

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

QUO USQUE TANDEM, CATILINA, ABUTERE PATIENTIA NOSTRA? (M. PANTUSA)

NAS: BOTTA E RISPOSTA (A CURA DI R. DE GESU)

FEBBRAIO 1964 - FEBBRAIO 2004.

QUARANT'ANNI DOPO L'ATTUALITÀ DEL NOSTRO STEMMA

*È POSSIBILE IMPARARE DAGLI ERRORI: IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA
DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'AZIENDA USL DI MODENA
(F. NOVACO, V. DAMEN, A. DE PALMA, G. ZENNARO)*





RIACEF

VIA CANALETTO SUD 266
41100 MODENA
TEL. 059 328332
FAX 059 454419
www.riacef.it

FISIOCHINESITERAPIA

RIACEF SRL

POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO
FISIOCHINESITERAPIA
RIABILITAZIONE ORTOPEDICA E
SPORTIVA
IDROCHINESITERAPIA
VALUTAZIONI ATLETO - FUNZIONALI
CENTRO RICERCHE
PERSONAL TRAINING

DIRETTORE SANITARIO
PROF. DOTT. MARCO MONTELEONE

Lettera aperta ai colleghi riguardo a nuova metodica terapeutica
in ambito ortopedico, fisiatrico e reumatologico.

Egregio collega,

con la presente desideriamo informarti che presso il CENTRO FISIOTERAPICO RIACEF è in funzione da oltre due anni la TERAPIA EXTRACORPOREA AD ONDE D'URTO. La terapia ad onde d'urto, nata in origine con indicazione alla disaggregazione dei calcoli renali, ha recentemente trovato nuovi campi d'applicazione nelle patologie osteo-articolari e muscolo-tendinee che si riscontrano con frequenza in campo ortopedico-traumatologico, fisiatrico e reumatologico. Tale terapia si fonda sulla generazione extracorporea di onde d'urto che vengono introdotte nel corpo del paziente per mezzo di un cuscinetto di accoppiamento e focalizzate con precisione, sotto controllo ecografico, sulla zona da trattare. Le principali patologie per le quali è indicato questo trattamento, e per le quali nella nostra già vasta casistica i Pazienti hanno tratto particolare beneficio, sono rappresentate da: tendinopatie semplici e/o calcifiche, osteofitosi, entesopatie inserzionali, fibrosi cicatriziali in esiti di lesioni muscolari da strappo, pseudoartrosi.

I vantaggi di questo tipo di terapia si possono così riassumere:

- è una terapia non invasiva
- può essere ripetuta
- può essere effettuata senza anestesia
- non comporta effetti collaterali.

Ti ringraziamo per la cortese attenzione e restiamo a disposizione per eventuali chiarimenti.

*Prof. Marco Monteleone
Direttore Sanitario Poliambulatorio RIACEF*

*Dr. Claudio Gavioli
Responsabile riabilitazione Pol. RIACEF*





BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI MODENA

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

dr Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

dr Marco Baraldi

Consigliere Segretario

dr Michele Pantusa

Consigliere Tesoriere

dr Stefano Reggiani

Consiglieri

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

Consiglieri Odontoiatri

dr Marco Fresa - dr Roberto Gozzi

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

dr Giovanni Bertoldi

Componenti:

dr Geminiano Bandiera

dr Roberto Olivi

Revisore dei conti supplente:

dr.ssa Silvia Bellei

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

dr Roberto Gozzi

Segretario

dr Vincenzo Malara

Componenti

dr Riccardo Cunsolo

dr Giancarlo Del Grosso

dr Marco Fresa

Direzione e Amministrazione:

Modena, p.le Boschetti, 3

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

Email: ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO

N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione:

dr A. Addamo - dr L. Arginelli

dr L. Bertani - dr A. Dallari

dr.ssa A. Guerra - dr P. Martone

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

Collabora il prof G. Tedeschi

Realizzazione Editoriale:

Pol. Mucchi - Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

EDITORIALE	4
PRIVACY	5
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	7
NORMATIVA	10
L'OPINIONE	13
QUARANT'ANNI DOPO L'ATTUALITÀ DEL NOSTO STEMMA	17
.....	
DI PARTICOLARE INTERESSE:	
È possibile imparare dagli errori: implementazione di un sistema di gestione del rischio clinico nell'Azienda USL di Modena	21
Il "Telefono Pulito"	23
.....	
L'INTERVISTA	25
ARTE E DINTORNI	30
CORSI CONVEGNI E CONGRESSI	31
TACCUINO	32

In copertina:

San Girolamo penitente (nel deserto)

Francesco Bianchi Ferrari - collezione privata - Pesaro

QUO USQUE TANDEM, CATILINA, ABUTERE PATIENTIA NOSTRA?



Parafrasando una celebre frase di Cicerone anche i medici possono affermare: fino a quando, ministro, abuserai della nostra pazienza?

Sì, è proprio vero! Per la prima volta dopo oltre un decennio i medici degli ospedali si sono uniti in una protesta. Lo hanno fatto proprio tutti, indipendentemente dalle sigle sindacali che hanno indetto lo sciopero e forse anche prescindendo dall'appartenenza a un sindacato. Un Ordine professionale non ospita di norma le pur giuste rivendicazioni di un sindacato, ma in questa circostanza, in considerazione dell'universalità della protesta, ci sia consentito fare alcune riflessioni. I medici ospedalieri e quelli di medicina generale costituiscono il nerbo del sistema sanitario di ogni nazione civile e quindi anche della nostra.

E come la politica riconosce agli ospedalieri queste loro prerogative? Intanto, salvo una breve parentesi, mettendo a capo del ministero competente i cosiddetti "ministri tecnici". Essi in realtà sono soggetti, oltre che alle normali pressioni che la politica impone, anche a spinte corporative derivanti dall'area professionale di appartenenza e dal mondo accademico. Raramente le loro decisioni hanno portato a miglioramenti dell'operatività del sistema, più spesso hanno appesantito la parte burocratica (leggansi ad esempio l'enorme pasticcio dell'Educazione Continua in Medicina e la legge sulla privacy).

Le risorse umane e tecnologiche sono spesso centellinate gabelando una politica di risparmio economico come migliorie organizzative necessarie al sistema per ottenere risultati ottimali. Le carriere sono di fatto azzerate dallo stato giuridico unico che al grido di "todos caballeros" appiattisce in modo inesorabile "buoni" e "cattivi". I dirigenti di struttura sono scelti da burocrati in modo del tutto inappellabile.

Alle soglie del terzo millennio, in un'era di computer e di sistemi di comunicazione multimediale, non si snellisce la componente amministrativa, come se ancora gli adempimenti burocratici necessitassero del calamo. La facoltà di medicina costituisce all'interno del sistema sanitario nazionale un universo a sè stante. Ne utilizza risorse economiche, tecniche e soprattutto umane, non solo per quanto attiene alla parte didattica e di ricerca che le compete di diritto, ma sul piano dell'assistenza pura, creando un mondo per molti versi parallelo con proprie regole spesso ai margini del sistema stesso. E laddove le leggi nazionali non bastassero, intervengono convenzioni attuative regionali e locali a ridisegnare scenari connotati da peculiarità ancor più discutibili.

La medicina "basata sull'evidenza" (orribile traduzione di termini anglosassoni) è ancora un concetto non chiaro a tutti e comunque inapplicato in molte circostanze.

La struttura dipartimentale ha ricreato di fatto le vec-

chie baronie. Quando io sono nato professionalmente (negli stessi anni Annibale valicava le Alpi a dorso d'elefante) un ospedale aveva un presidente (leggasi direttore generale), un direttore sanitario, un direttore amministrativo. C'erano poi i primari, da uno a quattro aiuti per reparto e gli altri medici (leggansi peones).

La modernità ha portato a questa "nuova" organizzazione aziendale. Ci sono: un direttore generale, un direttore sanitario, un direttore amministrativo, da 6 a 15 capi dipartimento in media, pochi dirigenti di struttura complessa e semplice (più o meno il numero degli aiuti di vecchia memoria), gli altri medici (i nuovi peones). Uno dei direttori generali che ha diretto in passato un'azienda sanitaria modenese si è molto "arrabbiato" per questo mio paragone. Ma vorrei che qualcuno mi convincesse che lo sbandierato progresso organizzativo significhi ripassare da un vecchio e a quanto pare non obsoleto modello verticistico e oligarchico.

L'accesso alla professione negli ospedali è limitato dalle infinite leggi finanziarie che da anni bloccano o limitano le assunzioni e quindi il ricambio del personale.

Si ricorre sempre più spesso a forme di precariato che se da un lato costituiscono minori oneri economici per le aziende, dall'altro attribuiscono mansioni assistenziali a medici non sempre motivati e che comunque, non dipendendo dall'azienda stessa, possono non avere alcun senso di appartenenza al sistema e pertanto non dividerne e applicarne al meglio i criteri di sviluppo.

Quali prospettive si danno ai giovani laureati e ai neospecialisti in un mondo che ti chiede in pratica di "credere, obbedire e condividere"?

Quale mondo è mai quello che propugna non la competizione nei valori, ma piuttosto quella nelle minori spese come se i medici italiani fossero tutti degli irresponsabili capaci solo di sprecare delle risorse?

Queste e altre di marca più squisitamente sindacale sulle quali non voglio dissertare le motivazioni della protesta dei medici dirigenti ospedalieri del servizio sanitario nazionale.

Queste le ragioni da condividere o da contestare.

Una nazione deve compiere delle scelte e in ambito di tutela della salute le scelte devono condurre a fornire il meglio delle prestazioni di ciascun professionista al maggior numero possibile di soggetti.

Non è mortificando i medici, impedendo loro di decidere i percorsi professionali nei rapporti coi pazienti (e non voglio chiamarli clienti secondo gli ultimi vezzi imposti dalle direzioni aziendali), impedendo loro di partecipare alle decisioni organizzative sul governo dei percorsi clinici e in buona sostanza impedendo loro di gestire, sia pure insieme a politici e burocrati, le aziende sanitarie che la medicina degli ospedali troverà la dimensione professionale e organizzativa auspicata.

M. Pantusa

Come era ampiamente prevedibile, l'entrata in vigore del nuovo codice sulla privacy ha scatenato reazioni a dir poco scomposte. I medici in primis che, poco avvezzi agli adempimenti burocratici, si sono visti cadere sulle spalle una normativa pesante e francamente poco gestibile in termini di quotidianità dell'esercizio professionale. Informativa, consenso, misure minime di sicurezza, notifica appartengono al nostro linguaggio solamente da pochi giorni e già si cominciano a stratificare i problemi. Tanto per citarne uno, ma non è certo il più rilevante, la notifica dalla quale sembravamo esonerati rientra a pieno titolo fra i nostri obblighi con tanto di spese, 150 euro + 25 di aggravii postali, essendo presenti fra i nostri dati quelli inerenti la genetica, l'epidemiologia e così via. Le Aziende sanitarie poi brancolano nel buio più totale, fiduciose che qualcuno lassù (leggi Roma) accenda un fascio di luce.

A tacere sono solo le associazioni dei cittadini che nulla hanno avuto da opporre al fatto, per esempio, che i pazienti dovranno essere chiamati per numero e non per nome nelle sale d'attesa degli ambulatori. O ancora che le ricette non possano riportare il loro nome e cognome, prestandosi così ad un possibile utilizzo promiscuo. Ma questo cosa c'entra con la privacy? Silenzio assordante.

In questo quadro generale di sconcerto e anche di non comprensione delle norme, la qual cosa non è propriamente il massimo per un Paese che si rispetti, l'Ordine di Modena ha attivato con l'Ausl una commissione che sta predisponendo, sulla base di indicazioni raccolte dai vari protagonisti di questa vicenda, gli strumenti più idonei per uniformare l'approccio alle varie problematiche emergenti e fornire ai professionisti modenesi una linea di condotta agile e condivisa.

Il lavoro preparatorio è lungo e complesso.

Per essere aggiornati in tempo reale sullo stato di avanzamento dei lavori della commissione e dei risultati raggiunti, in termini di proposte operative - per esempio definizione del modello di consenso informato e/o delle misure minime di sicurezza - è opportuno rivolgersi agli uffici dell'Ordine **059/247732** oppure collegarsi al nostro sito che è **www.ordinemedicimodena.it**

Poiché la speranza è l'ultima a morire auspichiamo che alcuni messaggi pervenuti da più parti al Garante realizzino una sia pur parziale revisione della normativa nella sua fase di applicazione. La buona volontà di tutti non manca, nell'interesse del cittadino, ma anche del medico che vede con questa legge valorizzato solo l'impegno burocratico e non quello della tutela del proprio paziente, già ampiamente sancito dal nostro Codice e ben presente nelle nostre menti.

Il presidente

Al momento di andare in stampa riceviamo dal Garante per la Privacy il comunicato stampa che di seguito riportiamo.

Prendiamo atto con soddisfazione che alcune delle nostre perplessità e preoccupazioni sono state recepite dall'Autorità Garante, in primis la chiamata dei pazienti per nome e non più per numero.

In attesa peraltro di una formalizzazione scritta delle variazioni intervenute (fidarsi è bene...) non possiamo non rilevare come restino ancora irrisolti alcuni problemi di assoluto rilievo quali: la tipologia dell'informativa, le ricette libero-professionali senza intestazione, la notifica al Garante con le relative spese (150 euro + 25 di spese postali).

E poi ci si permetta una sottile disquisizione: ma perché devono essere esonerati dalla chiamata numerica dei pazienti solo i medici di medicina generale? E gli odontoiatri? E i liberi professionisti?

Attendiamo fiduciosi una risposta del Garante che chiarisca una tantum questi nostri dubbi.

Il presidente

Medici di base, consenso e ricette: garanzie per i cittadini senza burocrazia. Lettera del Garante al Ministro Sirchia

Con riferimento ad alcune recenti polemiche relative all'applicazione del nuovo Codice al settore sanitario, l'Autorità garante ha inviato al prof. Sirchia, Ministro della Salute, una nota di ringraziamento per la collaborazione prestata.

Con la lettera, l'Autorità ha ringraziato il Ministro per i commenti espressi, in una lettera dell'8 gennaio, circa il percorso di crescita di una cultura del rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone interessate dai trattamenti di dati.

Il Garante ha poi:

- rinnovato la disponibilità di collaborazione al Governo ed al Parlamento per la razionalizzazione in materia di sanità prevista dal Codice appena entrato in vigore, confermando il proprio impegno nella delicata fase di prima attuazione del Codice per ricercare, anche nella prassi applicativa, ogni soluzione utile per garantire diritti e libertà fondamentali nel rispetto del principio di semplificazione (art. 2 del Codice);
- precisato che, con la collaborazione degli operatori sanitari, l'Autorità definirà a breve un modello semplificato di informativa agevolmente utilizzabile anche dai medici di base senza approcci burocratici (artt. 13, comma 3, e 78, comma 3);
- anticipato che suggerirà agli operatori sanitari formule sintetiche e colloquiali per raccogliere gli eventuali consensi, anche in questo caso nell'ottica di prevedere garanzie efficaci anziché inutili soluzioni formalistiche, e tenendo presenti le varie situazioni nelle quali, dal 1° gennaio scorso, il consenso non è più necessario o può essere differito per assicurare la tempestività e l'efficacia della prestazione medica;
- confermato che è già a buon punto un proficuo confronto con la FNOMCeO per permettere ai medici di base di non doversi privare dei dati dei propri assistiti che non dovessero entrare in contatto con loro entro il termine transitorio del 30 settembre 2004;
- manifestato l'impegno a fornire a breve termine altri chiarimenti per porre fine agli allarmismi ingiustificati che si sono creati, specie per i medici di base, a proposito delle misure per rispettare la dignità e la riservatezza delle persone nelle sale d'attesa e riguardo alla notificazione dei trattamenti di dati al Garante;
- anticipato che le misure da adottare per tutelare le persone nelle situazioni di promiscuità o in occasione di prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 83 del Codice, interesseranno solo le strutture sanitarie e non le anticamere dei singoli medici di base, i quali hanno un rapporto diverso e più personalizzato con i propri assistiti;
- precisato che la stessa notificazione al Garante, già notevolmente ridotta a pochissimi casi dal Codice, non interesserà l'intera categoria dei medici di base, riguardando esclusivamente alcuni particolari trattamenti di dati suscettibili di arrecare pregiudizio ai diritti e alle libertà delle persone e per i quali, in ossequio al chiaro dettato comunitario, è irrinunciabile una trasparenza quale che sia l'operatore sanitario. Anche per questo aspetto l'Autorità interverrà con specifici chiarimenti ed eventuali semplificazioni (art. 37, comma 2). E' comunque già da escludere che si tratti di un adempimento gravoso: riguarda infatti solo una tantum l'intera attività svolta e non certo, caso per caso, ogni singolo rapporto con i pazienti;
- ringraziato il Ministro della ulteriore collaborazione che si svilupperà, entro il 1° gennaio 2005, sulla disciplina delle ricette mediche, fiducioso del fatto che anche in questo caso si individueranno modalità attuative ragionevoli e praticabili per attuare le doverose scelte di garanzia più volte confermate dal Governo e dal Parlamento.

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - 29 dicembre 2003

Il giorno 29 dicembre 2003 alle ore 12 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.
Presenti: Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Marco Fresa, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa (segretario), Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

1. variazioni agli albi professionali;
2. varie ed eventuali.

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 29.12.2003

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
BENASSI	FILIPPO	5771
CADOSSI	MATTEO	5772
CESI	SARA	5773
MARCHISIO	FRANCESCA	5774
MAZEU SIEWE	INGRIDE JOSIANE	5775
MAZZINI	ELISA	5780
PATORNO	ELISABETTA	5779
RICCOMI	SILVIA	5776
VELLANI	FABRIZIO	5777
Iscrizione per trasferimento		
IERVESE	GLORIA	5778
Cancellazione per decesso		
SACCHETTI	ANTONIO	354

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - 12 gennaio 2004

Il giorno 12 gennaio 2004 alle ore 20,45 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.
Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi (Vice Presidente), Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Adriano Dallari, Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi, D.ssa Azzurra Guerra, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Roberto Olivi, Dott. Michele Pantusa (segretario), Dott. Stefano Reggiani (Tesoriere), Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio Direttivo del 25.11.2003, del 16.12.2003 e del 29.12.2003;
2. variazioni agli albi professionali;
3. nomina Commissione esami di abilitazione professionale di Medico Chirurgo – Decreto 445/01;
4. delibere amministrative;
5. delibere di pubblicità sanitaria;
6. varie ed eventuali.

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 12.1.2004

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
BALLESTRI	STEFANO	5781
BARBIERI	ELISA	5782
BIAGIONI	EMANUELA	5783
BIOLCHINI	FEDERICO	5784
BONETTI	SIMONA	5785
BONFRESCHI	SILVIA	5786
CERRI	STEFANIA	5787
DAKGA NANA	JEANINE LAURETTE	5788
D'ATRI	ADDOLORATA	5789
DUGONI	MANFREDO	5790
FRIGNANI	FRANCESCA	5791
GALLI GIBERTINI	GIULIANO	5792
GIRLANDO	SERENA	5793
GRAZIOSI	CATIA	5794
GUALDI	GIULIO	5795
MACCHIAVELLO	ALESSANDRO	5796
MALAVASI	NORMA	5797

MANNI	BARBARA	5798
MARTINZ	ELENA	5799
MICHELINI	ERICA	5800
PAGLIAI	FRANCESCA	5801
PANICALI	FRANCESCO	5803
PELLICANO'	FRANCESCA ANGELA	5802
RIVI	CRISTINA	5804
ROSSI	LUCA	5805
SABBATINI	FRANCESCA	5806
SIERADZKA	AGNIESZKA EWA	5807
ZANASI	VERA	5808
Iscrizione per trasferimento		
DI BARI	FILOMENA	5809
Iscrizione contemporanea Albo Medici Chirurghi		
MARINO	RAFFAELLA (n. 415 Iscriz. Albo Odontoiatri)	5810
Ottenimento cittadinanza italiana		
YOUNESI	MARYAM	5102
Cancellazione per trasferimento		
BURSI	ANTONELLA	4923
VIRDIS	ROSA	5636

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO 19 gennaio 2004

Il giorno 19 gennaio 2004 alle ore 20,50 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.
Presenti: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi (Vice Presidente), Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Adriano Dallari, Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi, D.ssa Azzurra Guerra, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Roberto Olivi, Dott. Michele Pantusa (segretario), Dott. Stefano Reggiani (Tesoriere), Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

1. variazioni agli albi professionali;
2. definizione data assemblea ordinaria annuale anno 2004 e cerimonia di premiazione 50° e 60° anno di laurea: deliberazioni.
3. varie ed eventuali.

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 19.1.2004

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
ALFIERI	PIERLUIGI	5811
FORGHIERI	MATILDE	5812
GIROLAMI	FRANCESCA	5813
LIZIO	GIOVANNI	5814
PIETRAMAGGIORI	GIORGIO	5815
Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi Dl.vo 277/91		
OBICI	LUISA	3565

ALBO ODONTOIATRI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
CAMPEDELLI	FRANCESCA	508
Iscrizione contemporanea Albo Odontoiatri		
BALUGANI	ALESSANDRO (n. 4660 Iscriz. Albo Medici Chirurghi)	509

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO 26 gennaio 2004

Il giorno 26 gennaio 2004 alle ore 20,50 presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.
Presenti: Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia (Presidente), Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi, Dott. Beniamino Lo

Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa (segretario), Dott. Stefano Reggiani (Tesoriere), Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

1. approvazione verbali del 12.1.2004 e del 19.1.2004;
2. variazioni albi professionali;
3. comunicazioni del Presidente
4. privacy
 - a) adempimenti amministrativi;
 - b) indirizzi per l'applicazione della normativa;
 - c) prima riunione Commissione Ordine – AUSL;
5. delibere del personale dipendente (Pantusa);
6. delibere amministrative (Reggiani);
7. delibere di pubblicità sanitaria;
8. varie ed eventuali.

VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI - Seduta di Consiglio del 26.1.2004

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
BELLELLI	FRANCESCO	5817
BERRI	ROSSELLA	5816
CLARIZIO	MARCO	5818
SCUTARI	RAFFAELLA	5819
Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi DL.vo 277/91		
PEDERZINI	LUCIA	5419
Cancellazione contemporanea iscrizione Albo Medici Chirurghi per trasferimento		
AMADEO	NICOLA ANGELO	2849

ALBO ODONTOIATRI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
GRIPPO	LUCA GIOVANNANTONIO	510
Cancellazione contemporanea iscrizione Albo Odontoiatri per trasferimento		
AMADEO	NICOLA ANGELO	282

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI 27 gennaio 2004

Il giorno 27 gennaio 2004 alle ore 21 presso la Sede di P.le Boschetti, 8 – Modena - si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri. Presenti: Dott. Riccardo Cunsolo, Dott. Giancarlo Del Grosso, Dott. Roberto Gozzi (Presidente), Dott. Vincenzo Malara (Segretario).

1. approvazione verbale seduta del 4.12.2003;
2. comunicazioni del Presidente;
3. eventuali parcelle odontoiatriche da opinare;
4. varie ed eventuali.

FRER ORDINI Federazione Regionale Emilia Romagna degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il giorno 21 gennaio 2004 alle ore 18 presso la Sede dell'Ordine Medici Chirurghi 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. Incontro con Assessore su Accordo Regione – Sindacati sulla prescrizione farmaceutica;
4. Progetto di Legge regionale di istituzione del Servizio Sanitario Regionale;
5. Modifiche del DPR 221/50;
6. Tirocinio Post – Laurea (Di Lascio);
7. Competenza della professione di psicologo (Montesi);
8. Preparazione incontro monotematico su problematiche dei Colleghi ospedalieri;
9. Varie ed eventuali.

Comunicazione n.12 del 22 gennaio 2004**OGGETTO:** Esenzione IVA dalle prestazioni mediche - Sentenze Corte di Giustizia UE.

In merito alle richieste che ci giungono dagli Ordini relative alle sentenze della Corte di Giustizia Europea - Cause 307/01 e 212/01 - concernenti le prestazioni sanitarie di medicina legale rese da medici abilitati si chiarifica quanto segue.

Il principio dell'art.13, parte A, n.1, lett. c) della sesta Direttiva (Dir.77/388/CEE) che prevede per le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio della professione medica e paramedica l'esenzione dall'IVA - fatta propria dall'ordinamento interno italiano con disposizione di cui all'art.10, punto 18 del DPR 6333/72 - è stato, nelle due sentenze interpretative della Corte di Giustizia, circoscritto con l'identificazione esatta della nozione, ai fini dell'esenzione IVA, di "prestazioni mediche".

Due sono gli elementi considerati dalla Corte di Giustizia come caratterizzanti le prestazioni mediche esenti IVA:

1. **la natura delle stesse**, cioè interventi medici diretti a diagnosi, cura e, dove possibile, guarigione di malattie della salute umana, pertanto prestazioni realizzate a fine terapeutico;
2. **la finalità perseguita dalle prestazioni stesse**, cioè quando vengono effettuate in un contesto che legittima a sostenere che il loro scopo principale è quello di tutelare, mantenere o ristabilire la salute.

Se pertanto la prestazione medica non possiede una di queste caratteristiche, ad essa non è attribuito quell'alto valore sociale per il quale è prevista l'esenzione dall'IVA.

Le statuizioni interpretative della Corte di Giustizia UE sono immediatamente operative negli ordinamenti interni anche in presenza di difformi interpretazioni della normativa esaminata così come confermato dalle sentenze della Corte Costituzionale 170/1984, 113/1985 e 389/1989.

A titolo esemplificativo si riportano alcuni casi pratici:

Sono esenti IVA le visite mediche di singoli per conto di datori di lavoro o di compagnie di assicurazione; prelievi di sangue per verificare la presenza di virus o altre malattie per conto di datori di lavoro o assicurazioni; rilascio di certificati di idoneità fisica come per esempio viaggiare quando tali prestazioni sono dirette principalmente a tutelare la salute dell'interessato. Non sono esenti IVA il rilascio di certificati sullo stato di salute di una persona per fini quali il diritto ad una pensione di guerra; gli esami medici condotti al fine della preparazione di un referto medico peritale in materia di questioni di responsabilità e di quantificazione del danno per singoli che intendono intentare un'azione giurisdizionale; preparazione dei relativi referti medici anche se basati su note mediche senza aver proceduto a esami clinici. Nel caso in cui venga effettuata un'analisi genetica la stessa non sarà esente IVA nel caso in cui sia finalizzata al riconoscimento di paternità mentre sarà esente IVA qualora sia finalizzata ad un uso terapeutico. In seguito a contatti per le vie brevi con l'Agenzia delle Entrate la Federazione ha appurato che sarà predisposta una Circolare in proposito. Sarà cura della FNOMCeO comunicarla agli Ordini non appena sarà pubblicizzata.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE
Giuseppe del Barone

Abbiamo "girato" la comunicazione della Federazione in tema di esenzione IVA al Rag. Bergamini che ci ha gentilmente fornito la risposta che di seguito riportiamo.

Studio Professionale di cons. ammin. - fiscale e tributaria

rag. Paolo Bergamini

Iscritto al n. 289 Albo Consulenti del Lav. di Modena - Revisione Contabile

Ill. Dott. D'Autilia

ho ricevuto stamani il suo fax con allegata la comunicazione n. 12 del 22.1.2004 della FNOMCeO; sono d' accordo con quanto esposto in essa e con piacere le espongo il mio parere sul trattamento I.V.A. da riservare alle prestazioni sanitarie effettuate non direttamente sulle persone.

Il D.P.R. n. 633 del 26.10.1972 istitutivo dell' I.V.A. all' art. 10 elenca tutte le operazioni che sono esenti dall' imposta e specificatamente il punto 18 dice testualmente: "le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione **rese alla persona nell' esercizio delle professioni e delle arti sanitarie** soggette a vigilanza, ai sensi dell' art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, ovvero individuate con decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro delle Finanze."

La ratio della norma è l'agevolazione riservata alle persone fisiche che usufruiscono delle prestazioni sanitarie a loro direttamente effettuate; in altre parole se la prestazione medica è diretta alla persona fisica e cioè per visite mediche, analisi e altri interventi diretti a tutelare, mantenere e/o a ristabilire la salute sono esenti da I.V.A. ma se il Medico esegue delle prestazioni diverse, anche se sempre nel campo sanitario, esse prestazioni sono da assoggettare all'imposta.

Conseguentemente, affinché trovi applicazione l'esenzione I.V.A., è sufficiente che le prestazioni rese dai professionisti esenti individuati dal D.M. 17.05.2002, si possano inquadrare fra quelle contemplate all'art. 10 punto 18 siano finalizzate alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione e siano rese alla persona.

La Corte di Giustizia Europea individua due elementi caratterizzanti le prestazioni esenti I.V.A.:

- la **natura** delle stesse: cioè interventi effettuati da professionisti abilitati diretti a diagnosi, cura e resi a fine terapeutico nonché per la riabilitazione;
- la **finalità perseguita dalle prestazioni stesse**: cioè quando vengono effettuate in un contesto che legittima a sostenere che il loro scopo principale è quello di tutelare, mantenere e ristabilire la salute e l'uso della funzionalità.

Il Decreto Interministeriale del 17 maggio 2002 individua le seguenti professioni sanitarie, oltre che gli esercenti una professione sanitaria o un'arte ausiliaria delle professioni sanitarie indicate all'art. 99 del testo unico delle leggi sanitarie, le cui prestazioni se rivolte alla persona sono esenti dalla applicazione dell'Imposta sul Valore Aggiunto:

- Gli esercenti la professione di biologo e psicologo;
- “ “ “ “ “ “ di odontoiatra;
- “ “ “ “ “ “ di cui al D.M. del 29.3.2001 e cioè:
 - a) infermiere/a, ostetrica/o e infermiere/a pediatrico;
 - b) podologo, fisioterapista, logopedista, Ortottista, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale e educatore professionale;
 - c) tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neurofisiopatologia;
 - d) tecnico ortopedico, audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale e dietista;
 - e) tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario.

Da sottolineare che le attuali disposizioni, oltre avere esteso il campo di applicazione del regime di esenzione dall'IVA a nuove figure professionali e ai professionisti che hanno conseguito un titolo abilitativo al di fuori dello Stato, non prevedono più in modo esplicito la subordinazione della prestazione alla prescrizione del medico. E' consigliabile però richiedere e conservare sempre la prescrizione medica anche se non prevista, in quanto gli addetti ai controlli possono elevare sanzioni amministrative e non più anche a tenore fiscale.

Nello specifico è la prestazione medica che, di volta in volta, determina l'applicazione e meno del tributo. A titolo esemplificativo sono prestazioni mediche esenti quelle dirette alla diagnosi, cura e alla guarigione delle malattie e dei problemi della salute.

Sono al contrario soggette ad I.V.A. le prestazioni effettuate per un fine diverso da quello di tutelare la salute o il ristabilimento della stessa. A titolo esemplificativo possono considerarsi non esenti:

- a) visita medica e successivo rilascio del certificato con lo scopo di evidenziare lo stato di salute per predisporre la domanda di pensione o per intraprendere un'azione giudiziaria di risarcimento di danno provocato da un errore medico;
- b) visita medica e conseguente certificato di salute richiesti dal datore di lavoro prima dell'assunzione;
- c) visita medica e conseguente rilascio di certificato richiesti da compagnie di assicurazione o datori di lavoro per verificare lo stato di salute il cui scopo esula dalla tutela della salute;

Altro esempio classico sono le analisi del sangue: se il medico le fa direttamente alla persona bisognosa di accertamenti per la guarigione di malattie e/o per l'accertamento sulla salute precaria la prestazione è esente da I.V.A. se la stessa prestazione viene effettuata sempre dal medico però commissionata da un laboratorio di analisi, per cui la fattura va intestata e indirizzata al committente, l'operazione è da assoggettare ad I.V.A. 20%.

Il Legislatore ha voluto, da sempre, favorire gli interventi per curare e/o tutelare la salute dei cittadini; però solo se le prestazioni sono effettuate direttamente su di loro e se la natura delle stesse è a scopo curativo per ristabilire la salute o per tutelare la stessa. Tutti gli altri interventi anche se diretti alla persona ma che esulano dalla tutela della salute (esempio interventi di chirurgia plastica) non godono dell'esenzione dall'imposta e su questo tipo di prestazione va applicata l'I.V.A.

A completamento dell'argomento mi preme ricordare che l'imposta pagata sugli acquisti non è detraibile in presenza di operazioni esenti; cioè se il medico effettua esclusivamente operazioni senza applicazione dell'imposta ai sensi del già richiamato art. 10 punto 18 D.P.R. n. 633/72 (classico esempio è il medico generico che effettua prestazioni solo rivolte alla persona) tutta

l'I.V.A. pagata sulle fatture di acquisto diventa, per effetto del pro rata con percentuale di indetraibilità pari al 100%, tutta indetraibile.

Se invece il medico effettua anche operazioni soggette ad imposta per le ragioni sopra esposte

l'I.V.A. pagata sulle fatture di acquisto regolarmente registrate sull'apposito registro I.V.A. è detraibile in proporzione alle operazioni effettuate soggette ad I.V.A.

Sempre a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti; mi è gradita l'occasione per formulare i migliori auguri di un buon e proficuo lavoro; con i più cordiali saluti.

Cavezzo, 10.2.2004

Paolo Bergamini

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

CONTRIBUTO AL DIALOGO SULLA POSSIBILITÀ DI PREVENIRE L'INSORGENZA E DI ATTENUARE GLI EFFETTI DELL'ERRORE NEL CASO CLINICO

Come introduzione, conviene estrapolare da ogni contesto i due attori del rapporto "medico" e "malato da curare" (la prevenzione presenta proprietà particolari) e considerare il rapporto professionale che tra loro si instaura su richiesta dopo l'insorgenza della malattia.

Le due figure sono complementari nel comportamento e contribuiscono a strutturare il caso clinico che è simile alla progettazione ed esecuzione di un'opera di ingegno, pieno di regole e di ammaestramenti e di fatto irripetibile.

Di fatto il contratto professionale presenta due contraenti con scopi che non stanno sulla stessa scala di valori: il malato richiede per avere, fino a che non ha ottenuto, la salute oppure la migliore condizione possibile per essere attivo e vivere, invece il medico offre la sua prestazione nei confronti del malato contro compenso senza la condizione del conseguimento del risultato, conforme alle norme del Codice Deontologico tra le quali preminente non recare danni con il comportamento (professionale ed extraprofessionale). Il malato si paragona ad altri malati a suo giudizio simili ma non identici, infatti più fortunati per il risultato ottenuto, senza rendersi conto che assume la veste di oggetto di errore clinico o presunto tale; si rivolge di seguito ad altri medici, che agiscono come se fossero consultati dal malato per primi per quella malattia: certificano la condizione che riscontrano, suggeriscono ed eseguono la terapia a loro giudizio corretta; i curanti in seconda istanza, senza consultarsi con i primi medici curanti ma eventualmente con altri medici estranei, divengono, con il loro intervento, dei periti di parte a tutti gli effetti rispetto al primo medico ed attori di un nuovo contratto con le stesse finalità del primo: si instaura una complessa conflittualità del malato nei confronti di più medici e tra più medici tra loro per lo stesso caso.

Il grado di incertezza e di presunzione di inadeguatezza di comportamento professionale per la parte clinica del caso scende se valutato a poste-

riori dal primo all'ultimo medico curante, rispetto alle modalità di prudenza, perizia e diligenza.

Il fenomeno è sottostimato nella sua diffusione, poiché emerge pubblicamente solo se sono lamentati dei danni da parte del malato e rimane di solito quello che viene definito all'interno della collettività medica un fatto sentinella di non buona pratica medica; in genere i fatti sentinella, ampiamente studiati in ambito di collegialità al fine di evitare la loro diffusione ed il loro cumulo e quindi il rischio di insorgenza dell'errore clinico, sono molto accentuati con la generalizzazione dell'accesso alle cure mediche da parte dell'intera popolazione introdotto dal S.S.N., e coll'aumento notevole del numero di medici che offrono le loro prestazioni cercando di differenziarle, mentre le liste di attesa gestite solo con criterio cronologico ne rallentano la constatazione.

Per quanto riguarda l'E.C.M., fino a che non saranno trascorsi cinque anni dall'aprile 2002, la mancanza del cumulo dei 150 punti previsti per l'aggiornamento non può essere tenuta in conto di discriminante per la distinzione di colpa grave o lieve; inoltre l'introduzione della pratica dovrà essere valutata in generale per osservare una riduzione significativa di errori nei casi oggetto di danni clinici lamentati.

Per il modo fiscale in cui è stata introdotta, l'omissione della E.C.M., in quanto viene vista come capace di rendere attuale la scienza dei medici (esclusa quella degli esecutori non medici di accertamenti che possono indurre in errore) conseguita in luoghi ed epoca diversa, certifica che l'errore non poteva non avvenire (sia pure nella relativa misura dichiarata da specialisti assunti come consulenti per indagare sull'errore stesso) e può contribuire a configurare la mancanza grave nei confronti dei suoi contenuti, ma mai nei confronti del caso clinico .

Anche se si assistesse a un' istruttoria a carico del medico per delle presunte responsabilità di errore clinico, con la ricostruzione della sua acquisizione della conoscenza degli argomenti oggetto di erro-

re tramite la frequenza e il superamento dei tests nelle lezioni universitarie (con gli atti dell'insegnante), nei Convegni E.C.M. (con le risposte date nei questionari di apprendimento), con i collegamenti documentati e la risoluzione di quesiti con Internet, il successivo passo dovrebbe essere la valutazione di quale "educazione" il medico ha tratto per trasformare la conoscenza in scienza da usare correntemente.

La conclusione però potrebbe esserci nel senso che, con E.C.M. espletata, i vari gradi di giudizio emetterebbero sentenze non dissimili da queste attuali nelle quali si riconosce la colpa lieve o la mancanza di colpa per la difficoltà del caso.

Vi è da osservare, che l'errore clinico avviene sotto tutte le latitudini e gli attori dell'errore clinico sono formalmente sottoposti (processati) all'assetto legislativo vigente in ogni nazione; più in particolare ogni Tribunale in ogni regione o provincia palesa un comportamento di tutela del malato che può essere considerato una "regola" nel valutare l'errore clinico, che ha però come effetto quello di conformare il comportamento del medico al modo di giudicare nell'aula giudiziaria, invece che a quello di scienza al letto del malato.

In Italia i pareri dei legali consultati che fornisco varie proposte di procedura alle quali dare corso in vantaggio del malato tengono conto della possibilità di eseguire la sentenza di risarcimento in quanto esiste nell'ordine: un'assicurazione obbligatoria in favore del malato (e tra queste prima la tutela sul lavoro poi la tutela sulla strada), una assicurazione facoltativa e da ultimo la disponibilità economica del medico. Ove esista almeno una di queste possibilità, quando non sia di ufficio, l'azione penale è meno frequente o assente.

Ancora l'errore clinico non emerge, anche se avrebbe una sua rilevanza, quando vi sia la convenienza di fare risalire alla prima causa tutti gli eventi conseguenti, compreso l'errore clinico che contribuisce alla somma del danno totale subito.

Risulta da questo quadro che tutta la "materia" è in evoluzione; è degno di essere considerato che in larghe aree territoriali italiane prossime ai confini nazionali il contagio di norme o procedure di nazioni vicine può favorire il rapporto tra medico e malato italiani in quei luoghi rispetto ai medici-malati italiani in genere.

Nelle regioni del nord-est italiano e in quelle prossime di lingua tedesca, slovena e croata si vorrebbe ottenere la formazione degli operatori sani-

tari "integrata" (di uguale preparazione e aggiornamento), mentre si prevede la concessione del diritto ai malati di rivolgersi liberamente fuori dai confini nazionali ai curanti che lavorano nell'area. Nella regione Trentino Alto Adige, regione con statuto speciale, si vorrebbero assimilare le norme della legislazione già in uso in Germania (ed ora applicate anche in Francia); cioè prima dell'instaurazione in Tribunale delle cause per errore clinico, i medici assunti come consulenti nell'argomento oggetto di errore, che sono tecnici responsabili per stabilire se danno è stato arrecato e per la sua quantificazione, dovrebbero far parte di una "Commissione presieduta da un Giudice togato imparziale" per esprimersi prima e fuori dal Tribunale con tutte le garanzie di libera accettazione delle conclusioni e anche liberi tutti di accedere in seconda istanza al Tribunale nei suoi vari gradi di giudizio.

Il contenzioso viene così abbreviato da conclusioni che siano sufficienti per eseguire il risarcimento dei danni (biologico compreso) e ciò rende possibile ai malati di reinvestire risorse disponibili per la loro salute rivolgendosi per nuove cure a tutti i medici (non più in conflittualità, compreso quelli che sono implicati in errori con altri malati e che non abbiano subito troppo discredito ed esercitino in attesa delle conclusioni di torto o ragione) e rende possibile al malato disabile al lavoro di usare la somma ottenuta senza ritardi per ragioni di sussistenza o di avvio in nuova adatta attività economica.

In Italia, la procedura del ricorso a una Commissione di "Conciliazione", che ora appare utile di attuare tra medico e malato, troverebbe grandi analogie in quella che il lavoratore deve esperire nei confronti del datore di lavoro alla Commissione presso l'Ufficio Provinciale del Lavoro, prima di accedere al Giudice del lavoro in Tribunale; tale ricorso è gratuito (salvo il dovuto al legale che redige l'atto scritto e che partecipa ai lavori, se la controparte si costituisce) e vincolante nel risultato liberamente convenuto, nel tentativo di ridurre il numero delle cause pendenti, di durata e risultato incerto: anche in questo caso nel tentativo di dare in tempo breve il risarcimento al lavoratore, che entra in possesso del suo e può o riprendere la vecchia attività con soddisfazione di tutti o intraprendere una nuova attività.

G. Scapinelli

...a Modena in via Giardini

graphic design: SALVO GALLO

Autorizzazione Com. Modena n. 1846 del 6 - 3 - 96



Casa di Cura **Fogliani**

(certificata Cermet UNI EN ISO 9001-2000)



Unità Operativa di Ortopedia

Responsabile **Dr. Alberto Montorsi**

Specialista in Ortopedia e Traumatologia - Chirurgia della mano

Unità Operativa di Chirurgia generale

Responsabile **Dr. Angelo Rosi**

Specialista in Chirurgia

Unità Operativa di Ginecologia

Responsabile **Prof. Giorgio Alessandrini**

Specialista in Ginecologia e Ostetricia

Unità Operativa Riabilitazione post acuta estensiva

Responsabile **Prof. Francesco Fabbri**

Specialista in Fisiocinesiterapia ortopedica

Servizio di Radiologia - RMN Artroscan

Mammografia - Ecotomografia - M.O.C.

Responsabile **Prof. Giuliano Barbolini**

Specialista in Radiologia

POLIAMBULATORIO



Casa di Cura
Fogliani

Dir. San. Dr. A. Rosi

Via Lana, 1 - 41100 Modena

Tel. 059 247411 (8 linee urbane)

Fax 059 224072

<http://www.cdcfogliani.it>

e-mail: cdcfoliani@pianeta.it

Ditemi un po', come si può sperare che migliori il rapporto medico-paziente con le ultime novità sulla privacy? Noi tutor ci sforziamo da tempo a spiegare agli studenti del 6° anno di Medicina e Chirurgia che il paziente non deve essere considerato un numero come spesso succedeva e qualche volta purtroppo succede ancora negli Ospedali, come testimoniano studenti e pazienti.

Fraasi come: "Hai messo la flebo al n. 7? Hai fatto il clistere al 3? Oggi dimettiamo la paziente del letto n. 4", sono la regola in corsia. A questo punto, mi viene da pensare: "ma allora non ho capito nulla!".

Sta a vedere che sono io quello dalla parte del torto.

Il numero ormai lo troviamo frequentemente: nelle carceri: ad esempio, chi non ricorda certi films americani, dove la personalità del carcerato veniva semplicemente annientata con le cifre esposte sulla cassetta?

D'altronde tutti ci siamo lamentati della perdita del rapporto umano tra esercente e cliente.

Infatti con il boom dei supermercati di ogni genere e colore, si è perso quel rapporto e quel simpatico frasteggio che ti invoglia più di ogni pubblicità occulta, con frasi, in vernacolo e non, del tipo: "Cosa le do di buono oggi, signora Maria?"

Ma a parte questi sentimentalismi, definiti da qualcuno "della nonna", io desidererei tanto sapere con precisione, sempre che sia possibile, da chi nasce la legge di non mettere il nome del paziente nelle ricette private, dette anche "bianche". Ed ancora, da chi e da dove proviene la legge di chiamare per numero i pazienti che attendono di essere visitati?

Spesso, quando ho dei dubbi, mi metto a dialogare con amici e pazienti molto, molto anziani, ma soprattutto molto saggi, per avere qualche risposta, qualche suggerimento. Ma questa volta, nonostante un notevole sforzo, non siamo riusciti nè a capire perché, nè a dare soluzioni alternative.

Brutto segno. Non so a cosa pensare.

Forse una privacy così rigida nasce da migliaia e migliaia di denunce fatte da pazienti con cognomi strani; e sappiamo che ce ne sono tanti, taluni anche carini, ma che per ragioni di spazio, e non solo, non sto a menzionare. Oppure è la vergogna di assumere determinati farmaci, o fare particolari accertamenti, che ha fatto muovere questo temibile ingranaggio. O ancora pazienti che odiano così tanto sentirsi chiamare per nome che preferiscono un numero, anche se pochi minuti prima hanno preso appuntamento rilasciando nome, cognome e numero del cellulare.

No! Sicuramente non sono questi i motivi.

E allora? Mah!?

Già vedo il farmacista che di nascosto sotto al banco impacchetta qualcosa al signor "22", dicendo "Ne faccia buon uso...". Ed il cliente vicino, signor "77", che pensa: "Hai visto? Chi l'avrebbe mai detto!?" Scusate, dimenticavo che, perché una critica sia costruttiva deve per lo meno consigliare qualche soluzione. Bene. Lasciamo le cose come stanno, ed eventualmente prendiamoci carico delle lamentele al fine di identificare i pazienti idonei a questo progetto, creando così le basi per donare loro la più completa privacy.

Chiaramente tutto ciò deve essere sottoscritto nel "consenso informato", unico ed autentico documento di sicura importanza.

Certo di non avere la soluzione di questo problema in tasca, e rispettando ciò che la legge prevede, ovviamente mi adeguo. A tal punto, che nella sala d'attesa del mio studio, sotto ad una freccetta colorata c'è un cartello giallo, con una scritta nera (per ricordare un grande), che recita: "QUI SI DANNO I NUMERI".

P.S.: ovviamente il 13 ed il 17 sono eliminati, come nella "formula 1".

Oh! Non si sa mai....

L. Arginelli

DA UN ESTRATTO DEL BOLLETTINO DELL'ORDINE CURATO DA PERICLE DI PIETRO

Sono trascorsi quaranta anni da quando Pericle di Pietro pubblicò sul nostro Bollettino il resoconto di una sua dotta ricerca sulle origini del nostro stemma. L'analisi storica è concisa ma rigorosa ed ancora oggi leggere quelle pagine risveglia interesse, che non è solo curiosità ma può divenire desiderio di approfondimento per un aspetto spesso trascurato della nostra professione, la Storia della Medicina.

Rileggerle può rappresentare un utile esercizio di revisione storica della nostra professione e il comitato di redazione del Bollettino ha ritenuto per questo di proporle ai colleghi, soprattutto i più giovani, che possono così attingere alle fonti della nostra pubblicazione.



Nel corso di indagini sul Collegio dei Medici della nostra città, portate a termine alcuni anni fa, ne ho invano ricercato lo stemma tra le carte d'archivio che andavo consultando. Da un timbro a secco, apposto dal Collegio al documento di riconoscimento della validità in Modena della laurea in Medicina e Filosofia ottenuta a Parma da Bernardino Ramazzini, si sapeva che nello stemma era rappresentato l'evangelista S. Luca (Annuario Università di Modena, 1901-02, pag. 105).

In questi giorni ho avuto finalmente sotto gli occhi, su cortese segnalazione del Dott. Enrico Vigarani, un foglio a stampa fregiato da questo stemma, chiaramente impresso, e pertanto lo presento ai medici modenesi sulle pagine del Bollettino di quest'istituto che dell'antico Collegio è diretto discendente.

Il foglio a stampa, che ci ha permesso la conoscenza diretta dello stemma, porta varie formule di preparazione dell'acqua teriacale e per questa ragione fu a suo tempo allegato ad una copia dell' "Antidotarium Bononiense", edizione 1750, dove per sua comodità l'aveva inserito il Dott. Domenico Leonelli, medico modenese fiorito nella seconda metà del Settecento. Oggi il volume è proprietà della Farmacia Comunale Centrale.

Nelle sue linee grafiche lo stemma è semplice e chiaro. Entro un modesto ornato trovasi rappresentato di profilo sinistro l'Evangelista, seduto, recante nella mano destra il calamo e nella sinistra il volume dell'Evangelio, con il viso rivolto verso il Cielo, da cui scendono raggi ad illuminare lo scrittore; in un secondo piano è raffigurato il toro, simbolo dell'Evangelista, molto meno finemente disegnato. Un cartiglio in alto porta la scritta "COLLEGIUM MEDICORUM MUTINÆ" ed un altro in basso reca il nome "S. LUCA".

Si è detto più sopra che questo stemma rappresentava l'antico Collegio dei medici modenesi. Esso infatti sorse nel 1327, nell'epoca cioè in cui venivano costituendosi nel clima delle libertà comunali, fra la fine del secolo XIII e l'inizio del successivo, i Collegi medici nelle città italiane.

Negli Statuti del Comune di Modena del 1327, conservati nel locale Archivio Storico Comunale, una rubrica – la 71.ma del Libro II – porta questi titolo: "Quod medici phisice habeat collegium". Poiché questi statuti raccolgono disposizioni emanate in vari tempi, anche nel secolo precedente, spesso integralmente riportate nel testo senza far caso a ripetizioni o contrasti, noi possiamo affermare con sicurezza che il Collegium dei medici modenesi sorse almeno nel 1327.

Soffermandoci sul contenuto della rubrica, troviamo che in essa vengono chiaramente definiti:

- 1) lo scopo della legge: difesa dei malati, al fine di assicurare loro le cure di medici sicuramente capaci, e difesa dei medici contro gli abusivi;*
- 2) i soggetti cui la legge si riferisce: tutti i medici "fisici", esercitanti in città, debbono essere iscritti (non si fa cenno di coloro che praticano la chirurgia);*
- 3) le modalità dell'iscrizione: il candidato veniva esaminato dai medici del Collegio riuniti in presenza del Vescovo e doveva venire approvato a maggioranza;*
- 4) le pene per gli inadempienti: era vietato l'esercizio della professione ai non iscritti al Collegio e chi contravveniva era soggetto a multa da parte dell'autorità civile;*
- 5) le eccezioni: possibilità di chiamare dal di fuori qualche medico di chiara fama.*

Come si vede, non si tratta di una semplice dichiarazione programmatica, ma di precise disposizioni di legge. Non sappiamo per quanto tempo il Collegio sia fiorito in Modena, ma cer-

tamente esso dovette lentamente decadere, in analogia a quanto accadde allo Studio, in quanto espressioni di uomini della cultura, senza tuttavia che si sia avuto un documento di revoca da parte dei dominatori Estensi, subentrati al Governo comunale. È però certo che ai primi del Cinquecento il Collegio non doveva essere attivo, se un gruppo di medici chiese ed ottenne nel 1509 dal Duca Alfonso II la costituzione di un Collegio, i cui iscritti soltanto potessero esercitare in Modena.

Nel 1550 gli Statuti del Collegio vennero riformati da Giovanni Grillenzoni. Il testo di questi statuti, con poche e non rilevanti modificazioni, ebbe valore di norma per i medici modenesi fino alla fine del XVII secolo, quando il risorgere dell'Università fece nascere controversie fra questa e il Collegio, che ad essa era stato aggregato. Tali controversie, che si prolungarono fino ai primi decenni del secolo seguente, avevano per oggetto la disposizione statutaria che vietava l'iscrizione al Collegio e quindi l'attività professionale a medici non modenesi, in modo che alcuni docenti forestieri venivano a trovarsi in una situazione incerta. Si discuteva anche se il Priore del Collegio avesse la facoltà di nominare i Lettori e se il diritto di conferire il titolo dottorale spettasse all'una o all'altra delle due istituzioni. Logicamente le suddette prerogative collegiali vennero pian piano ad essere assorbite dall'Università.

Nel 1754, nel corso della sua opera di riforma accentratrice, Francesco III intromise la sua diretta autorità in seno al Collegio, creando tra l'altro un Tribunale Medico Collegiale, che assorbì in pratica l'attività del Collegio, ancor nominalmente esistente.

Soltanto nel 1779 lo stesso Duca Francesco III riconobbe ai chirurghi autonomia e dignità professionale, creando il Collegio Chirurgico, distinto da quello dei Medici.

La ventata rivoluzionaria del 1796 travolse assieme alle altre istituzioni anche i Collegi professionali, che andarono poi lentamente ricostituendosi dopo il periodo napoleonico, con il restaurato dominio austro-estense.

Tentativi in tal senso si trovano nel 1815, ad opera di Paolo Ruffini nella sua qualità di Rettore dell'Università, ma la questione restò a lungo in sospeso, per cause che ci sfuggono. Infatti nel 1850 si parla della opportunità di ricostituire il Collegio dei Medici e dai documenti si comprende come fosse intenzione di affidare a questa istituzione la guida di tutte le attività sanitarie del Ducato. Si pensava infatti di attribuire al nuovo organismo varie funzioni: giudizio sull'onestà delle attività dei singoli professionisti; giudizio sui Docenti medici, chirurghi e farmacisti; attività terapeutico-profilattica in caso di epidemie; attività di consulenza a favore di privati; attività di guida e di consiglio per i neo-laureati.

Il Collegio medico, a differenza degli altri collegi professionali, non fu però restaurato nemmeno in quel periodo. Avrebbe tuttavia avuto breve vita, in quanto nel 1859 Francesco V era costretto dagli eventi ad abbandonare per sempre Modena.

Con l'unità d'Italia l'organismo che riunisce i medici cittadini prende il carattere di associazione provinciale nell'ambito dell'organizzazione nazionale.

Pericle Di Pietro



È POSSIBILE IMPARARE DAGLI ERRORI

IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'AZIENDA USL DI MODENA

Il contesto

“La sanità è un affare rischioso” (J.Wilson).

Ogni attività umana porta con sé una dose di rischio. L'attività di una struttura sanitaria, sia essa un ospedale, un ambulatorio o un servizio di assistenza domiciliare, comporta un numero di rischi particolarmente elevato.

La sanità è, d'altra parte, come lo sono ad esempio l'aeronautica o il funzionamento delle centrali nucleari, un ambito in cui la sicurezza è un aspetto determinante. I rischi connessi all'attività sanitaria sono molteplici: rischi per i professionisti e gli operatori, rischi per la struttura e soprattutto rischi per i pazienti.

Nei paesi anglosassoni il tema della sicurezza del paziente è da anni al centro di un forte dibattito politico e scientifico.

Diversi studi pubblicati negli Stati Uniti, in Inghilterra ed in Australia miravano a definire in termini quantitativi il problema del rischio per i pazienti. I preoccupanti risultati emersi hanno dato il via ad imponenti sforzi a livello istituzionale volti al controllo di tale rischio.

Il problema del danno al paziente è un tema emerso negli ultimi anni anche nel nostro paese a seguito di numerosi cambiamenti che si sono verificati e si stanno a tutt'oggi verificando all'interno dei servizi sanitari e nel rapporto tra questi e “l'esterno”. Sicuramente è aumentata la sensibilità tra i professionisti ai temi della qualità delle prestazioni erogate e parallelamente è aumentata la consapevolezza dei cittadini verso ciò che riguarda la propria salute. Questo ha fatto sì che i livelli di qualità di assistenza siano diventati sempre di più oggetto del confronto tra cittadini e organizzazioni sanitarie, ma anche tra il singolo paziente ed il medico, modificando, come ormai noto e ampiamente dibattuto, il modello di relazione “tradizionale”. Questo ha influenzato sia il rapporto medico-paziente che la relazione con le organizzazioni sanitarie che attualmente sono chiamate, e lo saranno sempre di più in futuro, a rispondere in termini di accountability.

A questo si aggiungono spinte provenienti dall'esterno del mondo della sanità, prime fra tutte in tema di sicurezza del paziente quelle provenienti dall'ambito giuridico e dal mondo delle assicurazioni che, senza entrare nei dettagli del problema, configurano sempre più scenari simili a quelli so-

ferti dai colleghi oltre Oceano.

Riteniamo che per affrontare il problema del rischio clinico esistano alcuni passi salienti ed ineludibili.

Il primo aspetto è la necessità di passare da un sistema che gestisce gli eventi sfavorevoli ad un sistema che gestisce i rischi; passare cioè da un sistema esclusivamente reattivo (gestione delle non conformità, gestione delle emergenze, ecc.) ad un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

Il secondo aspetto è rappresentato dalla necessità di un aumento dell'attenzione alla sicurezza dei pazienti a tutti i livelli del sistema. Gli eventi avversi rappresentano sicuramente un problema di qualità delle cure e sono quindi un problema strettamente clinico, ma al contempo riguardano anche i costi sostenuti dalla struttura sanitaria. Alimentano inoltre un problema più generale, ma non meno rilevante, che è quello della perdita di fiducia della popolazione nei confronti del servizio sanitario e della medicina in generale. La sicurezza dei pazienti deve quindi diventare un ambito di interesse per chiunque si occupi di assistenza sanitaria. D'altra parte non si può pensare al tema della gestione del rischio come ad una “moda”: il problema della sicurezza dei pazienti è un problema rilevante in termini numerici, economici, etici. Questo è stato confermato da diversi studi effettuati a livello internazionale e pur non avendo dati epidemiologici certi possiamo presumere, considerando con le dovute cautele il numero delle richieste di risarcimento e i dati pubblicati da associazioni di tutela dei pazienti, che anche nel nostro paese il problema sia tutt'altro che trascurabile.

La gestione del rischio clinico nell'azienda Usl di Modena

Già da diversi anni l'Azienda Usl di Modena si occupa di progetti relativi al miglioramento della sicurezza dei pazienti partendo dalla partecipazione a diverse edizioni della Campagna Ospedale Sicuro promossa dal Tribunale per i Diritti del Malato, fino alla sperimentazione di strumenti di monitoraggio dei rischi. Dal 2001, a seguito di precisi indirizzi strategici aziendali ed in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna, sono state intraprese azioni più strutturate di gestione del rischio clinico.

Attraverso l'esperienza maturata è oggi possibile compiere alcune considerazioni rispetto alle criticità incontrate e ai punti di forza dell'approccio adottato. Innanzi tutto è stato necessario individuare le modalità più idonee a gestire la sicurezza dei pazienti nella realtà aziendale in tutte le sue articolazioni ospedaliere e territoriali. Una prima criticità è rappresentata dal fatto che gli strumenti reperibili in letteratura sono stati progettati ed applicati principalmente a livello internazionale e quindi in contesti culturali, organizzativi e legislativi diversi da quello locale. In secondo luogo le esperienze condotte, e tra queste anche quelle in atto nel nostro paese, riguardano soprattutto la realtà ospedaliera. L'individuazione e lo sviluppo di tali strumenti sono passati attraverso diverse tappe e revisioni condotte sia in ambito aziendale che regionale.

Le azioni di gestione del rischio clinico pianificate si basano sulla visione sistemica dell'errore. Questo approccio prende in considerazione l'errore umano e il contesto in cui esso si verifica dato dalla componente tecnologica e strutturale, ma anche dall'ambiente organizzativo. Questa visione consente di superare gli atteggiamenti, ancora abbastanza diffusi, di biasimo e colpevolizzazione del singolo professionista coinvolto nell'evento ed i timori ad affrontare il tema "errore in medicina".

Allo stesso tempo è possibile prendere in esame tutte le componenti che giocano un ruolo all'interno del sistema organizzativo (strumenti, tecnologie, team di lavoro, decisioni, formazione degli operatori, comunicazione, ecc.) integrando il problema della sicurezza in quello più ampio della qualità dell'assistenza.

Dal 2002 l'Azienda USL di Modena ha inserito tra le proprie linee di indirizzo strategico la Gestione del Rischio Clinico.

In particolare è stata istituita una Commissione con l'obiettivo di promuovere e coordinare attività volte a definire un sistema di gestione del rischio clinico all'interno dell'Azienda.

Tale Commissione, coordinata dal responsabile del Dipartimento di Area Critica, Prof. Giulio Zennaro, è composta prevalentemente da clinici afferenti a servizi ospedalieri e territoriali; prevede inoltre al suo interno il responsabile del Sistema Qualità Aziendale, Dr.ssa Francesca Novaco, il responsabile della medicina legale, Dr.ssa Alessandra De Palma, il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie, Dr.ssa M. Luisa De Luca e quale referente per il Presidio Ospedaliero Provinciale la Dr.ssa Teresa Pesì.

Il primo passo compiuto dalla commissione, sulla

base anche di ciò che è indicato dalla letteratura internazionale, è stato la promozione dell'utilizzo di strumenti di identificazione dei potenziali rischi per i pazienti. Lo strumento scelto è stato quello dell'incident reporting, per diversi motivi. Tra questi sicuramente la motivazione forse più rilevante è stata la possibilità di coinvolgere tutti i professionisti e gli operatori e quindi sensibilizzarli al tema della sicurezza del paziente. Il sistema prevede una segnalazione volontaria da parte degli operatori di ciò "che non ha funzionato" (incident) nella pratica clinica. È evidente come sia necessario creare un ambiente facilitante in cui l'approccio all'errore sia basato sui principi del miglioramento continuo e non della punizione o colpevolizzazione. Ulteriore difficoltà è stata determinata dalla necessità di garantire riservatezza nel trattamento delle informazioni raccolte, per il paziente, per i professionisti e per le strutture segnalanti.

L'esperienza condotta ci ha confermato che la segnalazione spontanea degli eventi è, con i dovuti aggiustamenti, uno strumento applicabile nelle diverse realtà operative aziendali.

Le unità operative che hanno partecipato alla sperimentazione

Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale S. Agostino

Servizio di assistenza domiciliare del Distretto di Modena

Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Carpi

Consultorio Salute Donna del Distretto Di Carpi

Centro di Salute mentale del Distretto di Sassuolo

Centro di Salute mentale del Distretto di Pavullo

Laboratorio dell'Ospedale di Carpi

Laboratorio dell'Ospedale di Mirandola

Una delle principali esigenze a cui è stato necessario rispondere è stata la necessità di dare un supporto ai professionisti sia per mantenere viva l'attenzione che per dissipare dubbi di carattere tecnico (cosa segnalare, come, ecc.) e di carattere medico-legale. È stato inoltre necessario continuare a lavorare per la diffusione della cultura aziendale per la sicurezza. La formazione si è rivelata ancora una volta il principale veicolo per la diffusione di principi e metodologie. In particolare sono stati offerti due tipi di evento formativo: seminari e corsi di addestramento all'uso degli strumenti, corsi di aggiornamento sui principi della gestione del rischio clinico. Complessivamente più di 300 operatori hanno partecipato agli eventi offerti.

Ulteriore risposta al problema dell'esigenza di

diffondere i principi della gestione del rischio a livello aziendale è stata la pubblicazione di una sezione dedicata alla gestione del rischio clinico nell'intranet aziendale che comprende, oltre a sezioni generali sui principi e i metodi della gestione del rischio, consulenza medico-legale on-line, alert sui rischi più diffusi, download di strumenti (schede di segnalazione, schemi Root cause analysis, ecc.). Parte del sito è consultabile anche partendo dal web aziendale (www.ausl.mo.it/risch_clin). Sicuramente l'esperienza in atto ci consente di far comprendere e toccare con mano al singolo operatore la rilevanza del problema della sicurezza del paziente e con questo di iniziare a cambiare il suo

punto di vista sull'errore in medicina. È stato necessario creare un clima di fiducia che facilitasse l'imparare dai propri errori attuando i principi della "learning organization" da più parti invocati a livello internazionale e non solo in ambito sanitario.

Ulteriore sviluppo è stato l'integrazione della gestione del rischio clinico nell'ambito delle strategie complessive di risk management dell'Azienda Usl di Modena, che mirano ad una gestione integrata dei rischi per i pazienti, per gli operatori e per l'organizzazione stessa.

F. Novaco, V. Damco,
A. De Palma, G. Zennaro

IL "TELEFONO PULITO"

Il doping è da alcuni mesi quasi quotidianamente all'ordine del giorno: inchieste, dati ministeriali e scoop giornalistici sul tema appaiono sempre più di frequente sulle prime pagine dei quotidiani nazionali. Il doping costituisce senza dubbio un problema etico-legale, un fenomeno che va arginato grazie all'applicazione di regolamenti, leggi e sanzioni. Non bisogna però dimenticare che il doping rappresenta anche e soprattutto un grave rischio per la salute dell'individuo. Le più recenti statistiche riportano l'aumento in percentuale degli atleti professionisti riscontrati positivi al controllo antidoping. Questi dati non tengono però conto degli sport amatoriali (data l'impossibilità di effettuare controlli in tale ambito) e della quota di atleti e sportivi che più o meno spontaneamente ricercano metodi e prodotti per migliorare la propria prestazione fisica. Il doping coinvolge il mondo dello sport amatoriale forse in misura addirittura maggiore rispetto al mondo dello sport professionistico, esponendo l'atleta a rischi e danni più gravi, per l'ignoranza circa gli effetti di farmaci e sostanze dopanti e per la mancanza di un controllo medico periodico accurato. La scarsa informazione sui rischi per la salute relativi all'uso di metodi e sostanze dopanti e, d'altra parte, la facile reperibilità di prodotti e farmaci, soprattutto attraverso il mercato illegale e la vendita attraverso internet, costituiscono gli ostacoli maggiori alla lotta al doping. Da circa due anni, presso la Struttura Complessa di Tossicologia e Farmacologia Clinica del Policlinico di Modena diretta dal Prof. Alfio Bertolini, è stato attivato - nell'ambito di un Progetto ("Tallone di Achille") co-finanziato dalla Comunità Europea e che coinvolge la Provincia ed il Comune di Modena, l'Azienda

USL, il Policlinico di Modena, l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, il CONI ed altri numerosi partners - un servizio di consulenza, affidato alle Scuole di Specializzazione in Tossicologia Medica e in Farmacologia Clinica, denominato "Telefono Pulito". E' possibile accedere a tale servizio tramite una linea dedicata, con **numero verde 800 170 001** (telefonata gratuita da tutta Italia) per avere informazioni sulle sostanze dopanti o sospette tali, sui loro effetti sulla prestazione sportiva, sugli effetti collaterali e sui rischi relativi al loro uso, sulle interazioni con altri farmaci, sostanze, cibi e bevande. E' possibile avere informazioni anche su integratori e prodotti di erboristeria. La linea è attiva dal 18 marzo 2002 ed è a disposizione degli utenti tutti i giorni dal **lunedì al venerdì dalle ore 12:00 alle ore 14:00**. Le risposte ai quesiti vengono fornite al momento della telefonata, oppure via fax o via e-mail entro 24 ore dalla formulazione della domanda. In linea rispondono i medici della Struttura Complessa di Tossicologia e Farmacologia Clinica della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Modena. E' nostro intento proporre il servizio Telefono Pulito attraverso il bollettino dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Modena a tutti i Colleghi che desiderino approfondire le conoscenze specifiche in materia di farmaci e sostanze dopanti o sospette tali, offrendo la nostra disponibilità a collaborare con chiunque richieda la nostra consulenza. Crediamo che una collaborazione fattiva con i Colleghi della Medicina di base e di Specialità diverse potrà migliorare molto l'efficacia del nostro Servizio.

G. Savino
(responsabile del Servizio Telefono Pulito)

SANPAOLO IMI

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 di 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 tasso** per l'eventuale **estinzione anticipata** del Suo mutuo.

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

TASSO FISSO NOMINALE ANNUO			RATA MENSILE PER 1000 EURO	
DURATA MUTUO	TASSO DOMUS	ASSIDOMUS	DOMUS	ASSIDOMUS
5 anni	3,57%	N.D.	18,22	N.D.
7 anni	4,59%	N.D.	13,94	N.D.
10 anni	5,01%	5,26%	10,61	10,73
12 anni	5,20%	N.D.	9,35	N.D.
15 anni	5,41%	5,66	8,12	8,26
20 anni	5,84%	6,09	7,07	7,22

TASSO VARIABILE ANNUO NOMINALE PRO TEMPORE VIGENTE

DURATA MUTUO	DOMUS	TASSO ATTUALE	ASSIDOMUS 10	TASSO ATTUALE
5 anni	Euribor 3 m. + 0,90%	3,042%	N.D.	N.D.
7 anni	Euribor 3 m. + 0,90%	3,042%	N.D.	N.D.
10 anni	Euribor 3 m. + 0,95%	3,092%	Euribor 3 m. + 1,20%	3,342%
12 anni	Euribor 3 m. + 1,00%	3,142%	N.D.	N.D.
15 anni	Euribor 3 m. + 1,00%	3,142%	Euribor 3 m. + 1,25%	3,392%
20 anni	Euribor 3 m. + 1,10%	3,242%	Euribor 3 m. + 1,35%	3,492%
25 anni	Euribor 3 m. + 1,30%	3,442%	N.D.	N.D.

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

Infatti Lei potrà liberamente scegliere il **tipo di tasso** (fisso, variabile, misto o bilanciato), la **periodicità del pagamento** (da mensile a semestrale), la **durata** (da 5 fino a 30 anni), e persino fra le **diverse opzioni** che il SanPaolo Le offre in esclusiva per poterLe assicurare la possibilità in futuro di "cambiare idea" sul tipo di tasso!

Saremo quindi particolarmente lieti di riceverLa presso la nostra Filiale o, qualora per Lei più conveniente, presso gli altri punti operativi di Modena 1 sito in Via Giardini, di Spilamberto, Formigine, Carpi, Vignola e Sassuolo 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.

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

SANPAOLO IMI SPA
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.

NAS: BOTTA E RISPOSTA

Si è svolto a Modena un incontro dei professionisti operanti nelle strutture residenziali con il Tenente Simonetti, Comandante dei NAS di Parma il quale ha fornito preziosi elementi di informazione per tutti i colleghi. Si ritiene pertanto di contribuire alla massima divulgazione di tali informazioni anche al fine di rispondere ai numerosi quesiti che spesso vengono posti all'attenzione dell'Ordine.

La responsabilità nell'intervento assistenziale

Le residenze per anziani sono strutture intermedie nelle quali operano medici ed infermieri. La loro relativamente recente istituzione ha fatto sì che non sempre sia intuibile il comportamento da tenere in particolari situazioni e quale sia e di chi sia la responsabilità nell'intervento assistenziale. Al fine di avere chiarimenti in merito è stato chiesto al Comandante del Nucleo N.A.S. di Parma, S.Ten. Sabato Simonetti, di incontrarsi con gli operatori sanitari e sociali delle residenze e di rispondere alle loro domande. Queste sono state molteplici, su vari argomenti ed hanno sempre trovato risposta. Di seguito, tra le tante, riportiamo quelle che hanno suscitato le maggiori discussioni dopo la risposta.

Chi sono i NAS?

Sono un Reparto specializzato dell'Arma dei Carabinieri dipendente funzionalmente dal Ministro della Salute, che, con compiti generali di polizia, ha attribuzioni speciali per la "tutela della salute pubblica".

Il Reparto è stato istituito il 15 ottobre 1962. Era presente nelle città di Milano, Padova, Bologna, Roma, Napoli, Palermo, con una forza organica di 1 ufficiale e 40 sottufficiali, i cui compiti consistevano nella vigilanza sulla produzione, sul confezionamento, commercio e vendita degli alimenti e delle bevande per la tutela dei cittadini. Il 1° luglio 1996 il Comando CC Antisofisticazioni e Sanità ha assunto la denominazione di "Comando Carabinieri per la Sanità", funzionalmente dipendente dal Ministro della Salute. L'organico del reparto è stato portato a 1.000 unità: 10 ufficiali, 741 marescialli, 85 brigadieri / vicebrigadieri, 164 appuntati / carabinieri. Ai N.A.S., nel tempo, sono stati conferiti ulteriori poteri di vigilanza e controllo in materia di profilassi internazionale delle malattie infettive e diffuse, sanità marittima, aerea e di frontiera, produzione e vendita di specialità medicinali ad uso umano e veterinario (compresi gli omeopatici), vaccini, sieri, prodotti cosmetici e di erboristeria; produzione di presidi medico-chirurgici, dispositivi medici e diagnostici; igiene, sanità pubblica e polizia veterinaria; produzione e commercio legale delle sostanze stupefacenti per la preparazione di specialità farmaceutiche; produzione ed impiego di prodotti fitosanitari.

Quali sono i settori di intervento e quali le competenze?

I settori d'intervento si riferiscono a: acque e bibite, carni ed allevamenti, conserve alimentari, alimenti destinati ad un'alimentazione particolare, farine, pane e pasta, latte e derivati, prodotti ittici, oli e grassi, salumi ed insaccati, vini ed alcoolici, zuccheri e sostanze sofisticanti, ristorazione, prodotti fitosanitari, mangimi e prodotti zootecnici, farmaceutici e sanità, inquinamenti, stupefacenti e comunità terapeutiche.

Le competenze derivano dal:

- decreto ministeriale 5 novembre 1963: attribuzione della qualifica di ispettore sanitario che autorizza l'effettuazione di accertamenti e ispezioni in qualunque momento in tutti i luoghi in cui vi sia produzione, confezionamento, deposito e vendita di alimenti e bevande;
- decreto ministeriale 17 marzo 1975: attribuisce il potere di verifica in materia di produzione, commercio, vendita e pubblicità di fitofarmaci (antiparassitari per l'agricoltura), prodotti chimici usati in medicina, preparati farmaceutici, galenici, specialità medicinali, presidi medico-chirurgici, emoderivati e prodotti assimilati;
- decreto ministeriale 25 gennaio 1979: attribuisce funzioni di controllo e di vigilanza igienico-sanitaria nelle materie di competenza dello stato, in quelle di igiene, sanità pubblica e polizia veterinaria limitatamente all'adozione di provvedimenti aventi carattere di urgenza e in quelle che richiedano, per la loro rilevanza pluriregionale, nazionale o internazionale, indirizzi unitari ed interventi operativi a tutela dell'interesse nazionale;
- decreto legislativo 30 giugno 1993 n. 266 (riordino del ministero della sanità): attribuisce l'esercizio del potere di alta vigilanza e di repressione delle attività illecite in materia sanitaria.

Come si effettuano i controlli?

Mediante la verifica dell'osservanza delle disposizioni amministrative concernenti l'attivazione delle strutture, l'assunzione del personale, sue qualifiche ed attribuzione, condizioni igienico-sanitarie; che sussistano i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi; che si osservi la corretta conservazione dei medicinali, sia per quanto attiene l'ambiente che la temperatura; che non siano detenuti o comunque somministrati medicinali scaduti o sottoposti a divieto di somministrazione; il tipo e qualità dell'assistenza.

Dopo questa veloce presentazione, veniamo alle domande poste dai colleghi che operano nelle residenze per anziani.

Un ospite viene dimesso in giornata prefestiva dall'ospedale con la necessità di assumere un farmaco stupefacente. E' possibile che tale farmaco gli venga fornito direttamente dalla farmacia dell'Ospedale e che lui stesso lo porti in struttura? In caso affermativo chi è il responsabile del farmaco? Va caricato? Da chi?

Sì, ciò è sicuramente possibile, a prescindere dal fatto che la dimissione avvenga in un giorno prefestivo o meno. Tale possibilità è concessa dall'attuale legislazione al solo scopo di assicurare la continuità terapeutica al paziente dimesso. Infatti vengono forniti dallo stesso Ospedale o dalla Farmacia ospedaliera tutti i farmaci (anche stupefacenti) in fascia "A" e "H" in quantità necessaria e corrispondente alla posologia prescritta dal medico ospedaliero in sede di dimissione, in ossequio alle disposizioni dettate dalla Legge 16/11/2001, n. 405 e alla legge 8 febbraio 2001, n. 12. Ciò indipendentemente se il paziente venga dimesso dalla struttura ospedaliera per essere ospitato in una casa di riposo ovvero per fare ritorno presso la propria abitazione. Lo scopo è quello di evitare i comprensibili disagi al paziente dimesso, il quale diversamente si vedrebbe costretto a ricorrere al proprio medico curante per richiedere il rilascio della ricetta relativa ai farmaci necessari per il prosieguo della terapia già prescritta dai medici ospedalieri ed il conseguente acquisto in farmacia. Inoltre anche perché in tal modo vi è un notevole risparmio da parte del S.S.N. vista la differenza di costo dei farmaci.

Essendo il paziente il destinatario della terapia prescritta, l'unico responsabile della gestione dei farmaci forniti (anche stupefacenti) è il paziente stesso anche se dimesso per una casa di riposo, se ovviamente in condizioni di autosufficienza. Al contrario se il paziente si trovi in una condizione di "non autosufficienza" per la quale gli viene fornita continua assistenza da parte della struttura che lo ospita, la responsabilità della gestione dei medesimi farmaci ricade sul medico responsabile della struttura e/o del personale infermieristico deputato alla specifica attività di controllo e somministrazione. Può anche accadere che il medico che dimette il paziente riporti sulla cartella clinica la

quantità di stupefacente fornito. In tal caso, fino ad esaurimento della sostanza, potrebbe anche essere sufficiente annotare lo scarico della quantità somministrata al paziente da parte del personale infermieristico. In proposito va ricordato che esso deve provvedere -tra l'altro- all'assunzione in carico di tutti gli stupefacenti di cui alle prime quattro Tabelle dell'art. 14 del DPR 309/1990 nell'apposito registro di carico e scarico onde documentare le movimentazioni degli stessi.

Un infermiere professionale dimentica di scaricare un farmaco. L'infermiere professionale del turno successivo può sanare la situazione scaricando al posto del collega? Lascia in bianco il rigo affinché il responsabile della dimenticanza possa completare la registrazione?

Ovviamente non è prevista alcuna dimenticanza nelle operazioni di registrazione delle movimentazioni degli stupefacenti; ne consegue che chi rileva l'omessa annotazione, dopo aver verificato la corrispondenza numerica tra la giacenza contabile e di effettivo carico, provvede alle necessarie registrazioni e aggiornamenti. Resta inteso che tale operazione può essere effettuata entro un lasso di tempo non superiore alle 24 ore.

Cosa si fa con gli stupefacenti scaduti?

Se si tratta di farmaci forniti direttamente dalla farmacia interna all'Ospedale, questi devono essere restituiti alla stessa farmacia per il conseguente smaltimento. Nel caso si tratti di farmaci acquistati presso le normali farmacie, devono essere conferiti al Responsabile del competente Servizio Farmaceutico dell'USL (dopo aver compilato un apposito elenco se in notevole quantità), che provvede al successivo smaltimento. Qualora siano normali farmaci possono essere smaltiti attraverso gli apposti raccoglitori in uso presso le farmacie e, se trattasi di notevoli quantità, è opportuno conferirli al Servizio Farmaceutico competente, previ accordi diretti.

Cosa si fa dei farmaci presi nominalmente al momento del decesso di chi ne faceva uso se nessun altro ospite può utilizzarli?

Preliminarmente va detto che un farmaco apparte-

nente ad un ospite nel frattempo deceduto non può essere (in teoria) assolutamente utilizzato dagli altri ospiti. Ne consegue che, come già detto poc'anzi, deve essere: recapitato alla farmacia dell'ospedale se farmaco ospedaliero, o conferito negli appositi raccoglitori in uso presso le farmacie oppure nei contenitori adibiti allo scopo (per la raccolta differenziata dei rifiuti).

Oltre agli stupefacenti ci sono altri settori o attività delle prestazioni sanitarie che devono oppure, per motivi di opportunità, possono essere registrate in modo specifico?

Anche se non previsto nelle strutture residenziali, potrebbe rendersi necessario documentare, eventualmente, l'attività infermieristica mediante l'utilizzo di un apposito "diario" nel quale annotare cronologicamente tutte le terapie somministrate nell'arco dell'intero turno.

Quali caratteristiche deve avere il mobilio degli ambienti di infermeria per rispondere ai migliori requisiti per la detenzione di farmaci e parafarmaci?

Non vi sono norme che disciplinano l'adozione di particolari mobili degli ambienti di infermeria, in quanto sono ovviamente diversificabili a seconda dell'ambiente ove devono essere collocati. Sul mercato vi sono ditte specializzate che distribuiscono

esclusivamente arredi idonei allo scopo. Tuttavia va necessariamente precisato che ogni mobilio e/o scaffalatura destinato alla conservazione dei farmaci deve essere costituito da materiale facilmente lavabile e sanificabile. Essi dovranno essere dotati di cassetti o scomparti chiusi a chiave per la conservazione di: stupefacenti, veleni e antitumorali.

Gli stessi armadi devono essere posti in locali privi di umidità, soprattutto lontano da fonti di calore e da sorgenti di luce diretta e tenuti perfettamente puliti. Infatti le principali cause di alterazione dei medicinali sono la luce e l'aria; pertanto si rende necessario sempre chiudere bene i contenitori multidue dai quali si prelevano medicinali. Inoltre, per agevolare l'identificazione dei farmaci collocati negli appositi scomparti, è preferibile stoccare gli stessi secondo specifiche categorie terapeutiche (es. antipertensivi, antinfiammatori, antipsicotici, ecc.).

Non avendo a disposizione armadi adatti, dovendo conservare i farmaci in stanze in cui d'estate la temperatura supera i 30 gradi, chi è responsabile della non corretta conservazione e dell'adulterazione del farmaco?

E' bene sottolineare che in Italia non vi sono ancora normative che disciplinano la specifica materia. Neppure l'XI^a edizione della Farmacopea Ufficiale



SAN TOMMASO
day surgery

**POLIAMBULATORIO PRIVATO
CHIRURGIA DAY SURGERY
SALE OPERATORIE
CON DEGENZA IN DAY SURGERY**

Direttore Sanitario Dr. Alvaro Amiucci - Spec. Anestesia

Via Bontempelli 192 - Vignola, Modena

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

Tel. 059.774.491 - Fax 059.774.002

riporta prescrizioni generali per la conservazione dei medicinali. Il Ministero della Salute con circolare nr. 2 datata 13/1/2000 ha dato delle indicazioni di massima riconducibili alle Linee Guida Comunitarie (CPMP/QWP609/96) che prevedono la possibilità di conservare i farmaci ad una temperatura max. di 30° C.. E' ovviamente intuibile che i medicinali si conservano meglio a temperature basse, in particolare sciroppi ed essenze che dovrebbero essere conservate al fresco. Ad ogni modo, in mancanza di specifiche indicazioni, il medicamento deve essere conservato nelle ordinarie condizioni ambientali a temperatura da + 8° a + 30° C. Altre modalità di conservazione sono sempre chiaramente indicate in etichetta. Inoltre, sempre in accordo con tali Linee Guida, il D.M. 6 luglio 1999 ha escluso l'uso dell'espressione: "da conservare a temperatura ambiente", sostituendola con quelle ad es. "non conservare al di sopra di 30° C", "non conservare al di sopra di 25° C", "conservare da 2° C e 8° C", ecc.. Va anche detto che, poiché il numero dei farmaci che riportano in etichetta, come temperatura massima di conservazione, i 25° C è in continua crescita, è auspicabile per le strutture residenziali che conservino tali farmaci in armadi frigoriferi e/o in alternativa in ambiente opportunamente climatizzato che assicurino temperature inferiori a 25° C..

La scorretta gestione della temperatura di conservazione dei prodotti farmaceutici può configurare l'ipotesi di detenzione di medicinali guasti e imperfetti di cui all'art. 443 C.P., imputabile al medico responsabile della struttura nonché al responsabile legale della casa di riposo in concorso.

Come vanno conservate le bombole di ossigeno? Esistono norme di sicurezza o precauzioni?

Nelle case di riposo non vanno conservate bombole di ossigeno se non secondo le specifiche convenzioni stipulate con l'Azienda U.S.L. che provvede alla distribuzione mediante ditte autorizzate o in caso d'emergenza attraverso le normali farmacie. Le bombole eventualmente detenute per le specifiche necessità terapeutiche vanno conservate in zone lontane da fonti di calore dirette e sugli appositi carrelli, avendo cura di rilevare la data di scadenza.

E se si devono conservare in ambienti come quello descritto alla domanda precedente?

Come già precisato nel paragrafo precedente è preferibile conservare le bombole d'ossigeno in ambiente a temperature particolarmente elevate.

La scadenza del farmaco è categorica o si prevede un lasso di tempo in cui può essere utilizzato?

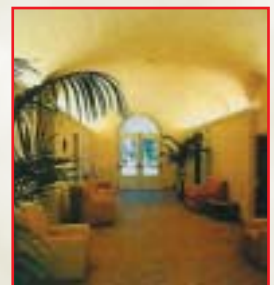
Si definisce stabilità di un farmaco il periodo di



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

tempo durante il quale il farmaco stesso perde non più del 10% della sua attività. Quindi somministrare un farmaco scaduto può esporre il paziente a gravi rischi e comunque significa, nella migliore delle ipotesi, somministrare un farmaco con attività minore di quella richiesta. Ai fini di legge e della costante giurisprudenza, il farmaco scaduto è considerato come guasto o imperfetto e il responsabile è perseguibile penalmente a mente dell'art. 443 C.P.

Chi è responsabile del controllo della scadenza del farmaco nelle Residenze in cui non è prevista la Capo Sala?

Il personale infermieristico all'uopo incaricato della somministrazione delle terapie

Se la Capo Sala è assente, ad esempio per ferie, chi diviene responsabile al suo posto?

Il personale infermieristico all'uopo incaricato della somministrazione delle terapie che si avvicenda nella turnazione.

Quando un ospite arriva dal domicilio e porta farmaci in un contenitore anonimo come ci si comporta? Si possono tenere nel carrello della terapia? Considerando che a volte si tratta di farmaci a pagamento, cosa si può fare per non farli acquistare nuovamente?

Deve essere considerato come farmaco scaduto e di conseguenza procedere come riportato in precedenza; non è assolutamente possibile tenerli promiscuamente ad altri farmaci nel carrello delle terapie; non si può fare nulla, vanno acquistati nuovamente.

Si possono tenere farmaci fuori dalla scatola se sul blister è riportata la data di scadenza?

Non vi è alcuna disposizione al riguardo, anche se è preferibile mantenere il blister nella confezione originale per una maggiore sicurezza nel momento in cui dovesse strapparsi la parte relativa alla data di scadenza ed al nome e dose del farmaco.

Si possono detenere preparati galenici sulla cui confezione non compare alcuna scritta?

Assolutamente no!! Equivale a detenere una sostanza anonima e quindi sospetta.

Cosa si fa dei campioni farmaceutici?

I campioni gratuiti di un medicinale per uso umano, in ossequio alle disposizioni dettate dal Decreto Legislativo 541 del 30 dicembre 1992, possono essere rimessi solo ai medici autorizzati a prescrivere che devono quindi conservarli nei loro armadietti personali. Non possono essere consegnati, dal-

l'informatore farmaceutico, senza una richiesta scritta (del medico), recante data, timbro e firma del destinatario. Gli informatori scientifici possono consegnare a ciascun sanitario due campioni a visita per ogni dosaggio o forma farmaceutica di un medicinale, esclusivamente nei diciotto mesi successivi alla data di prima commercializzazione del prodotto ed entro un limite massimo di dieci campioni annui per ogni dosaggio e forma. Fermo restando ciò, gli informatori scientifici possono inoltre consegnare al medico non più di 5 campioni a visita, entro il limite massimo di 25 campioni annui, scelti nell'ambito del listino aziendale dei medicinali in commercio da più di diciotto mesi; tali limiti non si applicano ai medicinali vendibili al pubblico in farmacia non compresi nel prontuario terapeutico del S.S.N..

E' lecito l'utilizzo del contenitore a 4 scomparti per i farmaci? La terapia quando va preparata: una volta al giorno o al momento della somministrazione?

La terapia va preparata al momento della somministrazione.

Chi è responsabile della conservazione della documentazione sanitaria?

Il direttore amministrativo della struttura o chi ne fa le veci.

Si possono tenere generi alimentari, ad uso al personale, nel frigorifero in cui si conservano i farmaci?

Assolutamente no, potrebbero verificarsi fenomeni di contaminazione batterica, e non solo...

Esiste una procedura di allarme in caso di allontanamento e fuga di un ospite, magari confuso, senza nozione della sua destinazione?

Esistono dei nuovi sistemi d'allarmi che vengono posizionati sull'anziano tecnologicamente avanzati che consentono di evitare che gli anziani inconsapevolmente si allontanino dalla struttura, in quanto all'uscita del complesso ricettivo è installato un dispositivo che segnala la presenza dell'anziano che si accinge ad uscire.

Quali obblighi per il personale in materia di prevenzione delle malattie trasmissibili nel contesto delle residenze per anziani?

Le normali regole dettate da buone norme di igiene.

PITTORI MODENESI DAL 500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI



Francesco Bianchi Ferrari

Nato a Modena nel 1460, ed ivi morto nel 1510. In alcuni documenti viene anche citato come Francesco del Bianco Ferraro e Francesco Fraro, perché figlio del pittore modenese Bianco Ferrari, che nel 1481 eseguì lo stemma del duca Ercole I d'Este sulla torre del comune. Francesco, abile pittore, fu allievo del Tura e seguace di Ercole Roberti e di Andrea Mantegna. Fu il primo maestro del Correggio.

Il suo nome compare già nella cronaca di Tommasino de'Bianchi detto Lancillotto (1474 – 1554), che costituisce una fonte di fondamentale importanza per ogni aspetto della vita modenese fra il '400 ed il '500.

L'attività matura svolta per le Chiese degli ordini cittadini si apre in direzione di un sempre meglio inteso classicismo, nel quale confluiscono echi veneti. Già in precedenza un solo lavoro era stato annotato dal cronista Lancillotto, ma non si era trattato di una pala d'altare né di un importante ciclo di affreschi, bensì in data 25 ottobre 1509, in assenza di Guido Mazzoni, il "sepolcro" di terracotta da lui eseguito, fosse stato "principato de cunzare e dipingere, per le mane del m.o Francesco de Bianco Frare". Un'operazione, si direbbe oggi, di manutenzione. Se la "Crocifissione della Mirandola" segna un risultato di ormai raggiunta maturità ed una data che si può fissare attorno al 1490, essa resta altresì l'unica base dalla quale è a tutt'oggi possibile procedere per ricostruire gli avvisi dell'artista. Pittore di argomenti sacri, con una nutrita produzione di dipinti su tavola, destinati alla devozione privata. Nel 1506, riceve l'incarico di affrescare la sagrestia del Duomo di Modena e di approntare una pala con l'Annunciazione per la Compagnia dell'Annunziata, che, alla sua morte, sarà l'ultima dall'allievo Giovanni Antonio Scacceri. Il 10 febbraio 1510, Lancillotto scrive di lui: "morì M.ro Francesco de Bianco Frare dipintore perfetto e homo dabene".

Ricordiamo alcune sue opere:

"**La Crocifissione con i santi Girolamo e Francesco**", Modena, Galleria Estense, che non ha una provenienza modenese, perché costituì la pala detta "delle tre Croci" della Cappella Pedona in San Francesco a Mirandola, dove rimase fino al 1811, allorché l'ultimo discendente della famiglia, il conte Massimo Scartabelli Pedona, la cedette al proprio cameriere, il quale a sua volta la vendette nel 1818 a Francesco IV.

"**Arione sul delfino**" Oxford, Ashmolean Museum;

"**L'adorazione di pastori**" Munchen, già collezione Drey;

"**Il Crocifisso con la Maddalena e i santi Domenico e Pietro Martire**", Modena, Galleria Estense;

"**L'Annunciazione**", Modena, Galleria Estense;

"**La Madonna col Bambino**", Castelvetro, Modena – Parrocchiale;

"**San Girolamo nel deserto**", Pesaro, collezione privata (in copertina);

"**La Madonna col Bambino in trono**", Padova, Museo Civico;

"**San Geminiano**", Modena, sagrestia del Duomo, di Francesco Bianchi Ferrari e bottega.

Storielle a cura di Roberto Olivi



- Il mio dottore dice che facendo le scale a piedi si guadagnano minuti di vita. Rampa dopo rampa ho guadagnato due settimane, durante le quali pioverà sempre... Dino Basili
- Quando sei stato morso da un serpente fai attenzione anche ad un rotolo di corda. Dalai Lama
- L'umanitarismo come idea politica è un luogo comune, come idea religiosa un equivoco, come idea etica un'illusione. Arthur Schnitzler
- Prendete un circolo, accarezzatelo, diventerà vizioso. Eugene Jonesco
- Se parli con Dio stai pregando. Se Dio parla con te sei uno schizofrenico. Thomas Szasz
- Qual è la differenza fra genio e stupidità? Il genio ha i suoi limiti! Marie Gemelli Carroll

A.N.D.I. Sezione Prov.le di Modena comunica che il giorno 7 febbraio 2004 si sono svolte le elezioni per il rinnovo delle cariche associative provinciali. Di seguito riportiamo la composizione del nuovo Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti:

PRESIDENTE:

1 DOTT.ssa ZAHARIEV MARIA CRISTINA

CONSIGLIERI:

1 DOTT.	ADDAMO	ANTONINO
2 DOTT.	BERTOLDI	GIOVANNI
3 DOTT.	BRUZZESI	GIACOMO
4 DOTT.	FERRARI	LAURO
5 DOTT.	FRACASSINI	FABIO
6 DOTT.	FRESA	MARCO
7 DOTT.	GENNARI	GIAN PAOLO
8 DOTT.	LUCA'	RAFFAELE
9 DOTT.	MALARA	VINCENZO
10 DOTT.	MINCIONE	ELPIDIO
11 DOTT.	MONTOSI	GIAN PAOLO
12 PROF.	PROVVISIONATO	MARIO
13 DOTT.ssa	ROVATTI	LAURA
14 DOTT.	VENNERI	PASQUALE

REVISORI DEI CONTI EFFETTIVI:

1 DOTT.ssa	ASPIRO	ANNA
2 DOTT.	CAZZELLA	FRANCESCO
3 DOTT.	SALVIOLI	PAOLO

REVISORE DEI CONTI SUPPLENTE:

1 DOTT.	ROMAGNOLI	FRANCESCO
---------	-----------	-----------

Il professor Cristiani non è più tra noi.

Del professionista il nostro bollettino ha già parlato, l'uomo ci mancherà.

Con lui si perde un piccolo e significativo pezzo della Modena dello scorso secolo, il ricordo vissuto di una società ormai scomparsa, non migliore o peggiore della attuale, semplicemente scomparsa.

Grazie per averci accompagnato così a lungo.

La salutiamo, professore, con affetto.

*Il Consiglio dell'Ordine dei medici
e degli odontoiatri di Modena*



NOTE TRISTI

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

Alla famiglia e al Dott. Luca Zanni per la scomparsa del padre Dott. Giorgio Zanni.

Alla famiglia e al Dott. Guido Cristiani per la scomparsa del padre Prof. Michelangelo Cristiani.



Le donne intrecciano le culture



Comune di Modena



Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

Si è svolto il 5 e 6 marzo 2004 presso il teatro Storchi di Modena il convegno
“Diamo parole al dolore”
*la percezione del disagio e delle difficoltà nella vita quotidiana
 delle bambine e dei bambini*

Perché “dare parole al dolore”? Se la concezione normale della vita è quella di provare a stare bene al mondo, di realizzarsi, di sperimentare la gioia e di perseguire il benessere, queste dimensioni si conquistano nel corso di un'intera esistenza, anche incontrando il dolore, che è parte importante della realizzazione della vita emotiva di ognuno. Non si tratta del dolore fisico ma della difficoltà di vivere il quotidiano che tocca spesso anche i bambini. Da qui: ansia, paura, stress. Disturbi difficili da comprendere. Il dolore è una dimensione esistenziale che nella vita raggiunge tutti, ma i bambini sono troppo piccoli per prendere su se stessi, consapevolmente, la sofferenza e la difficoltà di vivere. L'infanzia ha troppa poca esperienza di sé e del mondo per affrontare da sola il dolore, per comprenderlo, elaborarlo, accettarlo, dividerlo ed infine farlo diventare parte della propria storia, connotata anche dalla competenza a reggere la sofferenza. Questo convegno era finalizzato alla elaborazione di una dimensione culturale e di una azione educativa da parte delle figure che, in famiglia e nelle istituzioni, sono a contatto con il dolore dei bambini, in particolare le donne. Per questo motivo, questo evento si è inserito in un complesso di iniziative dal titolo “Le donne intrecciano le culture” ed è accomunato ad esso da uno stesso denominatore e cioè che è quasi sempre delle donne – madri, educatrici, insegnanti, infermiere, ecc. – la cura del dolore e delle sofferenze dei bambini. Questo convegno ha trattato il tema del dolore nell'infanzia attraverso discipline diverse – pedagogia, psicologia, filosofia, ecc. – al fine di promuovere un possibile sostegno per coloro che, a vario titolo, si occupano dei bambini per aiutarli ad elaborare percorsi di accettazione positiva/ superamento/ ricomposizione delle loro esperienze di vita.

L. Restuccia Saitta e L. A. Pini

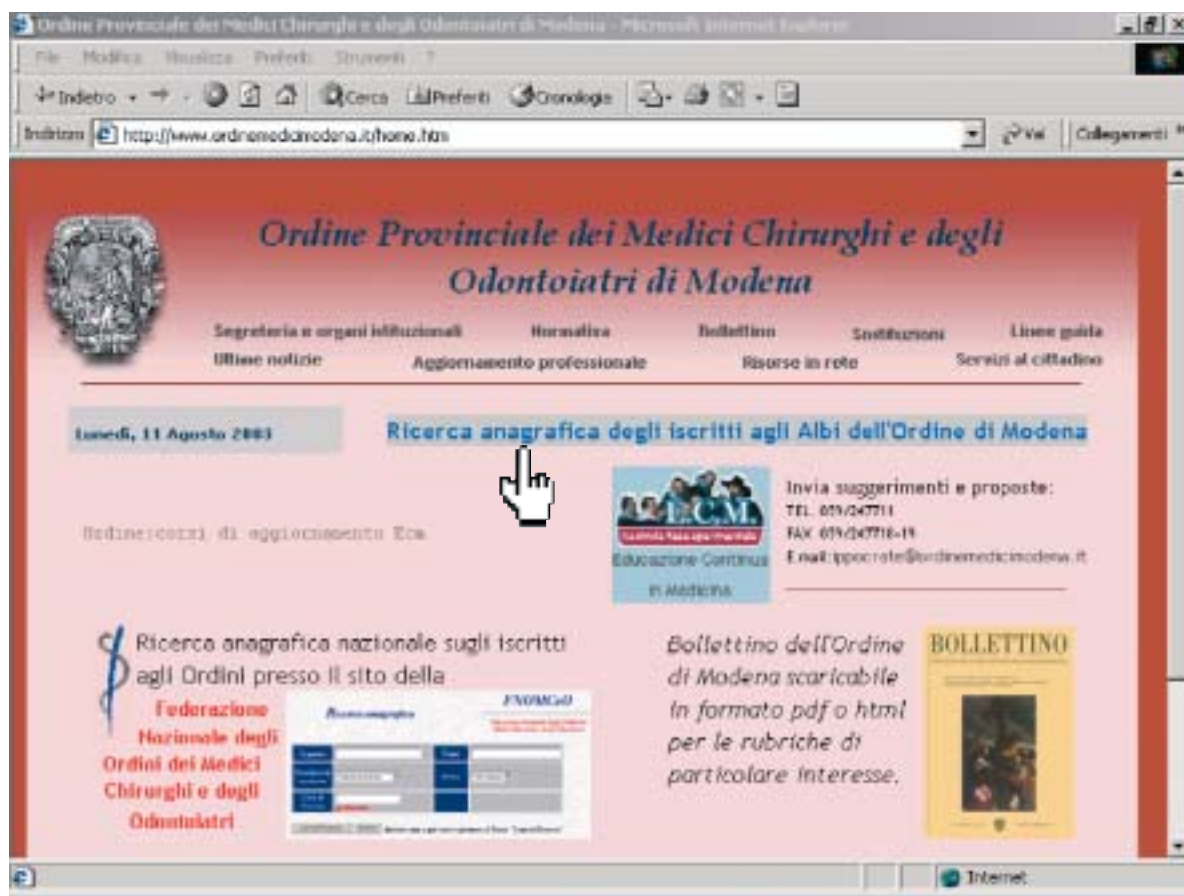
Il Consiglio Direttivo e la Commissione Albo Odontoiatri formulano le più sentite congratulazioni al Dott. Giuseppe De Falco per il prestigioso incarico conferitogli dal Ministero dell'economia e delle finanze, quale componente della Commissione medici di verifica di Modena, per le pensioni di invalidità e di guerra.

Riceviamo in occasione della uscita di ogni Bollettino un certo numero di richieste di pubblicazione di locandine e/o annunci di convegni e incontri. Molti di essi non arrivano alla redazione in tempo utile a rendere efficace la loro pubblicazione e pertanto vengono eliminate. Ricordiamo ancora una volta ai colleghi che il comitato di redazione del Bollettino si riunisce di norma fra la prima e la seconda decade di ogni mese, ma che la diffusione e la spedizione dello stesso avvengono nella seconda metà del mese successivo. Si invitano pertanto tutte le persone interessate a fornire il materiale da pubblicare almeno due mesi prima della data dell'evento. Si rammenta che per quanto attiene ai convegni scientifici non saranno presi in considerazione gli eventi privi dell'accreditamento ECM ottenuto o richiesto. I contributi dovranno essere inviati su supporto magnetico, cioè su dischetto o via e-mail, all'attenzione del comitato di redazione del Bollettino al seguente indirizzo: bollettino@ordinemedimodena.it.

Si rammenta inoltre che non esistono limiti temporali così cogenti per la pubblicazione sul sito web dell'Ordine.

Il comitato di redazione

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



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

Segreteria e organi istituzionali

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

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

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

Normativa

Testi normativi disponibili on line in tema di:

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

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

Bollettino

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

Sostituzioni

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

Linee Guida

Raccolta delle linee guida in ambito sanitario nazionale e locale.

Ultime notizie

Rubrica aggiornata quotidianamente a cura della Segreteria dell'Ordine con notizie, scadenze e comunicazioni di interesse per gli iscritti.

Aggiornamento Professionale

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

Risorse di rete

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

Servizi al cittadino

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

