio	Sì, ma a spese della libertà del residente
Per ridurre l'agitazione	No, aumenta l'agitazione
Per evitare azioni legali	No, ma esiste il rischio di procedimenti giudiziari per il loro uso improprio
Per migliorare la postura	In alcuni casi
Per soddisfare lo staff e l'amministrazione	Sì
Come misura punitiva a seguito di un comportamento non idoneo in un residente con deficit cognitivo	Certamente punitiva, ma non vi è evidenza che essa produca una modificazione appropriata del comportamento
Per proteggere lo staff e gli altri residenti da un comportamento violento	Nella maggior parte dei casi sono possibili altri interventi (es.: spazi appositamente dedicati a questi pazienti)
Per somministrare un trattamento medico senza interferenza del paziente	In alcuni casi è necessario, ma si dovrebbero provare prima interventi alternativi

Parimenti sono note le potenziali complicanze della contenzione fisica: cadute e ferite, morte per strangolamento, abrasioni, incontinenza, contratture, aumento della agitazione, depressione, ansia. Ma anche anoressia e malnutrizione, disidratazione, decremento dello stato funzionale, perdita della capacità di controllo, osteoporosi, comportamento regressivo, lesioni cutanee da compressione⁹.

Ciononostante esiste tutta una corposa mitologia sull'utilizzo dei mezzi di contenzione che va dalla diminuzione del numero delle cadute, alla prevenzione degli incidenti, al dovere morale e non di proteggere i pazienti.

Quanto sopra scaturisce dal convincimento che, per le persone anziane, la contenzione non sia traumatizzante, che l'inadeguatezza dello staff ne giustifichi l'uso e che ad essa non vi siano alternative e, infine, che la sua mancata adozione ponga il personale e le istituzioni a rischio di responsabilità legali.

*Res ipsa loquitur*¹⁰

Le conseguenze dell'uso dei mezzi di contenzione vanno dalla diminuzione della capacità fisica funzionale a gravi danni psicologici, all'aumento della mortalità, senza considerare che producono inquietudine, paura, collera, umiliazione, demoralizzazione, depressione. C'è chi ritiene che la carenza del personale giustifichi la restrizione dell'ospite, non valutando correttamente i tempi di assistenza richiesti. Infatti ogni ospite sottoposto a tutela deve essere controllato con una frequenza stabilita dal Piano di Tutela Personalizzato in cui si tiene conto delle indicazioni fornite dalle linee guida che prevedono il controllo da parte degli operatori addetti alla assistenza ogni 30 minuti e da parte degli infermieri ogni 3 ore; della proporzionalità del rischio di applicazione del mezzo di contenzione; della presenza costante di personale, nelle ore diurne, nelle sale in cui soggiornano gli ospiti oggetto della azione di tutela. Per quanto riguarda le azioni di tutela applicate durante la notte o rivolte agli ospiti allettati, è opportuno che nella fase iniziale il controllo sia più ravvicinato per cogliere le eventuali reazioni. Queste, insieme agli eventuali danni arrecati dal mezzo di tutela, vanno registrati sulla consegna o sulla eventuale scheda di monitoraggio anche al fine di analizzarle al momento della rivalutazione del piano per ottimizzare le scelte terapeutiche. I controlli dell'applicazione del mezzo vanno registrati dall'operatore che li esegue poiché l'autorità giudiziaria non riconosce quelli non documentati. La scheda così compilata deve essere conservata nella cartella dell'ospite. L'ospite deve essere conosciuto in maniera globale, olistica della persona dal punto di vista bio-psico-sociale. Tale conoscenza avviene sia

con la anamnesi - che è la storia fisiologica e patologica dell'individuo -, sia dopo un periodo di osservazione mirata e sistematica. Si rende necessario perciò effettuare una corretta diagnosi ed una valutazione adeguata del paziente in esame. Alla base della diagnosi avremo lo studio del fenomeno procedendo dalla osservazione diretta dei fattori potenzialmente induttori di crisi, dalla necessità di descrivere accuratamente il fenomeno, dal considerare le malattie fisiche senza dimenticare l'isolamento sensoriale, usando scale di valutazione, indicando le modalità di prevenzione, attivando azioni sul piano relazionale e dell'ambiente tese alla gestione della crisi. Si ottiene così una valutazione multidimensionale (VMD) che condurrà al piano di assistenza individuale (PAI). Esso consiste nella progettazione degli interventi socio-sanitari assistenziali e prevede che ad ogni problema o bisogno della persona segua una risposta integrata da parte dei singoli operatori, seguita dalla verifica periodica dei risultati. In ogni residenza devono esistere i PAI per l'esplicitazione dell'eventuale ricorso alla contenzione e la relativa motivazione. In tal modo essi si trasformano in un documento specifico, il già citato Piano di Tutela Personalizzato, che presenta risvolti medico-legali e che deve contenere alcune informazioni di minima quali il nome dell'utente sottoposto a tutela e le motivazioni della azione.

Ma la abolizione della contenzione non è sempre possibile: farlo comunque significa aumento di rischi per il paziente se non c'è sufficienza di personale preparato e se non si modifica l'ambiente¹¹.

L'ambiente è lo spazio circostante l'ospite. Nel soggetto demente si sviluppa una difficoltà ingravescente a padroneggiarlo. Questo si traduce in disorientamento spaziale, perdita progressiva delle abilità funzionali, scatenamento o amplificazione di alcuni disturbi non cognitivi, facilitazione o accentuazione del fenomeno delle cadute. Obiettivi dell'intervento di adeguamento protesico dello spazio, nel soggetto demente, sono la riduzione-controllo dei disturbi non cognitivi, il mantenimento delle capacità funzionali residue, la facilitazione dell'orientamento temporo-spaziale, la stimolazione cognitiva mirata, la razionalizzazione dei trattamenti farmacologici contenitivi. La contenzione sarà l'ultima ratio di intervento terapeutico corretto.

Roberto De Gesu

MMG, Resp. Ass. Medica e Coord. Sanitario
"R.S.A. Cialdini" Modena

Donatella Catelli

Resp. Salute Anziani, Distretto 3, AUSL di Modena

Paola Savigni

Coord. Responsabile "R.S.A. Cialdini" Modena

Bibliografia disponibile presso gli autori.

MALPRACTICE: DALLA PREVENZIONE ALLA RIVALSA DEL MEDICO INNOCENTE

Si è tenuto il 12 e 13 marzo di quest'anno a Roma il Congresso Nazionale della nuova Associazione Medica denominata **A.M.A.M.I.**, ovvero Associazione Medici Accusati di Malpractice Ingiustamente, nata nello spirito e con lo stile di non perseguire una acritica difesa corporativistica di tutti i sanitari ma di finalizzare la propria attività esclusivamente alla prevenzione ed al risarcimento del danno (patrimoniale e non patrimoniale, compreso quello cosiddetto esistenziale) arrecato al Medico innocente che viene trascinato in giudizio al solo fine di lucro.

L'argomento è stato esaurientemente trattato sotto tutti gli aspetti, a partire dalla natura della responsabilità medica, passando attraverso l'analisi e la possibilità di prevenzione degli eventi che sono alla base del fenomeno malpractice, fino ad arrivare alle considerazioni relative alla possibilità di rivalsa del Medico ingiustamente accusato, sia per ristoro personale che come deterrente per riportare entro limiti accettabili il contenzioso in campo sanitario. Va ricordato a questo proposito che si stima siano circa quindicimila ogni anno, tra civili e penali, le controversie in campo medico, delle quali i 2/3 si risolvono con un non luogo a procedere.

Sono state inoltre esaminate le modifiche alle disposizioni vigenti (come quella costituita dal disegno di legge n° 108-2001, in itinere al Senato) in grado di portare il citato contenzioso su di un piano extra-penale per il Medico, individuando la struttura sanitaria nella quale il professionista ha prestato la propria opera, sia essa pubblica o privata, quale controparte del paziente che ritenga di avere subito un danno risarcibile.

Proprio nel d.d.l. 108 è prevista la eventualità di ricorrere ad un arbitrato per la soluzione delle controversie e viene istituito l'Albo nazionale degli arbitri e dei consulenti tecnici d'ufficio per vertenze di responsabilità medica, la cui tenuta viene però inspiegabilmente affidata ad una Commissione (nazionale) di 9 membri, con a capo il Presidente del Consiglio Superiore di Sanità, anziché, come sarebbe stato più logico, funzionale ed anche naturale, affidare questo compito ai Presidenti ed ai Consigli degli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli

Odontoiatri, certamente migliori conoscitori delle realtà locali ed in grado di valutare con cognizione di causa le richieste "specifiche esperienze in campo medico legale e peritale", necessarie per la iscrizione all'albo stesso.

Senza volersi addentrare troppo in questioni tecniche complesse vale però la pena di ricordare che la strada della depenalizzazione, come per semplicità possiamo definire quella che si cerca di intraprendere, è stata imboccata anche in altri paesi della U.E., ad esempio la Francia, dove è in vigore, dal 4 marzo 2002 la "legge Kouchner", concernente l'indennizzo per errori medici. Negli U.S.A. questa impostazione del problema è da molto tempo consolidata.

E' da rimarcare che l'Associazione è aperta non solo ai Medici, ma anche agli Avvocati che vogliono farne parte ed il Congresso A.M.A.M.I. ha perciò visto la nutrita partecipazione sia dei primi, come naturale, che dei secondi, oltre che, e questo è da sottolineare, di numerosi magistrati, tra cui il Presidente Vicario della Corte di Cassazione che ha presieduto la sessione denominata "Dalla Medicina al Diritto".

E' del tutto evidente che il tema affrontato è, oltre che di particolare interesse, anche di grande complessità e richiede un approccio particolarmente attento ed articolato, non possibile in queste poche righe.

E' però certo che, in considerazione del grave nocumento che viene arrecato al singolo Medico od Odontoiatra ed alla Professione, in questo caso, come è umanamente comprensibile, ad esempio per l'adozione di una prassi di "medicina difensiva", il problema non è più differibile e va affrontato e risolto nell'interesse di tutte le parti in causa.

A.Folloni

N.B. I Colleghi che siano interessati a contattare l'Associazione possono rivolgersi al seguente indirizzo di posta elettronica, specificando anche il loro numero telefonico: a.folloni@ausl.mo.it

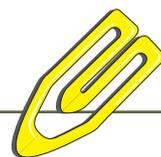
Oppure ai numeri telefonici :

059 437292 (segreteria U.O.), 059 437377 (studio)

Complimenti al Dott. Lodovico Arginelli al quale in data 13 marzo 2004 è stato assegnato il 1° premio al concorso nazionale arti figurative “Mario Piazza” (Brescia) bandito dall’A.S.L.A.I. (Associazione Sanitari Letterati Artisti Italiani).
L’opera premiata è “*Ombrelloni liguri*” che qui riportiamo.



Storielle a cura di Roberto Olivi



- 1ª legge delle garanzie:
Se non compili e spedisce la garanzia entro 24 ore dall’acquisto della merce, non lo farai mai più.

- Uno psichiatra è un tizio che vi fa un sacco di domande costose che vostra moglie vi fa gratis.
Joey Adams

- Non bisogna giudicare gli uomini dalle loro amicizie: Giuda frequentava persone irreprensibili.
Hemingway

“AGH SÀM ANCH NUÈTER”

PERSONAGGI MODENESI DI ISIDORO MARASCELLI

Definirmi il suo “portaborse”, anzi il suo “portaquadri”, mi onora profondamente. Mi spiego meglio: Isidoro amava partecipare alle mostre dei Medici artisti, ma odiava portare le sue opere nei luoghi di raccolta e tanto meno ritrarle a mostre finite.

Ed io, prima agli ordini del buon Enrico Mascetti, poi come presidente dell’associazione medici e odontoiatri artisti, andavo in Corso Canalchiaro, nella sua casa, ed insieme sceglievamo le opere da esporre.

Poi, smontata la mostra, riportavo i quadri al mitico “venditore di bilance”, sito sotto alla casa del maestro. E’ stato proprio in occasione di uno di questi miei trasporti che ha fatto le bozze delle mie caricature.

Marascelli era e rimane un Grande e, nonostante l’importante diversità anagrafica, eravamo amici.

Quando uscì la sua prima raccolta di vignette “v’è chi gh’è chè” che un buon dialetto correggerebbe in “vè chi gh’è chè” – guarda chi c’è qui -, gli dissi: “Ricordati Isidoro che diventerai più importante per i personaggi mancanti che per quelli presenti”.

Avevo ragione.

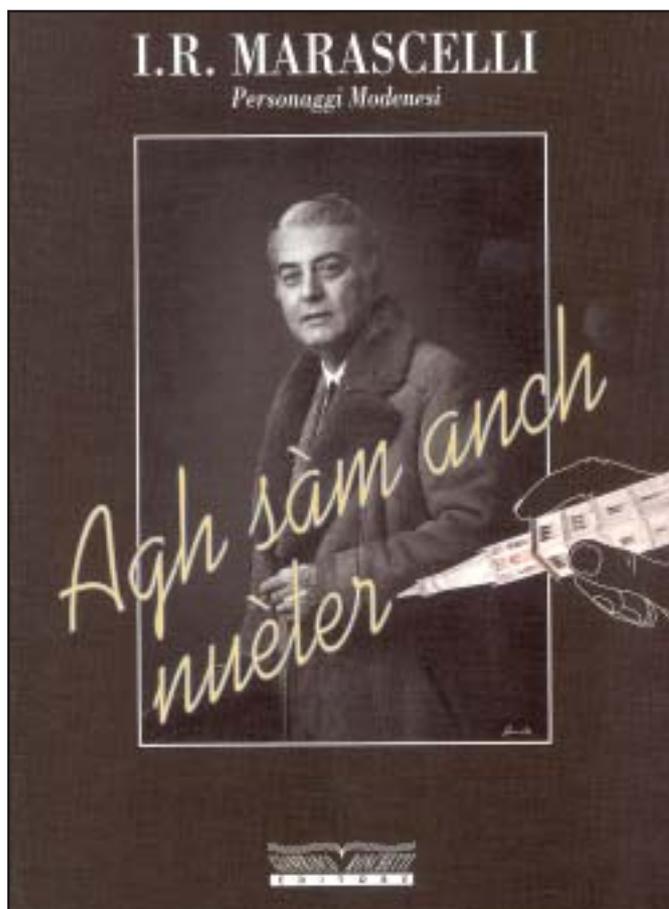
Cominciarono infatti grandi corteggiamenti per poter far parte del probabile secondo libro. A questo proposito voglio riportare alcune sue parole nella premessa del suo primo libro: “Molti dei personaggi non ci sono più ma io li ho inclusi lo stesso perché certamente farò piacere a chi li ricorda e li ha amati. Altri purtroppo, e sono molti, sono stati esclusi per ragioni di spazio. Mi riprometto però di farlo in un prossimo volume (se Dio me ne darà il tempo)”. Marascelli ci ha lasciato da qualche anno, ma alcuni amici hanno ben pensato di pubblicare in suo onore quel secondo volume che lui aveva in mente: “agh sàm anch nuèter” – ci siamo anche noi -. Molto più ricco di personaggi modenesi, ben disegnati, ben interpretati e quasi tutti a colori. Fra le vignette spicca Franco Reggiani che con l’armonica a bocca fa una serenata a Mara. Reggiani, personaggio di spicco, amante dell’arte, è sempre molto sensibile alle iniziative artistiche.

Gustosa la vignetta del dr. Di Genova, che riceve da San Geminiano la laurea in “geminianologia”.

Sfogliando ancora vediamo l’on. Isabella Bertolini provetta giocatrice di polo, il dr. Nicolino D’Autilia, ringiovanito e rinfoltito con due tratti neri che cancellano canizie e defluvium capillorum.

Troviamo poi il dr. Roberto Olivi indeciso fra la “cagna” e qualche specialità in più, il dr. Stefano Bellen-tani, con “fegato da vendere...”, il sottoscritto, che si propone nelle “varie arti”, compresa quella medica.

Ecco poi spuntare il “moschettiere” dr. Addamo, la d.ssa Nordi, il dr. Francesco Sala, sempre in panchina, anche se qualche “calcione” lo darebbe volentieri..., e



le brave collaboratrici dell’Ordine di Modena, Anna Rosa Barbaro e Federica Ferrari.

Mi piacerebbe dire di ognuno qualcosa, ma voi capite che un bollettino non basterebbe.

Scorgo ancora perché “emerge” il dr. Pierluigi Cappi, il dr. Andrea Vincenzi, il dr. Bruno Anderlini che ascolta benevolmente l’indimenticabile dr. Enrico Mascetti. E poi ancora Franco Bisi, Gian Carlo Montanari, Zagaglia, Urbini, il mitico prof. Coppo, la d.ssa Maria Caterina Rizzo, Giorgio Fini che pare nasca da un piatto di tortellini, il dr. Michele Melchionda, il vescovo Santo Quadri, il prof. Rino Vecchiati, la d.ssa Maria Claudia Bertani.

Ormai ho finito l’inchiostro, ma voglio continuare con Guglielmo e Vittorio Zucconi, l’amico poeta e pittore Enzo Baraldi, il dr. Ronco, Carlo Vellani, il prof. Erasmo Baldini, il comm Giuseppe Panini, il prof. Sergio Greco, il prof. Marchioni, e tanti, tanti, tanti altri.

Bravo Isidoro, ti ringraziamo tutti per come ci hai visti, disegnati ed interpretati. Sono sicuro che lassù, se c’è carta e matita, faranno la fila per “scroccarti” una vignetta e tu sorridendo, con mezzo toscano fra le labbra, accontenterai tutti dicendo: “Calma, calma, abbiamo tutto il tempo che vogliamo...”.

L. Arginelli

CONVEGNO FNOMCeO

PERUGIA 15 MAGGIO 2004

Aula Magna Istituti Maschili ONAOSI - Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani

L'ORDINE DEI MEDICI IN UNA SOCIETÀ CHE CAMBIA

- Ore 8,30 Registrazione partecipanti
- Ore 9,00 Inaugurazione dei lavori
Dr. **Giuseppe Del Barone** – Presidente FNOMCeO
- Ore 9,15 Saluto ai partecipanti – Dr. **Aristide Paci** Presidente ONAOSI e Presidente Ordine Medici Terni
Dr. **Graziano Conti** Presidente Ordine Medici Perugia
- Ore 9,30 Saluto delle autorità
Moderatore: Dr. **Nicolino D'Autilia** – Presidente Ordine Medici Modena
- Ore 10,00 *“Legge istitutiva: anacronismi e criticità”*
Relatore: Dr. **Salvatore Giacchetti** - Presidente III Sezione del Consiglio di Stato
- Ore 10,20 *“Il ruolo degli Ordini per gli anni Duemila”*
Relatore: Prof. **Gian Paolo Prandstraller** – Ordinario di Sociologia Facoltà Scienze Politiche Università degli Studi di Bologna – Studioso delle Professioni Intellettuali
- Ore 10,40 *“Ordini dei Medici, uno sguardo all'Europa”*
Relatore: On. **Enrico Ferri** – Deputato al Parlamento Europeo
- Ore 11,00 Coffee break
- Ore 11,20 **TAVOLA ROTONDA** – *“ Il ruolo della CEOM (Conferenza Europea Ordini Medici) – Un'esperienza transfrontaliera*
Moderatore: Dr. **Francesco Losurdo** – Tesoriere FNOMCeO – Presidente Ordine Medici Bari
Dr. **Giovanni Maria Righetti** – Responsabile Settore Estero FNOMCeO – Presidente Ordine Medici Latina
Dr. **Giulio Donazzan** – Presidente Ordine Medici Bolzano
- Ore 12,10 *“La riforma degli Ordini nella legislazione italiana: lo stato dell'arte”*
Sen. Mario Cavallaro
(Relatore Testo Unificato Riforma delle Professioni Intellettuali)
- Ore 12,30 *“La riforma degli Ordini: come la vorrebbero i medici”*
Relatori: Dr. **Amedeo Bianco** – Presidente Ordine Medici Torino
Dr. **Antonio Panti** – Presidente Ordine Medici Firenze
- Ore 13,20 Colazione di lavoro
- Ore 15,00 **TAVOLA ROTONDA**
“L' Ordine nella percezione del professionista: una realtà lontana?”
Moderatore Dr. **Giuseppe Del Barone**
- Partecipanti: Dr. **Giuseppe Renzo** Presidente Nazionale CAO – On. **Giuseppe Palumbo** Presidente Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati – Sen. **Antonio Tomassini** Presidente Commissione Igiene e Sanità Senato – On. **Eolo Parodi** Presidente ENPAM – Dr. **Mario Falconi** Presidente Ordine Medici Roma – Dr. **Roberto Anzalone** Presidente Ordine Medici Milano – D.ssa **Carla Collicelli** Vice Direttore CENSIS – D.ssa **Maria Antonietta Bianco** Presidente Federazione Nazionale dei Collegi Ostetriche – Dr. **Giuseppe Brancato** Presidente Federazione Nazionale dei Collegi dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica – Dr. **Domenico D'Addario** Presidente Federazione Nazionale Ordini dei Veterinari italiani – Dr. **Giacomo Leopardi** Presidente Federazione Ordini dei Farmacisti Italiani – D.ssa **Annalisa Silvestro** Presidente Nazionale Collegi degli Infermieri Professionali
- Ore 17,00 Dibattito
- Ore 18,00 Conclusione dei lavori – Prof. **Salvatore Amato** – Vice Presidente FNOMCeO – Presidente Ordine Medici Palermo

**LA COMPLESSITA' IN MEDICINA INTERNA:
IL PAZIENTE CRITICO**
11 GIUGNO 2004
MODENA - HOTEL RAFFAELLO E DEI CONGRESSI

- Moderatori Prof. Nicola Carulli – Dott. Domenico Panuccio
ore 9.15 L'embolia polmonare acuta grave
Dott. Giovanni Pinelli
- ore 9.45 Overview sulle sindromi coronariche acute
Dott. Giorgio Cioni
- ore 10.15 Approccio al paziente con insufficienza epatica acuta
Prof. Erica Villa
- ore 10.45 Le riacutizzazioni gravi delle malattie infiammatorie croniche intestinali
Dott. Enrico De Micheli
- ore 11.15 Intervallo
- Moderatori Dott. Ido Iori – Dott. Carlo Carapezzi
Ore 11.40 Gestione del paziente critico: il punto di vista dell'internista
Dott. Roberto Nardi
- ore 12.00 Rete ospedaliera e gestione del paziente critico: quali modelli organizzativi?
Dott. Stefano Cencetti e Dott. Giorgio Mazzi
- ore 12.30 Discussione
- ore 13.15 Colazione di lavoro
- Moderatori Prof.ssa Maria Luisa Zeneroli – Dott. Giuseppe Civardi
ore 14.30 Gestione clinica del paziente con shock settico
Dott. Carlo Di Donato
- ore 15.00 Approccio al paziente con insufficienza renale acuta
Dott. Alberto Baraldi
- ore 15.30 Le iposodiemie
Dott. Marco Grandi
- ore 16.15 Intervallo
- Moderatori Dott. Marco Bondi – Dott. Gabriele Greco
ore 16.45 Riacutizzazione di BPCO: cosa fare nei casi più impegnativi?
Dott. Giuseppe Chesi – Dott. Fabrizio Boni
- ore 17.15 Insufficienza cardiaca acuta
Prof. Claudio Rapezzi
- ore 17.45 Fibrinolisi nel paziente con ictus: quando, dove, come?
Dott. Donata Guidetti
- ore 18.15 Chiusura del convegno

Coordinamento

Dott. Giorgio Cioni Direttore U.O. Medicina Interna Ospedale di Pavullo
Dott. Marco Grandi Direttore U.O. Medicina Interna Ospedale di Sassuolo

Segreteria organizzativa: Dott. Arturo Floridia email artflor@tin.it tel 0536 29292

**“Nuove prospettive in tema di Profilassi Antitrombotica:
Il ruolo attuale di Fondaparinux e Ximelagatran**

12 giugno 2004

Aula di Radiologia dell’Azienda Ospedaliera - Policlinico di Modena

Ore 8.30 Introduzione – Dr. M. Bondi

I^a Sessione

I nuovi farmaci

Moderatore Dr. C. Carapezzi

Ore 8.45 La prevenzione dell’ictus cardioembolico – Dr. G. Di Pasquale

Ore 9.15 La profilassi secondaria dopo l’infarto miocardico – Prof. G.R. Zennaro

Ore 9.45 Il trattamento dell’embolia polmonare ed il ruolo del Fondaparinux – Dr. G. Palareti

Ore 10.15 - Pausa Caffè

II^a Sessione

Problematiche nella profilassi del TEV

Moderatore Dr. M. Marietta

Ore 10.45 E’ necessaria la profilassi extraospedaliera nella chirurgia videolaparoscopica?
Dr.ssa M. Piccoli

Ore 11.00 Profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente internistico con insufficienza renale:
primi risultati con LMWH– Dr. M. Bondi, Dr. E. Tincani

Ore 11.15 LETTURA MAGISTRALE

Antiphospholipid antibodies in 2004: What does recent evidence tell us about the treatment of this disorder? – Prof. M.A. Crowther

L’evento è stato presentato alla Regione Emilia - Romagna per l’accreditamento ai fini dell’educazione continua in medicina.

ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI

XXIII CONGRESSO NAZIONALE

MEDICINA E DIGNITA’ UMANA

I medici promotori di salute e strumenti di salvezza

Bari, 11 – 12 – 13 novembre 2004

Segreteria scientifica e organizzativa:

AMCI – Associazione Medici Cattolici Italiani

Via della Conciliazione, 10 – 00193 Roma

Tel. 06.6873109 fax 06.6869182

e-mail: INFOAMCI@AMCI.ORG sito internet: www.amci.org



UN ADDIO... PER NON DIMENTICARE COSA È SIGNIFICATO IL MIO PASSAGGIO DA MODENA

Due date rimarranno impresse nella mia memoria con sentimenti contrastanti di soddisfazione, di nostalgia ed anche di apprensione per il nuovo: 1° luglio 1996, 1° aprile 2004. Certo sono sentimenti scontati quando si lasciano persone con cui oltre alla collaborazione di lavoro si è creato un rapporto di stima e di amicizia. Il 1° luglio 1996 sono arrivato dalla Clinica Pediatrica di Brescia, luogo dove ho svolto un lavoro da ricercatore universitario e che mi ha tanto arricchito anche dal punto di vista umano oltre che scientifico. Qui a Modena sono stato introdotto al governo clinico ma soprattutto sono stato accolto con calore. Questi e quelli sono stati elementi molto importanti in grado di permettermi di “metabolizzare” le esperienze accumulate in 20 anni di intenso, appassionato ma non sempre compreso impegno nel campo dell’allergologia pediatrica, nella mia amata Parma, città dove sono nato e dove vivo con la mia famiglia.

Nei primi giorni il tragitto Parma - Sassuolo (oltre 60' di strada, e più o meno altrettanti nei tratti Sassuolo - Modena/Pavullo) a dir poco mi terrorizzava per l'inquietante compagnia di autotreni che, avvicinandomi al comprensorio ceramico, ad ogni tentativo di sorpasso sembravano allungarsi con aria di sfida per scoraggiarmi a continuare nell'intento. Da allora sono passati quasi otto anni e grazie al miglioramento della viabilità ma soprattutto grazie all'ascolto dei consigli dei “locali”, la battaglia con i Tir l'ho vinta: con percorsi alternativi (GrandeEmilia, Cittanova, Cognento/Marzaglia, Magreta, Sassuolo) ormai il viaggio sembrava guidato da un pilota automatico!

Sono stati anni di crescita professionale, manageriale, umana ma anche di importanti riconoscimenti: dall'iniziale direzione del Dipartimento transmurale di Pediatria Salute Infanzia dell'Area Sud sino a quella del Dipartimento di Pediatria ospedaliera e quindi, con la perdita delle funzioni di pediatria territoriale, l'affidamento del Programma Salute Infanzia e Adolescenza. In questi anni gli impegni organizzativi sono stati profusi nel reparto, negli ambulatori ospedalieri, ma anche nel servizio territoriale di pediatria di comunità e nel rapporto con i Pediatri di Famiglia. Grazie a questo, ho avuto l'opportunità di maturare un cospicuo bagaglio di esperienza, fatta sul campo, arricchita dalle conoscenze scientifiche che a Modena circolano abbondanti, grazie anche alla integrazione con il Policlinico, in particolare con la Scuola di Specializzazione in Pediatria che mi ha voluto come docente. Credo, oggi, di sapere, per averlo sperimentato, cosa significhi gestione. Per me almeno, a questo termine deve essere attribuito il significato di ricerca continua della massima efficienza come garanzia per l'equità di accesso ai servizi e di assicurazione ai bambini di opportunità di diagnosi e cura di provata efficacia. Tutto nel rispetto categorico delle regole dell'ascolto, del consenso e della comprensione per le problematiche del bambino con malattia cronica e della sua famiglia.

E' con animo grato ed orgoglio che vorrei salutare quanti ho avuto modo di conoscere ed apprezzare. Grato per avermi data l'opportunità di fare una esperienza professionale ed umana importante, che mi ha permesso di non sentire mai il pur gravoso peso del viaggio. Orgoglio per aver preso parte, per alcuni anni, all'impresa che da sempre caratterizza la comunità modenese: una continua gara a primeggiare nella promozione dei valori della solidarietà e dell'impegno sociale. Vorrei ringraziare tutti, ma in particolare quanti hanno lavorato con me gomito a gomito, esprimendo l'apprezzamento e la stima professionale anche a tutti i Colleghi degli Ospedali che per la lontananza dalla sede non ho potuto seguire da vicino. Come potrei dimenticare chi opera sul territorio a salvaguardia della salute dei bambini: i Pediatri di comunità, i Neuropsichiatri Infantili e tutti i Pediatri di Famiglia e Medici di Medicina Generale dell'Ordine dei Medici di Modena; assieme a loro vorrei ringraziare le Caposala, le Assistenti Sanitarie e tutto il personale assistenziale che opera nelle Pediatrie e sul territorio, il personale tecnico-amministrativo, le educatrici/maestre di scuola/animatrici che rendono più rassicurante al bambino la permanenza in ospedale. Sono convinto che tutti loro potranno proseguire “insieme” sulla strada dell'implementazione e dell'integrazione di servizi territoriali/ospedalieri sempre più omogenei tra loro, sempre più a misura di bimbo (senza mai dimenticare di attendere all'ascolto, alle problematiche affettive genitore/figlio, all'educazione alla salute, cardini della professionalità pediatrica); sulla strada sempre più competente ed efficace della cura (grazie alla formazione permanente da tempo iniziata nel nostro dipartimento) del bambino ospedalizzato con problemi anche chirurgici nell'Area Pediatrica Integrata in ciascun ospedale.

Ci sono, poi, tutti i Dirigenti aziendali: il Direttore Generale, i Direttori di Distretto, delle Cure primarie, il Direttore Sanitario, Amministrativo, di Presidio con tutti i Direttori di Stabilimento, lo Staff di supporto (responsabili della Comunicazione, Educazione alla Salute, Privacy, AgeFor, CeVEAS, Piani per la Salute, Ufficio Stampa), i colleghi Direttori di Dipartimento, i primari ospedalieri e tutti quanti mi hanno accompagnato con amicizia e affetto nelle scelte professionali più importanti. È con grande commozione che lascio tutti quanti; nei momenti difficili, e saranno tanti, del mio nuovo incarico all'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma, sicuramente la mia mente sarà rivolta a Voi tutti ed il grande aiuto ed esempio che mi avete saputo dare in questi anni mi aiuterà a superare i problemi e guardare avanti.

Arrivederci!!!

G. Cavagni



A.M.M.I.
ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI
Sezione di Mirandola

Cara Amica,

ti informo che il libro di ricette, a cui tu hai gentilmente collaborato, sarà presto posto in vendita ed il ricavato sarà interamente devoluto al Centro per lo studio delle cellule staminali del Policlinico di Modena.

Se desideri averne una o più copie, ti prego di telefonarmi al più presto allo 0535-20101.

P R O G R A M M A

13-15 Maggio 2004 *Forte dei Marmi*
giovedì-sabato *Assemblea Programmatica Nazionale A.M.M.I.*
Chi desidera partecipare può telefonare a Lara:
0535-20101

19 Maggio 2004 *Villa Tagliata (zona piscina)*
mercoledì *Votazioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo - Revisori dei*
ore 15,00 *Conti - Probi Viri A.M.M.I.*
Ti invieremo comunicazione a parte.

10 Giugno 2004 *Villa Tagliata (zona piscina)*
giovedì *Chiusura anno sociale A.M.M.I.* unitamente al Circolo Medico Merighi.
ore 20,00 La Prof.ssa De Palma, Direttrice del Centro Trasfusionale del Policlinico di Modena, tratterà il tema "Cellule staminali oggi".
Al termine, le consegneremo il nostro contributo.
Il Presidente del Circolo Medico dott. Borelli ha in serbo per noi una gradita sorpresa!

Ti saluto caramente
Lara

NOTE TRISTI

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:

Alla D.ssa Luisa Tornotti per la perdita del padre Dott. Carlo.

Al Prof. Oliviero Olivi per la scomparsa della moglie Amelia.

Alla famiglia per la scomparsa della D.ssa Franca Aurelia Soli

Un neonato abbandonato in un giardino al freddo e alle intemperie... una bambina brutalmente seviziata... due adolescenti uccisi dal padre in odio e per vendetta contro la madre!

Questo macabro e allucinante elenco di mostruosità mi obbliga a chiedermi: perché?

E cambia qualcosa se me lo chiedo come pediatra o solo come medico?

Certamente sì.

Ogni giorno sono abituato a vivere e a lavorare con i bambini e i loro genitori. A curarli certamente, ma anche a cercare di cogliere quello che dei loro problemi dicono o spesso non dicono ma vorrebbero dire.

Quei bambini abbandonati, torturati, uccisi sono i

bambini che noi curiamo, ascoltiamo, amiamo e che ci “distruggono” gli ambulatori.

Quegli adulti disperati, seviziatori, assassini sono gli adulti con i quali trattiamo ogni giorno ma che purtroppo non sempre conosciamo o capiamo.

E allora posso solo sperare che ogni volta ci si domandi perché? (e perché così drammatici!)

Siamo obbligati come medici a riflettere e a mettere sempre in discussione il nostro ruolo e la nostra capacità di “ascoltare”.

Troppi bambini violati e adulti mai o mal cresciuti aspettano anche o soprattutto da noi un tentativo di risposta.

P. Martone

RICEVIAMO E PUBBLICHIAMO

Ho letto l'articolo del collega Andrea Pagliccia (U.O. di Ostetricia-Ginecologia, Ospedale di Pavullo). Condivido la constatazione che l'HRT è solitamente efficace sui sintomi vasomotori del periodo post-menopausale della donna. Lo studio Women's Health Initiative (WHI), insieme ad altri, ha registrato i benefici e i malefici su decine di migliaia di donne che assumevano trattamenti ormonali sostitutivi in post-menopausa. I risultati di tali studi evidenziano principalmente l'aumento della morbilità per carcinoma mammario ed anche l'aumento della mortalità per carcinoma mammario. E' da rilevare che le donne sottoposte a controllo per anni in questi studi assumevano terapie (TOS=HRT) prescritte da medici, che debbo ritenere nella quasi totalità dei casi sono ginecologi. Lo studio WHI ha mostrato quello che ha fatto la HRT, cioè quello che hanno ottenuto i ginecologi con le loro prescrizioni. Intendo evidenziare che accusando lo studio WHI di avere scelto male le persone da monitorare si altera la realtà, si spera di nascondere il fatto, ovvio, che la selezione eventualmente più corretta hanno evitato di farla proprio i ginecologi. Il ginecologo Pagliccia si addentra anche in considerazioni che egli ritiene appannaggio dell'etica. Io affermo che non fa parte della mia etica prescrivere farmaci cancerogeni e penso che non debba fare parte dell'etica di nessun medico. Ritengo anche che in Italia la TOS ha avuto diffusione limitata per merito soprattutto di molti MMG che non hanno mostrato di ben accettarla.

M. Messori

Medico di medicina generale

