Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Modena
S. LUCA

ANNO LVIII | n. 6 Novembre-Dicembre 2009 | Pubbl. bimestrale € 1,00 | Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. | Spedizione in abbonamento postale | D.l. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Modena | Direz. e Amm.: Modena, p.le Boschetti, 8 | Tel. 059 24 77 11 | E-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it | www.ordinemedicimodena.it

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

Mass media e responsabilità in Medicina (editoriale)

Formazione pre laurea e specialistica: convengo di Bari (Bianchini)

Il governo della domanda clinica (Borghi – Sala)

Bifosfonati: le raccomandazioni del Ministero della Salute

Forum (Catellani – Mattei)

HIV e pazienti late presenters (Mussini)

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

ISSN 2035-0538

Informazione pubblicitaria

LA SERENITÀ SI COSTRUISCE GIORNO PER GIORNO con MODENASSISTENZA

MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE A CASA E IN STRUTTURE OSPEDALIERE

PER ANZIANI, HANDICAPPATI, MALATI, DISABILI E PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

MODENA - VIALE V. REITER 38 - 059.221122 - CARPI - 059.654688

CONSIGLIO DIRETTIVO
Presidente
Dr. Nicolino D'Autilia
Vice Presidente
Dr. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario
Dr. Stefano Reggiani
Consigliere Tesoriere
Dr. Antonino Addamo
Consiglieri
Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino, Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari Dr. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dr. Pasquale Venneri.
Consiglieri Odontoiatri
Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI
Presidente
Dr. Roberto Olivi Mocenigo
Componenti
Dr. Giovanni Bertoldi
Dr. Marcello Bianchini
Revisore dei conti supplente
Dr. Luigi Bertani

COMMISSIONE ODONTOIATRI
Presidente
Dr. Roberto Gozzi
Segretario
Dr. Mario Caliandro
Componenti
D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato

Direzione e Amministrazione
Modena, p.le Boschetti, 8
Tel. 059/247711 Fax 059/247719
ippocrate@ordinemedicimodena.it
www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile
Dr. Nicolino D'Autilia
Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52
Editore
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena
Comitato di Redazione
Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli, Dr. Marcello Bianchini, Dr. Michele Cinque, Dr. Raffaele Lucà, Dr. Paolo Martone, Dr. Roberto Olivi Mocenigo, Dr. Giovanni Palazzi, Prof. Francesco Rivasi, Dr. Pasquale Venneri

REALIZZAZIONE EDITORIALE
Poligrafico Mucchi
Via Emilia Est, 1525 - Modena
Tel. 059/374096 - Fax 059/281977
Fotocomposizione
Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.
Via G. Dalton, 37 - Modena
Tel. 059/250033 - Fax 059/250175
Grafica
KRHEO GRAPHIC DESIGN
info@krheodesign.it | www.krheodesign.it

EDITORIALE 04
ATTIVITÀ DELL'ORDINE 06
FNOMCEO 09
DISCUTIAMO DI ETICA 13
FORUM 17
DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA 20
DIRITTO E LEGISLAZIONE SANITARIA 23
DI PARTICOLARE INTERESSE 24
NORMATIVA 30
ENPAM 31
PREVIDENZA 35
FLASH 38
TESTIMONIANZE 39
DIALETTO IN PILLOLE 41
ARTE E DINTORNI 43
TACCUINO 44
ULTIME NOTIZIE 46

SOMMARIO

IN COPERTINA: "Ritratto dell'architetto Poletti" - Opera di Narciso Malatesta

Un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi un impegno per i professionisti modenesi.

Il tamtam mediatico è iniziato a fine primavera quando ci si stava approntando a organizzare le agognate ferie. Ogni giorno tv e giornali elargivano a piene mani storie di epidemie in lontani paesi supportate da immagini eloquenti di gente con fazzoletti davanti alla bocca o con mascherine ben sistemate a tutelarsi dall'eventuale contagio. Durante l'estate i servizi giornalistici si sono fatti più serrati e forieri di cattive notizie, compresi i primi decessi. E così si sono sviluppate le prime polemiche su tutto lo scibile umano nel campo delle pandemie, cioè su tutto. Non è mancato chi ha ricordato la SARS e la fine fatta da tutta la campagna organizzata a suo tempo per fronteggiare l'emergenza, si sono rivisti gli spettri della "mucca pazza" con tutto il corredo di supposte similitudini con l'attuale animale interessato, e cioè il maiale, in più occasioni infine è stata evocata

MASS MEDIA E RESPONSABILITÀ IN MEDICINA
UNA STORIA TUTTA ITALIANA: QUELLA DEL VACCINO PER L'INFLUENZA A

la "spagnola" con i dati nefasti a quella correlati.

Mentre imperversava la tempesta mediatica si metteva a punto la macchina da guerra "ufficiale". Il Ministero diramava i suoi primi comunicati, le Regioni recepivano le linee di indirizzo nazionali e le AUSL emettevano le circolari esplicative. Intanto però c'era, e c'è ancora, chi sta cogliendo la ghiotta occasione per utilizzare il panico come mezzo per accrescere le proprie entrate. I venditori di fazzolettini, di mascherine e di disinfettanti per le mani non si contano.

Infine sono giunte le diatribe sul vaccino. Hanno interessato medici e personale sanitario in primis, ma poi è stato l'argomento del giorno sulla bocca di tutti per mesi, tra le altre: "non è stato testato a sufficienza, perché si deve firmare il modulo di consenso, perché mai si devono iniettare i due vaccini contemporaneamente, infine *last but not least*, il vaccino è prodotto in Cina!"

In questo clima di sospetto più o meno fondato si sono susseguite le interviste a illustri scienziati, a politici più o meno preparati, a medici di famiglia e a pediatri che sul campo sta-

N. D'Autilia

vano e stanno tuttora combattendo una delle battaglie più dure degli ultimi anni, quella della relazione con i propri pazienti.

Perché alla fine di tutta questa campagna mediatica, condotta oggettivamente senza particolari background culturali (ma la carenza di una cultura scientifica nei nostri media resta una peculiarità tutta italiana), di fronte allo sconcerto della gente comune che si chiedeva cosa fare, sono rimasti loro, i medici, soprattutto quelli del territorio che sono stati subissati di richieste di informazioni sulla imminente emergenza con l'aggiunta di un consiglio, naturalmente "personalizzato", sulle scelte da farsi in termini di vaccinazione o meno.

E bisogna riconoscere che, mai come in questo frangente, si sono riscoperte le grandi potenzialità del rapporto medico-paziente, visto sia come fondamento di un corretto approccio al tema della salute, sia come valore intrinseco di fiducia basato sulla conoscenza reciproca. La fiducia del cittadino nel professionista di riferimento si è rivelata un momento prezioso di collaborazione per affrontare un'emergenza con gli strumenti individuati come più idonei, dalle semplici misure di prevenzione alle raccomandazioni sugli stili di vita fino al consiglio se vaccinarsi o meno.

Al momento in cui andiamo in stampa non sappiamo ancora se e quanto inciderà la pandemia influenzale A sulla nostra vita di questo inverno. Sappiamo invece fin da ora che la campagna di contrasto ha potuto contare, oltre che sulle misure impostate a livello nazionale e regionale, su un formidabile strumento che è e resta la relazione tra medico e paziente con le reciproche responsabilità di scelta. E scusate se è poco…

Il presidente
Dott. N. D'Autilia

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 31 AGOSTO 2009

Il giorno lunedì 31 agosto 2009 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.
Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri
Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 27.7.2009;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Documento della Commissione di Bioetica sulle D.A.T. (Sala e altri);
5. Istituzione dell'Albo/elenco dei medici periti presso il Tribunale di Modena: proposta di delibera (D'Autilia);
6. Questionario di rilevazione della soddisfazione degli utenti (Lo Monaco);
7. Forum di discussione su rapporto fra medicina pubblica e libero-professionale (Arginelli, D'Autilia, Martone);
8. Linee guida sulla funzione delle farmacie nel SSN;
9. Linee guida funzioni infermieristiche in Pronto Soccorso (Lo Monaco, Bozzoli);
10. Delibere amministrative (Addamo);
11. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
12. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima Iscrizione		*N. iscrizione*
SANSEVERINATI	SABINA	6352
Cancellazione		
GASPARI	ANTONIO	1897
PICCININI	GIANCARLO	2412

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 28 SETTEMBRE 2009

Il giorno lunedì 28 settembre 2009 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.
Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.
Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 31.8.2009;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Seminario FNOMCeO sulla formazione: Bari 18/9/2009 (Bianchini);
5. Albo dei medici periti presso il Tribunale di Modena: proposta di delibera;
6. Linee guida funzioni infermieristiche in Pronto Soccorso (Lo Monaco, Bozzoli);
7. Corso tutor per esami di Stato: 21 novembre 2009 (D'Autilia, Lo Monaco);
8. Pubblicità sanitaria: pareri FNOMCeO e Regione Emilia Romagna (Reggiani);
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
11. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Iscrizioni		*N. iscrizione*
CALLEA	LUCIA	6353
CAPITOLO	SANDRA	6354
IEMMOLO	ROSA MARIA RITA	6355
SEGHEDONI	ANDREA	6356
TIBERI	CHIARA	6357
Cancellazione		
SELEKIDOU	ANASTASSIA	4503

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI | MARTEDÌ 20 OTTOBRE 2009

Il giorno martedì 20 ottobre 2009 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Medici.
Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

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

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MERCOLEDÌ 16 SETTEMBRE 2009

Il giorno mercoledì 16 settembre 2009 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.
Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Caliandro (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvisionato.

1. Approvazione verbale seduta di Commissione del 13.7.2009;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Serate di aggiornamento sui bifosfonati;
4. Eventuali apertura procedimenti disciplinari e valutazione di vicende disciplinari in corso;
5. Opinamento parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.

LAVORI IN CORSO ALLA SEDE DELL'ORDINE

Come hanno potuto constatare i numerosi colleghi che accedono alla nostra sede di P.le Boschetti, 8 a Modena, sono in fase di realizzazione i lavori di ristrutturazione dell'intero stabile. I lavori che riguardano il rifacimento del tetto (già concluso) e delle facciate esterne (in via di ultimazione) prevedono la sostituzione dell'ascensore e il rifacimento del salone di rappresentanza a piano terra, nonché dei locali di accesso e delle scale. La società "Casa del professionista e dell'artista", titolare dei lavori, si sta adoperando per contenere al massimo il disagio dei professionisti che frequentano le sedi degli Ordini professionali, ma è inevitabile che si possano ugualmente creare situazioni di oggettiva difficoltà. Riteniamo peraltro che il risultato finale di una sede prestigiosa e degna di un Ordine professionale possa compensare i disagi che inevitabilmente derivano da qualsiasi lavoro di ristrutturazione.

Il presidente

Il Consiglio dell'Ordine
dei medici chirurghi
e degli odontoiatri di Modena
augura a tutti

Buon Natale e
Felice Anno Nuovo

D.LGS. 106/09: SORVEGLIANZA SANITARIA - TITOLI E REQUISITI DEL MEDICO COMPETENTE E RELATIVI OBBLIGHI

Si ritiene opportuno segnalare che sulla Gazzetta Ufficiale n. 180 del 5 agosto 2009 — Supplemento Ordinario N. 142/L — è stato pubblicato il decreto legislativo n. 106/09 recante "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro".
L'art. 24 del decreto legislativo indicato in oggetto apporta modifiche all'ad. 38 del D.Lgs. 81/08 che reca norme in materia di sorveglianza sanitaria e specificatamente prevede i titoli e i requisiti del medico competente.
Nella fattispecie l'art. 24 dispone che possono svolgere le funzioni di medico competente anche i "sanitari delle Forze armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di finanza" che abbiano svolto l'attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni.
L'art. 13, comma 1, lett. a), del D.Lgs. 106/08 integra l'art. 18, comma 1, lett. g), del D.Lgs. 81/08, prevedendo che spetta al datore di lavoro il compito disporre il medico competente in condizione di svolgere correttamente il proprio ruolo, innanzitutto inviando i lavoratori alla visita medica entro le scadenze previste dal programma di sorveglianza sanitaria.
Infine l'art. 25 del d.Lgs. 106/09 modifica l'art. 40 del D.Lgs. 81/08, disponendo che entro il 31 dicembre 2009, con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza per i rapporti tra Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano definiti, secondo criteri di semplicità e certezza, i contenuti degli allegati 3A e 3B e le modalità di trasmissione delle informazioni per via telematica ai servizi competenti per territorio, relative ai dati aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello 3B.
Si prevede che gli obblighi di redazione e trasmissione di tali dati decorrano dalla data di entrata in vigore del decreto sopracitato.

Il presidente
Dott. Amedeo Bianco

MEDICI COMPETENTI E ECM (DL.VO 81/08)

Come precisato nel D.L.VO 81/08, per lo svolgimento delle funzioni di medico competente dovranno essere conseguiti crediti nella misura non inferiore al 70% del totale nella disciplina "medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro". Tale obbligo è previsto a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del T.U. 81/08, cioè dal 2011 al 2013.

Infatti l'art. 38 comma 3 Titoli e requisiti del medico competente, così recita:
"Per lo svolgimento delle funzioni di medico competente e' altresì necessario partecipare al programma di educazione continua in medicina ai sensi del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, e successive modificazioni e integrazioni, a partire dal programma triennale successivo all'entrata in vigore del presente decreto legislativo. I crediti previsti dal programma triennale dovranno essere conseguiti nella misura non inferiore al 70 per cento del totale nella disciplina «medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro».

FORMAZIONE PRE LAUREA E SPECIALISTICA
INDIVIDUAZIONE FABBISOGNI MEDICI E ODONTOIATRI - BARI, 18 SETTEMBRE 2009

La formazione in Medicina ed Odontoiatria è il fondamento su cui si costituisce la Professione e il raggiungimento di livelli qualitativi sempre più elevati è oggetto di costante e continuo interesse. Gli attori della formazione sono molti e, se da una parte il dialogo è l'unica possibile via di soluzione di problematiche emergenti, è anche raro che questi attori dedichino spazi costruttivi al confronto. L'evento di Bari ha rappresentato il momento perché questo confronto potesse avvenire e, anche se il titolo ha il suono di un impresa titanica, ha riunito tutti gli attori intorno ad un tavolo di lavoro con un impegno preciso.

Lo sforzo voluto dalla FNOMCeO per sviluppare questo lavoro nasce dagli scenari proiettivi di demografia medica, riepilogati dal Dott. Peperoni in apertura, che individuano un preoccupante decremento dei nuovi Medici (- 63.698 nel 2029) che condurrà ad un aumento dell'età media dei professionisti (54 anni nel 2019).

L'individuazione dei fabbisogni è un percorso lungo che passa primariamente dalla determinazione delle criticità legate alla formazione e i relatori che si sono succeduti hanno fatto emergere come esistano problemi ad ogni livello del percorso formativo di Medici e Odontoiatri.

Innanzitutto è oggetto di critica l'esame di ammissione alla Facoltà di Medicina che mostra deficit sia nei contenuti che nelle modalità di espletamento. Il Preside della facoltà di Bari, Prof. Quaranta, ha aperto il congresso ricordando la triste vicenda degli esami di ammissione truccati e gli sforzi che sono stati fatti per contrastare simili problemi. Per quanto riguarda i contenuti della prova il Dott. Casale ha fatto emergere l'incoerenza di un test che pone domande su argomenti oggetto di studi futuri, tralasciando invece la valutazione delle attitudini del candidato alla professione e gli elementi curricolari degli studi secondari. La disparità di difficoltà di accesso alle Facoltà rappresenta un altro dato critico giacché esiste una differenza significativa tra i punteggi medi nelle diverse sedi, riducendo la scelta dell'Ateneo ad un mero ragionamento probabilistico. Inoltre il problema del numero dei candidati non può essere la riflessione numerica diretta delle carenze di professionisti, visto che l'Italia ha uno dei tassi di mortalità universitaria più alti d'Europa (28,6%). Questo argomento fa da ponte ai problemi legati al Corso di Laurea in Medicina

M. Bianchini

dove una migliore valutazione delle attitudini dei candidati ridurrebbe una parte della mortalità universitaria.

Il convegno è proseguito con la discussione relativa alle carenze curricolari del Corso di Medicina e Chirurgia. E' stata infatti individuata l'assenza di corsi legati dalla Deontologia professionale (relegati ad un capitolo della Medicina Legale) e di un corso in Medicina Territoriale. Altre carenze sono legate alla qualità della pratica clinica svolta, che deve essere la materia preponderante degli ultimi anni di corso e deve essere implementata sia per consentire lo sviluppo di conoscenze "sul campo" che per migliorare le doti di comunicazione con il Paziente. Inoltre è stato oggetto di discussione la metodologia di apprendimento e di verifica delle conoscenze che sono attualmente fina-

lizzate solo al superamento dell'esame. Il Prof. Tenore ha presentato un modello di valutazione chiamato Progress Test, sperimentato in diverse Facoltà italiane, tra cui anche Modena, che ha il compito di valutare il progresso delle conoscenze acquisite dallo studente e la rivalutazione delle conoscenze pregresse per testarne la sedimentazione. I risultati della sperimentazione hanno confermato che il Progress Test incentiva una conoscenza stratificata e coerente.
Dalle carenze del Corso di Laurea si è passati alle criticità dell'Esame di stato dove è emersa la totale inutilità del sistema attuale. Il sistema attualmente in uso è considerato fallimentare perché la struttura a quiz incentiva la conoscenza mnemonica di prove già compilate e dunque non verifica le reali conoscenze del candidato; inoltre appare contraddittoria la valutazione da parte dello stesso ente che effettua la preparazione all'Esame (a differenza di tutte le altre Professioni).
L'argomento successivo di discussione ha toccato il grande capitolo delle Specializzazioni, dove sono problemi ormai noti la definizione numerica dei posti e la sua relazione con i reali fabbisogni quanto la qualità della formazione erogata. Il sistema attuale infatti è carente perchè non riflette le reali necessità del Sistema Sanitario.
I relatori Conte, Parisi e Biocca hanno analizzato i problemi legati alla definizione del numero di specialisti su un territorio, ed hanno proposto alcuni modelli di valutazione dei fabbisogni basati sulle proiezioni relative alla popolazione generale ed a quella degli specialisti. In particolare è stato discusso un modello inerente i pediatri di libera scelta sviluppato dal Ministero delle Politiche del Lavoro.
Questi argomenti che rappresentano una delle emergenze verranno affrontati anche nei prossimi incontri sul tema.
Infine è stato dato spazio ai giovani Colleghi studenti in medicina e Medici in formazione specialistica. Questi ultimi in particolare hanno presentato i risultati di un sondaggio che fa emergere le differenze tra le capacità formative dichiarate dalle scuole e la loro reale applicazione.

Per esigenze dei relatori i due interventi relativi all'odontoiatria sono stati posticipati.
Di particolare rilevanza l'intervento del dott. Renzo che ha fatto emergere come la sola formazione di specialisti per l'accesso ai ruoli del SSN è obiettivo riduttivo e minimale rispetto alle finalità che una scuola di specializzazione deve possedere, e propone di aprire un tavolo di confronto permanente tra istituzione ordinistica ed università.
L'impegno del CAO nei confronti dell'ordinamento attuale è di evitare l'autoreferenzialità, titoli di dubbia efficacia, sovrapposizione tra i titoli ed assenza di standard di qualità verificabili.

Per problemi legati alla logistica non ho potuto partecipare alla discussione che vedeva come controparte istituzionale il Dott. Giovanni Leonardi (Dir. Gen. Min. Welfare). Ho comunque seguito le dichiarazioni nei giorni successivi che affermavano la massima disponibilità del Ministero ad istituire tavoli di concerto per trovare rapide soluzioni a queste importanti criticità.

M. Bianchini

PENSARE PER LA PROFESSIONE - Padova 16 ottobre 2009

*"**Pensare per la professione**" questo l'ambizioso titolo di un convegno promosso dalla Federazione nazionale degli Ordini sul tema di una nuova figura di medico preparato ad affrontare le sfide di una Società nella quale si confrontano le problematiche scientifiche con quelle morali e bioetiche.*
Questo il comunicato stampa emesso dalla FNOMCeO.

I cinque principi del "Medico Nuovo"

In un mondo in continua e vorticosa evoluzione, il medico è chiamato a dipanare questioni scientifiche, organizzative, economiche, etiche, persino antropologiche. In che modo? Con quale apparato culturale affronta queste variabili dalle quali dipende il funzionamento del sistema medico e sanitario?

A **Padova,** durante il Convegno "**Pensare per la professione**", medici, bioeticisti, sociologi, filosofi, docenti hanno cercato, tutti insieme, di delineare la fisionomia del "**Medico nuovo**", individuando, uno dopo l'altro, quegli "snodi cruciali" che determinano oggi le scelte in medicina e sanità.

Dopo tre giorni, ecco, nero su bianco, i cinque principi fondamentali che sono emersi dal dibattito:

- Società, Salute e Sanità evolvono in scenari e contesti complessi e adattativi in modo sincrono e correlato e il modello di erogazione delle cure si presenta sempre più integrato e articolato;
- La medicina non può e non deve operare come controparte della sanità, avendo entrambe scopi interdipendenti, interconnessi e circolari;
- In un mondo in cui il ruolo del contesto è sempre più importante, la medicina non può costituire una variabile indipendente, così come non può esserlo il mondo della malattia;
- È matura l'idea che gli scopi della medicina vadano definiti attraverso la coscienza: una coscienza bioetica che dovrebbe imporre limiti alla medicina nel suo contesto sociale e culturale;
- La medicina, cui viene continuamente rimproverato di essere sempre più una disciplina ingegneristico – riparativa, non può disgiungere l'obiettivo di efficienza da quello di efficacia e di equità nella tutela della salute.

"La parola d'ordine è integrazione" sintetizza il vicepresidente della **FNOMCeO**, Maurizio **Benato**, che è anche il presidente dell'**Ordine di Padova**. "Integrazione tra scienza, coscienza e sapienza, tra medicina e sanità, tra autonomia ed esigenze del paziente e scelte del medico, tra nuovi saperi e contesti sociali e culturali. Persino accettazione del rischio di errore come parte del procedimento medico, per una sua gestione e prevenzione concrete".

Quindi, la dichiarazione conclusiva del presidente della Federazione, Amedeo **Bianco**: "Accogliamo tutte le suggestioni di questo importante incontro, per costruire quel 'Medico nuovo' capace di interpretare i grandi cambiamenti della Medicina, della Sanità e della Società, per riproporre, in questo rinnovato contesto, la missione di sempre: la tutela della salute".

Nel prossimo numero del Bollettino un report del Dott. Lo Monaco che ha partecipato ai lavori del Convegno per l'Ordine di Modena.

IL GOVERNO DELLA DOMANDA CLINICA

Prende inizio con questo numero del Bollettino una rubrica dedicata ad argomenti di interesse etico e deontologico. L'idea di riservare uno spazio all'approfondimento di questo particolare ambito, è nata all'interno della Commissione di bioetica dell'Ordine, con l'intento di offrire a tutti i colleghi spunti di riflessione ed approfondimento riguardo tematiche di grande attualità, che vengono percepite da un numero sempre crescente di medici come parte integrante della loro professione e verso i quali essi avvertono la necessità di formazione e di confronto.
Proprio nell'ottica di favorire questi aspetti, si è scelto di dare alla rubrica un taglio squisitamente pratico, che, partendo dalla presentazione di un "caso" tratto dalla esperienza quotidiana, pone a confronto i pareri di due o più esperti della materia. Questa impostazione intende favorire, assieme all'approfondimento e alla conoscenza dei temi, anche e soprattutto il confronto e il dibattito in merito a questioni che non sempre trovano uniformità di giudizio e di posizioni.
Crediamo che questo possa essere un importante servizio e un'occasione di crescita culturale per tutti i colleghi.

Il Comitato di Redazione

IL CASO

1) Una signora scrive a un giornale locale raccontando la sua esperienza.
Qualche tempo prima si era recata presso il PS di uno degli ospedali della nostra città, presso il quale era stata semplicemente visitata dal medico e poi dimessa con la diagnosi di un disturbo funzionale. Dopo qualche giorno, non soddisfatta delle risposte che le erano state date, si era recata presso il PS dell'altro ospedale, ove, anziché una semplice visita, gli erano stati praticati tutti gli esami strumentali possibili, con il risultato finale di approdare alla stessa diagnosi di disturbo funzionale. A commento della vicenda, la signora lodava lo zelo e lo scrupolo del secondo PS, mentre biasimava la superficialità del primo (che aveva il torto di essere arrivato alla stessa diagnosi del secondo a costo zero e senza gravare sulle liste di attesa).

2) Una signora presenta un esposto all'Ordine dei Medici per una presunta violazione deontologica da parte di un sanitario. Il medico, neonatologo, sulla base di una iniziale valutazione clinica e strumentale aveva ravvisato nel neonato figlio della signora la possibile presenza di anomalie suggestive di danno cerebrale, predisponendo un preciso calendario di controlli clinici e strumentali da effettuarsi nei mesi\anni successivi. Alla fine i timori vennero smentiti in quanto non vi furono nello sviluppo del neonato anomalie di sorta, ma la signora prese la decisione di denunciare il medico per quella sorta di "procurato allarme" che le aveva ingenerato ansie e timori.

COMMENTO (F. Sala)

I due casi presentati ripropongono, da estremi diametralmente opposti, un tema fondamentale per la moderna medicina: di "governo della domanda clinica", vale a dire della risposta che le istituzioni sanitarie possono dare alle richieste sempre più esigenti dei cittadini in tema di salute, si dibatte da tempo e a tutti gli operatori sanitari risultano chiare l'estrema difficoltà e complessità del problema.
La principale criticità, ben evidenziata nel racconto dei casi, risiede indubbiamente nella diversa percezione del bisogno, della sua riconoscibilità e infine della sua ammissibilità e legittimazione che ritroviamo nei diversi livelli considerati: troviamo così differenti analisi e conseguenti ricadute operative a seconda che lo stesso episodio sia collocato sul piano del paziente piuttosto che su quello del medico o dell'amministratore, dal momento che appare del tutto evidente che ciò che è stato adeguato per l'uno non lo è stato per l'altro e viceversa.
Io credo allora che sia opportuno dire che ogni persona che si accosta con un qualsiasi problema al mondo sanitario, rappresenta un bisogno e porta con sé delle aspettative che si è costruito nel tempo e sulle quali investe una parte importante di sé e delle sue energie: aspettative che sono state legittimate e rafforzate da tutta una serie di principi che si

sono via via affermati e che vanno dal concetto della onnipotenza della scienza, al principio della medicina centrata sul paziente, dal diritto alla salute,al concetto di salute intesa come totale benessere psicofisico della persona.

Si tratta naturalmente di principi del tutto giusti e condivisibili, ma che, vissuti e portati esclusivamente sul piano del diritto individuale, rischiano di avere sul piano sociale e collettivo una ricaduta di portata straordinaria che finisce poi per tradursi nella sostanziale ingovernabilità della domanda. E si rischia anche di trasformare la medicina in una sorta di triangolo impersonale in cui abbiamo da una parte un diritto da garantire (il paziente), dall'altra un tecnico che è capace di fare certe cose (il medico), dall'altra ancora un amministratore che paga in nome di tutta la collettività.

Si tratta in fondo di uno schema forse efficiente, ma del tutto impersonale, incapace di dare rilievo agli attori delle scelte, e che soprattutto rischia di non costruire una medicina giusta, fatta di persone che interagiscono tra loro e insieme collaborano per la risoluzione dei problemi.

Il problema di fondo allora resta quello di come conciliare tutta una serie di aspettative individuali con le reali possibilità operative di un sistema sanitario, che ha certo grandi limiti strutturali e organizzativi, che ha a disposizione risorse non illimitate, ma che credo si possa dire abbia fatto negli ultimi decenni grandi passi avanti nella qualità e quantità delle proprie capacità operative e che ha comunque a disposizione un grande patrimonio di risorse tecniche ed umane.

Io credo che la riflessione ci debba condurre ad individuare e a fare leva su alcuni cardini, che davvero possano costituire una base comune e condivisa di valori.

Il primo punto che mi preme rimarcare è il recupero del rapporto medico paziente nella pienezza dei suoi valori e in tutta la sua straordinaria fecondità. Questa dimensione, che è stata a volte trascurata e sottovalutata soprattutto nel momento in cui sembrava prevalere il concetto di una medicina fondata esclusivamente sulla scienza e sulla tecnologia, va oggi sempre più rivalutandosi e si va riprendendo consapevolezza che soltanto una medicina scientificamente avanzata e validata ma soprattutto "umanizzata" da un vero rapporto tra persone è in grado di dare una risposta positiva e globale ai bisogni.

Naturalmente mi riferisco ad un rapporto medico-paziente che non può estrinsecarsi e risolversi su un piano formale, ma si svolge su un piano ben altrimenti profondo e coinvolgente, perché mette in gioco dei valori che sono i valori fondanti della persona, vale a dire il rispetto per l'altro e per la volontà che è in grado di esprimere, la capacità e la disponibilità all'ascolto, l'apertura alla comunicazione che presuppone informazione, condivisione, pazienza, capacità di proporre e di accettare: ovviamente da parte di entrambi.

Io credo che questo sia un grande valore su cui fare leva e al tempo stesso una grande risorsa che può consentire di indirizzare e per certi versi governare l'oceano della domanda clinica, nella misura in cui ci propone una figura di medico credibile perché capace di avvicinarsi alle persone.

Ed in questo contesto potremo capire il senso e la grande forza di frasi come "..il mio medico mi ha detto…"che svelano un universo comunicativo e di autorevole familiarità sul quale è necessario puntare con grande convinzione.

Il secondo punto è la preoccupazione per il bene sostanziale della persona e la tensione a conseguirlo, al di fuori di ogni pressione e condizionamento, economici o ideologici, e contro ogni strumentalizzazione. Non ci si deve infatti mai dimenticare che la medicina ha come termine ultimo di riferimento la persona umana in difficoltà, e tutto deve essere funzionale a garantire a questa il miglior livello di aiuto possibile.

Il terzo punto è il senso della giustizia che deve sempre animare ed ispirare, come una colonna sonora, ogni atto medico: e qui giustizia vuole dire garantire a tutti le stesse opportunità e la stessa possibilità di essere curati nel modo migliore e più efficace possibile, ma vuole anche dire avere in mente in ogni momento il bene della persona, ma anche il bene e l'interesse della collettività che rivendica una corretta amministrazione delle risorse e una loro giusta destinazione secondo criteri precisi di equità, ragionevolezza ed evidenza scientifica.

F. Sala

COMMENTO (A. Borghi)

I due casi, dichiaratamente estremi, presentati a supporto di riflessioni sul governo della domanda clinica, hanno il pregio di apparirci ormai comuni, quindi assolutamente reali (e non solo realistici), ricordandoci insieme che il panorama sanitario é davvero cambiato. Esiste, in quella parte del mondo che può permetterselo, una "domanda clinica", talora opportuna, talaltra foriera di disagi, ambiguità e potenziali inappropriatezze; ma esiste anche una "proposta di salute" (da parte delle istituzioni sanitarie, o di ogni singolo medico che le rappresenta) il cui razionale non é sempre chiaro e che si dispiega con timidezza crescente, incalzata dalla disarmonia progettuale, dall'anarchia della ricerca clinica e di quella organizzativa, dall'insostenibilità presunta dei costi e infine, inevitabilmente, da una sempre minor autorevolezza degli stakeolders (comprendendo in tale categoria, beninteso, anche gli utenti che rischiano di non avere gli strumenti per agire con successo il loro ruolo naturale).

Nonostante la nostra realtà civile esprima un livello sanitario più che buono (con ottimi indicatori di salute complessiva), emergono più spesso che in passato segni di difficoltà anche del nostro sistema sanitario, legati alla scarsa implementazione dei sistemi di verifica e miglioramento della qualità delle prestazioni, all'insufficienza e disomogeneità di applicazione di utilità informatiche alla pratica clinica e alle rilevazioni epidemiologiche, al rimodellamento dell'organizzazione sanitaria troppo spesso basata sulla flessibilità nell'utilizzo del personale sanitario e sempre più raramente sulle loro conoscenze professionali.

In buona sostanza la medicina, affermatasi nel secolo precedente come dispensatrice di precetti scientifici (e farmaci, comportamenti di valore preventivo, "verità salutistiche" evidenti a tutti), idonei per il miglioramento della salute di tutti gli strati della popolazione, si trova ora ad affrontare, insieme, difficoltà tecnico-scientifiche immaginabilmente più elevate e, ciò che non era atteso, gli effetti delle difficoltà economiche e socio-culturali. Il cittadino-utente avverte forse delle "disarmonie" e, afflitto da attese asimmetriche in rapporto all'ideale realizzarsi di un'equità distributiva delle prestazioni sanitarie, inserisce un cuneo nell'organizzazione del sistema. Il problema dell'inadeguatezza del singolo cittadino-utente, o di gruppi di cittadini, di fronte al difficile esercizio di valutazione sulla quantità ottimale di servizi disponibili, e più ancora sulla loro qualità, resta sostanzialmente irrisolto e vi sono dimostrazioni autorevoli, fatte proprie anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che avvalorano la crescita culturale e del livello di istruzione come unica risposta efficace. Ma poiché noi ci troviamo esattamente, e ora, di fronte ai problemi reali, occorre una riflessione che riguardi specificamente il ruolo medico da un punto di vista professionale, senza dimenticare che il medico é anche cittadino (e che la sua responsabilità, in tale ambito, é caso mai accresciuta dalla sua competenza ed esperienza professionale).

A partire dal contesto sopra delineato, esistono a mio avviso tre ordini di problemi su cui riflettere (tracciando, per la necessaria brevità, solo schemi riflessivi, meritevoli di approfondimento):

- il buon governo del razionamento delle prestazioni sanitarie;
- la qualità della prestazione sanitaria;
- la professionalità e l'autonomia dei medici.

In ordine al primo punto, si può osservare che la definizione "razionamento" in sanità é pressoché scomparsa dalla lista dei termini più utilizzati per descrivere il tentativo di limitare, razionalizzandole, le prestazioni sanitarie in continua crescita (oggi si parla di "priority setting" oppure di "compiere scelte", oppure, più genericamente, di "allocare risorse"), ma il concetto di razionamento descrive più chiaramente l'impianto anche teorico di cui oggi disponiamo (e che possiamo rintracciare soprattutto nella letteratura scientifica dagli anni '90), sviluppatosi dalla cruda consapevolezza che i sistemi sanitari universalistici non possono sopravvivere senza decisioni (spesso assunte in condizioni di incertezza, sia per i costi reali che per la loro efficacia prevedibile a breve e medio termine) che consentano l'equilibrio tra budget assegnato e costo delle prestazioni. Tutti

conosciamo la tremenda quantità di meccanismi, anche molto sofisticati, a volte tratti da serie ricerche sul campo, che sono stati proposti per "governare" il rapporto costi/prestazioni in sanità. Ogni Stato ha cercato di affrontare il problema del razionamento con misure diverse, che risentono della storia, della cultura e anche di sensibilità etiche prevalenti (esclusioni dal rimborso di liste di farmaci, di prestazioni, implementazione di linee guida etc.), ma il punto critico rimane identico in tutte le esperienze conosciute: come si fa ad evitare, per quanto possibile, che il singolo medico debba compiere "in solitudine" "scelte di razionamento"? Credo sia questo il terreno di confronto sul problema del razionamento in sanità e spero che sia da noi largamente condiviso che meritano ogni sostegno i progetti che si propongono prevenire la "solitudine decisionale" del medico in un cruciale campo d'azione.

Per quanto attiene alla qualità delle prestazioni sanitarie (tralasciando ogni cenno relativo a quali siano i più efficaci metodi per il miglioramento della qualità nell'assistenza sanitaria e perché permane un'oggettiva difficoltà ad adottarli), occorre porre molta attenzione ai suoi rapporti con gli effetti delle misure di razionamento: possiamo avere fiducia che tutte le misure di razionamento non influiscano sulla qualità delle cure ("livello al quale i servizi sanitari vengono offerti agli individui e alle popolazioni, aumentando le probabilità di conseguire i risultati auspicati conformemente con le attuali cognizioni professionali", Istitute of Medicine 1990)? Sappiamo bene, per contro, che é pericolosa anche l'ipotesi contraria, ovvero che la mancanza di un intelligente razionamento delle prestazioni può favorire l'inappropriatezza e l'over treatment. In ogni caso, é legittimo il dubbio che l'approfondimento delle conseguenze sulla qualità delle cure sia insufficiente proprio quando alcune decisioni di razionalizzazione sono urgenti, ed é probabile che tale limite venga percepito e generi insicurezza sia nel personale sanitario che nei cittadini-utenti.

Nell'era delle specializzazioni e delle eccellenze, aumenta proporzionalmente il rischio che professionalità anche davvero eccellenti siano costrette ad operare ai margini dell'appropriatezza (per la mancanza di percorsi clinici efficaci ed efficienti, per limiti organizzativi della più varia specie, per scelte di allocazione delle risorse non ben programmate, per l'essere - il professionista sanitario - lasciato solo a gestire scelte di razionamento non condivise e fatte da altri). Ovviamente fino qui quella parte di analisi che andrebbe riservata all'esistenza di un'inappropriatezza "colpevole" o "inescusabile", sempre possibile nei sistemi complessi che prevedono molti attori, ma sicuramente marginale. Ma perché allora il medico ha comportamenti professionali tanto difformi, così da far pensare di essere talvolta superficiale e talaltra eccessivamente meticoloso o addirittura "ostaggio" delle richieste del paziente? *Why are doctors so unhappy*? Nel famoso editoriale sul BMJ del 2001 Richard Smith ipotizzava una via d'uscita basata sulla riscrittura del contratto tra medico e paziente: medici più espliciti e onesti nell'ammettere i loro limiti e pazienti più comprensivi. Certo é una strada. Ma possiamo dire che sia l'unica strada? A mio parere la complessità dei problemi che abbiamo di fronte, medici e cittadini, esige che il corpo medico sostituisca la dimensione professionale individuale con quella di "comunità scientifica medica", intesa come lo spazio che contiene l'ampia categoria del sapere e del metodo clinico, dagli studi di medicina fino alle professionalità esperte, dalla medicina biostatistica alla medicina di comunità, dalla medicina narrativa ai più complessi concetti di etica scientifica: non può più bastare la singola professionalità, quantunque eccellente, per rispondere a quesiti sempre nuovi e che abbracciano ormai temi scientifici così ampi. Il lavoro medico "funziona" se vi é la garanzia di un continuo trasferimento e produzione di sapere ed esperienze: diversamente dalle "società scientifiche", le comunità scientifiche mediche sono l'assemblaggio naturale di territorio, abitanti, docenti, studenti, medici, pazienti, ed altro ancora, al fine di insegnare la medicina e curare i malati. E' evidente che si tratta di una costruzione paziente, che richiede qualche rinuncia, ma non si vedono alternative praticabili, se non ulteriori solitudini decisionali e maggiori infelicità.

A. Borghi

L'editoriale del Presidente sul numero estivo del nostro bollettino " ***Un medico consapevole per un paziente tutelato in ambito pubblico e privato****" ha determinato le condizioni per lo sviluppo di un dibattito tra gli addetti ai lavori che prosegue anche in questo numero del bollettino.*

Caro Presidente,
nello scorso bollettino con il tuo fondo hai gettato un sasso e cercato di suscitare una discussione molto importante su alcuni temi fondamentali del nostro lavoro.
Provo quindi a riprendere alcuni argomenti.
Credo che il senso globale della riflessione che fai sia: se le parole d'ordine di tutti questi anni sono state e sono: fare RETE, SAPERE CONDIVISO e USO APPROPRIATO DELLE RISORSE, nel rispetto dell'etica collegiale e soprattutto nel rispetto del paziente, come mai è così difficile raggiungere questi obiettivi e ci troviamo ancora, dopo tanti anni, di fronte all'eterno conflitto fra colleghi: che cosa è utile, che cosa è necessario, che cosa è indispensabile e che cosa invece è inutile e spesso dannoso?
Vorrei premettere che il dibattito NON attiene all'IDEOLOGIA.
Chi come me e come tanti altri colleghi si è trovato improvvisamente dall'altra parte (e da medico è divenuto paziente) ha compreso come sia difficile per il malato e la sua famiglia orientarsi fra pareri discordi, terapie contrastanti. E ha capito, da paziente, come sia importante che il medico sia chiaro e che condivida con gli altri le sue decisioni.
Qui stiamo parlando di DEONTOLOGIA e di ETICA PROFESSIONALE: di rispetto per i colleghi e di rispetto per i pazienti.
Usare in modo appropriato le risorse (economiche, tecnologiche, umane) non significa fare meno per costare meno, significa pensare, riflettere sul singolo caso, ascoltare, farsi delle domande e cercare le risposte più adeguate.
Molto spesso le risposte più adeguate non sono le batterie di esami, non è la quantità di esami che rendono il medico più bravo e molto spesso le "tovagliate" di prescrizioni non risolvono i problemi e non guariscono più in fretta.
Non ci si può più porre davanti alle scelte terapeutiche dichiarando con enfasi e retorica "i conti non mi interessano" e "la salute non ha prezzo".
Come se ignorassimo che decine di persone in lista di attesa per esami inutili, richiesti spesso per abitudine o per dimostrare di fare qualcosa di più, allungano i tempi e allontanano la diagnosi di persone per le quali quegli esami sono indispensabili.
I costi per la collettività sono anche costi per le famiglie e per il singolo paziente .
Così come spesso di fronte a banali patologie, vediamo prescritte batterie di esami, che oltre al costo ingenerano patofobie che durano una vita, o come quando di fronte al rimando di controlli reiterati il povero MMG o PLS fatica a comprendere se dietro queste richieste esista un sospetto diagnostico serio o semplicemente l'abitudine o la necessità di riempire l'ambulatorio (pubblico o privato che sia).
Credo che i tempi passati, di ricchezza "percepita", più che ricchezza reale ci abbiano abituato ad essere prodighi di risorse e abbiamo scambiato spesso l'abbondanza con il benessere: e questo anche in sanità.
Veramente siamo convinti che sia etico prescrivere esami costosi, spesso espletati in modi di insufficiente appropriatezza, prescrivere farmaci inutili e costosi a persone che faticano ad arrivare alla fine del mese, o a carico di un sistema di cui usufruiamo tutti e che arranca nel deficit?
La formazione del medico dovrebbe prevedere anche l'eticità di non prescrivere inutilmente: ad esempio (parlo come pediatra) inorridisco quando vedo "prescrizioni" di bagno schiuma e creme per 100 € a chi guadagna 800 € al mese.
Ci si dovrebbe interrogare sull'utilità di prescrivere due mucolitici per il raffreddore e il solito cortisone per aerosol per il mal di gola.
Forse dovremmo imparare che la nostra professionalità non dipende dalla numerosità, dalla inutilità o peggio dalla originalità delle nostre prescrizioni.
Al giovane medico in formazione (sbattuto in prima linea nei PS) dovrebbe essere insegnato che prescrivere i farmaci senza spiegare nulla al paziente peggiora la qualità della cura, fa aumentare i costi e anche i ricorsi impropri.
Dedicare tempo infatti fa risparmiare: e questo dovremmo farlo capire a chi pensa ancora che il governo della Sanità sia uguale al governo della Fabbrica.
Ho spesso l'impressione, infatti, che in questi anni l'insegnamento di medicina abbia trascurato una cosa molto importante: il paziente.
E venga sempre meno insegnato a visitare, osservare, ascoltare.
Caro Presidente, per ora concludo qui: volevo anch'io lanciare un sasso nello stagno, ma ho paura di aver scatenato una sassaiola, …non volevo.
Ma l'ho fatto con le migliori intenzioni …. credimi

M. G. Catellani

UNA RIFLESSIONE SUL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

"Il medico e il paziente, la malattia e la cura. Un binomio mai sciolto, che continua ad inquietarci. Chiedendo alla medicina di farsi sempre promessa di salvezza. E al medico di non smettere di credere in se stesso, nella propria professione e, quando c'è, nella propria fede."

Ignazio Marino[1]

1. L'importanza delle emozioni

La prima cosa che si insegna ad un futuro medico è come fare un'anamnesi corretta e completa; la seconda, come condurre un esame obiettivo accurato. Poi vengono le patologie, le diagnostiche… Tuttavia, il primo giorno che indossi un camice nessuno ti parla di emozioni, nessuno ti dice che ne proverai (e tante) e che dovrai imparare a gestirle, o quantomeno, ad accettarle. Emozioni che entrano inevitabilmente in gioco nel rapporto Medico-Paziente, e che spesso fanno paura in quanto si presentano inattese ad incrinare quell'aspetto razionale e scientifico che vogliamo a tutti i costi racchiudere nel nostro camice; emozioni che ricordano al Medico che è innanzitutto un uomo, con le sue fragilità. Forse è proprio questo il punto di partenza per capire chi ci sta di fronte, per creare un'alleanza con chi ci chiede aiuto: accettare le proprie paure e fragilità per avvicinarsi e tentare di capire quelle del Paziente.

Le emozioni positive e negative che nascono nel contesto clinico, da pericolose trappole per l'agire medico impassibile possono diventare invece valide alleate nel momento in cui mettono in discussione l'eccessiva certezza nelle nostre capacità e ci ricordano che siamo tutt'altro che infallibili; diventano quindi uno stimolo a non accontentarsi mai e ad approfondire quanto più possibile le proprie competenze. Questo concetto è ben espresso dalle parole di Ignazio Marino: "Se vuoi essere un buon chirurgo devi avere un po' di paura. Ho sempre tenuto presente questo prezioso insegnamento che il mio professore mi ripeteva ogni volta che tendevo a sottovalutare un intervento che avevo già eseguito in precedenza e per questo mi sembrava facile. E' la stessa frase che ripeto oggi ai giovani che si specializzano nella mia divisione di chirurgia dei trapianti, quando mi sembrano troppo sicuri di sé. Ho paura di chi non ha paura. I dubbi e i timori sono pregi per un medico, (…) perché inducono a tenere alta l'attenzione e a prendere sul serio ogni dettaglio."[2]

2. La Persona prima di tutto

E' solo dopo aver preso coscienza della propria umanità che il medico può tentare di avvicinarsi a quella del Paziente che ha di fronte, anche se spesso la paura di lasciarsi coinvolgere prevale; così si fugge dalla relazione concentrandosi sugli aspetti tecnici dell'agire medico che, in quanto tali, sono più rassicuranti. Tuttavia, il passo successivo a quanto descritto in precedenza non dovrebbe essere questo; prima del Paziente come portatore di malattia bisognerebbe mettere a fuoco il Paziente come Persona. Franco Basaglia sottolineava, a proposito del rapportarsi con il Paziente schizofrenico, come fosse "necessario avvicinarsi a lui mettendo fra parentesi la malattia", cioè con un atto che è "messa tra parentesi della definizione e dell'etichettamento."[3] Ora, pur tenendo presente il contesto storico-sociale e nosologico in cui fu fatta questa affermazione, credo che si possa leggere in essa un concetto generale valido per tutta la Medicina; cioè che la prima cosa che un medico dovrebbe pensare davanti a un Paziente non è: io sono il dottore e tu l'ammalato, bensì: io sono una persona *come te*.

[1] Ignazio Marino, *Credere e curare*, Torino 2005

[2] Ignazio Marino, op. cit.

[3] Franco Basaglia (a cura di), *L'istituzione negata*, Torino 1968

3. Valore terapeutico del rapporto Medico-Paziente

Gettate queste premesse è possibile instaurare un rapporto Medico-Paziente che possa pienamente mirare al raggiungimento dei propri obiettivi: la tutela della salute della persona (in quanto valore fondamentale sancito dalla Costituzione[4]), la guarigione o, se questa non è possibile, la cura. L'aspetto tecnico dell'arte medica deve dunque seguire il momento di sintonizzazione sul piano umano, non precederlo come spesso avviene nella quotidianità. In questo modo il rapporto Medico-Paziente diventa una vera e propria relazione, il che non è solo corollario della buona educazione o del profondo senso di umanità che dovrebbe animare ognuno di noi, ma rappresenta piuttosto il primo momento della cura; è già di per sé cura. Non a caso "si parla in psicologia medica di relazione terapeutica a proposito del rapporto Medico-Paziente"[5], quasi a sottolineare il significato curativo implicito in quest'atto. Ma la relazione terapeutica è, per la maggior parte dei medici, solo il primo passo, seguito poi dalle indagini che portano alla formulazione di una diagnosi e quindi di una terapia farmacologica. La visione tradizionale è quella del medico che, dall'alto delle sue conoscenze, prescrive una medicina al malato, che si deve limitare ad assumerla secondo la volontà altrui. Tutto questo è implicito nel concetto di compliance che ci esprime il grado di cedevolezza del malato nei confronti della terapia. Ma da quanto precedentemente esposto emerge che questa visione della terapia come imposizione dall'alto non può funzionare; è necessario passare dal concetto di compliance a quello di concordance, dalla terapia come "imposizione" alla terapia come "patto di fiducia", espressione di quell'alleanza terapeutica che è il significato ultimo del rapporto Medico-Paziente[6]; ciò può avvenire "solo a patto che si rompano il potere e la distanza fra chi dà e chi riceve e che si possa cercare insieme la via, al di fuori dei vecchi schemi."[7]

4. Prospettive per il futuro

In un mondo pieno di contraddizioni[8] e in rapido divenire quale è il nostro, in cui ogni certezza è sgretolata e le ere durano una manciata di anni, la riflessione sul rapporto tra Paziente e Medico pone a quest'ultimo una nuova sfida e, al contempo, una grande possibilità: quella di passare dalla "medicina basata sulle evidenze" alla "medicina basata sulla persona", condizione necessaria per fondare un nuovo umanesimo del quale il medico può essere fautore e portavoce, e che, contrastando l'idea dilagante di un'umanità come mezzo per lo sviluppo bulimico e autoreferenziale della tecnica e dell'economia, torni a dare alla Persona valore in quanto "fine in sè".

G. Mattei[9]

[4] Cfr. art. 32 della Costituzione Italiana

[5] Umberto Galimberti, *Dizionario di Psicologia*, Torino 1994

[6] devo questi concetti al prof. Giovanni Guaraldi, Infettivologo del Policlinico di Modena.

[7] Franca Ongaro Basaglia, nota introduttiva a *L'istituzone negata*, Torino 1968

[8] mi riferisco ad esempio al processo di globalizzazione, a come è stato condotto e come si può rapportare con la crisi economica in atto.

[9] Giorgio Mattei Studente presso la facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Questa rubrica si propone di commentare brevemente articoli tratti dalle più importanti riviste internazionali che abbiano una ricaduta importante nella pratica clinica

A cura di G. Abbati e M. Bianchini

Late Presenters in an HIV Surveillance System in Italy During the Period 1992–2006

Vanni Borghi, MD, Enrico Girardi, MD,† Stefania Bellelli, Dstat,† Claudio Angeletti, Dstat,† Cristina Mussini, MD,* Kholoud Porter, MD,‡ and Roberto Esposito, MD**

Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome 2008;49:282-286.

L'articolo pubblicato dal nostro gruppo nel 2008 evidenzia i risultati ottenuti mediante l'Osservatorio Epidemiologico Provinciale di Modena (1). Ricordo come in Italia non esista ancora un sistema di sorveglianza nazionale per quanto riguarda l'infezione da HIV ed i dati in nostro possesso derivano da 3 province, tra le quali Modena, e da 3 regioni. L'articolo si concentra sulle nuove diagnosi d'infezione da HIV effettuate nella provincia di Modena tra il 1992 e il 2006 ponendo particolare attenzione ai cosiddetti pazienti late presenters, cioè coloro che arrivano all'attenzione del medico specialista o già sintomatici o comunque con una conta di linfociti CD4<200 cellule/mL. Quello che appare evidente dallo studio e che sembra caratterizzare tutte le casistiche, è il fatto che attualmente un percentuale di pazienti stimabile in un terzo si presenti all'attenzione dell'infettivologo con una conta dei linfociti T CD4+ <200 cellule/uL e che circa la metà di tali pazienti sia in uno stato conclamato di malattia.

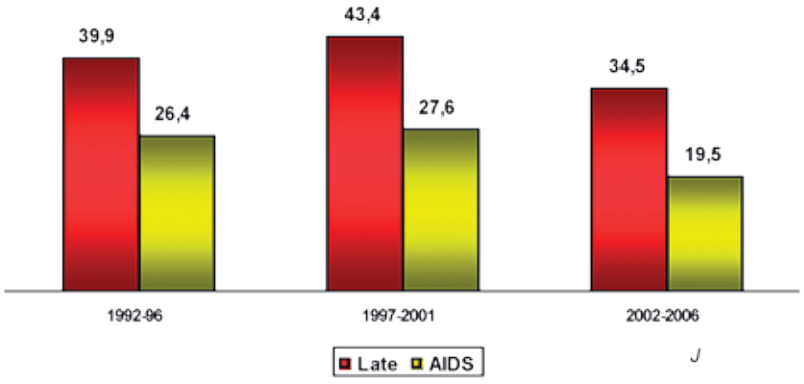


Fig 1: Percentuale di Late presenters (CD4< 200 cellule/uL) e di AIDS presenters (con diagnosi di infezioni opportunistiche o comunque di malattia conclamata) tra le nuove diagnosi di infezione da HIV nella provincia di Modena nel periodo 1992-2006.

Il lavoro andava poi ad analizzare le caratteristiche epidemiologiche di questi pazienti, cioè quali soggetti sono a maggior rischio di presentazione tardiva evidenziando come tali soggetti siano significativamente più anziani, eterosessuali e provenienti da paesi stranieri.

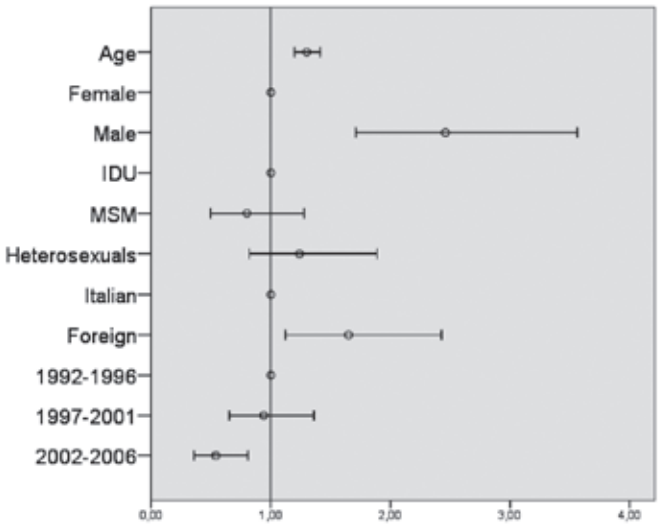


Figura 2: Fattori associati ad un maggior rischio di avere una presentazione tardiva al momento della diagnosi d'infezione da HIV.

Se per quanto riguarda i soggetti italiani eterosessuali e più anziani si può parlare di un accesso tardivo al test legato ad una ridotta percezione del rischio, le motivazioni che allontanano dal test i soggetti stranieri sono da ascriversi spesso allo stigma che l'infezione da HIV comporta ancora nelle loro comunità. La presentazione tardiva non è certamente priva di rischi anche nell'epoca della terapia antiretrovirale altamente efficace, poiché rappresenta un problema clinico per il soggetto stesso. Infatti, specialmente se l'infezione è in uno stadio conclamato, sussiste tuttora la possibilità di un esito infausto, soprattutto se in presenza di multiple infezioni opportunistiche. Uno studio multicentrico internazionale coordinato dal nostro centro, ha infatti evidenziato come tra 760 pazienti AIDS presenter la mortalità fosse del 16% e i soggetti a maggior rischio fossero quelli più anziani, con una viremia plasmatica più elevata, un più basso valore della conta dei linfociti T CD4+ ed una trasmissione non sessuale di HIV (2). Inoltre, se da una parte è ormai chiaro come in epoca HAART la conta dei linfociti T CD4+ continui a salire lentamente fino a quasi completa normalizzazione in presenza di una carica virale plasmatici soppressa (3), è altresì vero che i pazienti che iniziano la terapia antiretrovirale con un basso valore di linfociti T CD4+ presentano un'immunoricostituzione molto più lenta (4). All'inizio, l'epidemia da HIV nel nostro paese era dominata come fattore di rischio dalla tossicodipendenza per via endovenosa. La presenza di programmi specifici per i tossicodipendenti facilitava indubbiamente l'accesso al test. Infatti, tali soggetti potevano essere testati per HIV sia durante i frequenti ricoveri ospedalieri sia qualora accedessero a programmi di disintossicazione. Inoltre, la prevalenza della sieropositività per HIV in tale gruppo di soggetti era talmente elevata da aumentare la percezione stessa

del rischio d'infezione. Nel corso degli anni l'epidemiologia è andata modificandosi fino a giungere a quella attuale di malattia sessualmente trasmessa. A questo proposito bisogna fare una distinzione tra la percezione del rischio dei soggetti omosessuali, popolazione pesantemente colpita da questa malattia fino dagli esordi, e quella dei soggetti eterosessuali, che percepiscono se stessi come "normali" e quindi non a rischio. E' solamente considerando la diversa percezione del rischio tra i soggetti appartenenti alle varie categorie che ci si può spiegare la presentazione tardiva. Questi aspetti clinici legati alla prognosi a breve e a lungo termine dei soggetti con presentazione tardiva rappresentano tuttavia una componente forse minoritaria del problema che risulta essere prevalentemente di salute pubblica. Infatti, questi soggetti che ignorano di essere infetti per molti anni rappresentano un continuo serbatoio d'infezione. Tuttavia, questi anni di malattia misconosciuta possono non essere del tutto silenti, cioè vi possono essere sintomi minori quali lo zoster, la candidosi orale o la piastrinopenia che potrebbero attirare l'attenzione almeno del medico curante e di altri specialisti. Infatti, un ruolo fondamentale nella diagnosi più precoce potrebbe essere ricoperto dai medici di medicina generale che potrebbero inserire il test per l'infezione da HIV tra gli esami di routine almeno nei soggetti da loro percepiti come a rischio, se non tra tutti i soggetti almeno periodicamente.

C. Mussini

Referenze

1. Borghi V, Girardi E, Bellelli S, et al. Late presenters in an HIV surveillance system in Italy durino the period 1992-2006. J Acquir Immune Defic Syndr 2008;49:282-286.
2. Mussini C, Manzardo C, Johnson M, et al. Patients presentino with AIDS in the HAART era: a collaborative cohort analysis. AIDS 2008;22:2461-2469.
3. Mocroft A, Phillips AN, Gatell J, et al. Normalization of CD4 counts in patients with HIV-1 infection and maximum virological suppression who are taking combination antiretroviral therapy: an observational cohort study. Lancet 2007;370:407-413.
4. Kaufmann GR, Furrer H, Ledergerber B, et al. Characteristics, determinants, and clinical relevance of CD4 T cell recovery to <500 cells/uL in HIV type-1 infected individuals receiving potent antiretroviral therapy. Clin Infect Dis 2005;41:361-72.

CORTE DI CASSAZIONE - PENALE
OSTRUZIONE PER RICHIESTA DI ORDINI IN FORMA SCRITTA

La Corte di Cassazione ha confermato la sentenza di condanna del medico (cardiologo ospedaliero) che, contravvenendo agli ordini del Direttore del Reparto, si rifiutava di provvedere all'espletamento del servizio di accompagnamento di pazienti presso il presidio sanitario ove avrebbero dovuto essere sottoposti ad esame specialistico. La Suprema Corte ha ritenuto legittima la ricostruzione dei giudici di merito quali avevano ravvisato gli elementi integrativi del reato previsto dall'art. 328 codice penale, il quale punisce il comportamento del pubblico ufficiale e dell'incaricato di un pubblico servizio che indebitamente rifiuti un atto del suo ufficio dovuto, tra l'altro, per ragioni di sanità, allorché questo debba essere compiuto senza ritardo. La rilevata indilazionabilità delle prestazioni richieste privava il medico di ogni discrezionalità tecnica in ordine alla legittimità delle disposizioni verbali emanate nei suoi confronti dal primario. Pertanto, la pretesa di ricevere dal dirigente una ulteriore specificazione scritta dei suoi obblighi costituiva espressione di un intenzionale e deliberato comportamento ostruzionistico, tale da integrare un rifiuto penalmente rilevante. (Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net)

Informazione pubblicitaria

BIFOSFONATI: LE RACCOMANDAZIONI DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Pubblichiamo il testo integrale della raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella-mandibola da bifosfonati. La tematica è particolarmente interessante ed attuale.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA
UFFICIO III

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELL'OSTEONECROSI DELLA MASCELLA/MANDIBOLA DA BIFOSFONATI

I bifosfonati possono essere causa di osteonecrosi a carico della mascella/mandibola

L'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati è una patologia ancora in fase di approfondimento. I dati riportati dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale indicano un incremento dei casi nell'ultimo decennio. E' necessario, pertanto, adottare tutte le misure idonee per prevenire e minimizzare tale effetto indesiderato. La presente Raccomandazione, rivolta a tutti gli operatori sanitari, si pone come supporto alla corretta gestione dei pazienti che necessitano di cure odontoiatriche e che hanno assunto, stanno assumendo o dovranno assumere bifosfonati in ambito oncologico.

Raccomandazione n. 10, settembre 2009

INDICE

1. Premessa 25
2. Obiettivo 26
3. Ambiti di applicazione 27
4 Azioni 27
   4.1. Pazienti che non hanno ancora iniziato il trattamento con bifosfonati 27
   4.2. Pazienti che hanno già iniziato la terapia con bifosfonati ma non presentano sintomi 27
   4.3. Pazienti sintomatici in corso di trattamento con bifosfonati 27
5. Informazione e formazione 28
6. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale 28
7. Aggiornamento della Raccomandazione 28
8. Suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia della Raccomandazione 28
9. Riferimenti bibliografici 28

1. Premessa

I bifosfonati sono farmaci che presentano un'alta affinità per le ossa, di cui hanno la capacità di modulare il turnover e ridurre il rimodellamento in corso di riassorbimento; essi tendono, tuttavia, a depositarsi nel tessuto osseo, dove possono determinare alterazioni persistenti anche dopo l'interruzione della terapia con un effetto prolungato. Il loro meccanismo d'azione si basa sulla capacità di inibire il riassorbimento osseo mediato dagli osteoclasti.

I bifosfonati vengono utilizzati come terapia di riferimento per diverse patologie metaboliche ed oncologiche coinvolgenti l'apparato scheletrico, dalle metastasi ossee all'ipercalcemia neoplastica, dal morbo di Paget all'osteogenesi imperfetta ed anche alle varie forme di osteoporosi (post - menopausale, maschile e da corticosteroidi). Gli effetti positivi derivanti dall'uso di questi farmaci sono evidenti, come la prevenzione di ulteriori danni ossei, la diminuzione del dolore e, quindi, della necessità di antidolorifici e la riduzione di fratture patologiche, nonché la riduzione della necessità di eseguire trattamenti radioterapici su segmenti scheletrici ed il trattamento delle ipercalcemie maligne. Nel trattamento delle patologie scheletriche benigne, come l'osteoporosi e il morbo di Paget, i bifosfonati vengono utilizzati prevalentemente in formulazioni orali con dosaggi bassi e protratti; in ambito oncologico, per il trattamento delle metastasi ossee, essendo necessarie dosi molto più elevate di farmaco, si ricorre quasi esclusivamente alla somministrazione endovenosa piuttosto ravvicinata nel tempo. In oncologia, quindi, si raggiungono in breve tempo elevate concentrazioni scheletriche. L'aderenza alla terapia nella pratica clinica, inoltre, è più elevata nel paziente oncologico rispetto a quella del paziente con osteoporosi. Attualmente, proprio la dose cumulativa del farmaco sembra essere l'elemento più attendibile per definire il rischio di effetti indesiderati anche particolarmente gravi, come l'osteonecrosi della mascella/mandibola, associato all'uso dei bifosfonati.

I bifosfonati possono causare vari effetti indesiderati come reazioni gastro-intestinali, ulcerazioni delle mucose, anemia, dispnea, astenia e sintomi simil-influenzali. In alcuni pazienti, essi possono provocare lesioni ossee del mascellare e/o della mandibola associate a segni locali e sintomi di diverso tipo e gravità, come ulcerazione della mucosa orale che riveste l'osso, esposizione dell'osso nel cavo orale, dolore ai denti e/o alle ossa mandibolari/mascellari, tumefazione o infiammazione, intorpidimento o sensazione di "mandibola pesante", aumento della mobilità dentale, perdita dei denti.

L'osteonecrosi della mascella/mandibola: quadro clinico e dati epidemiologici

L'osteonecrosi della mascella/mandibola (di seguito ONM) è una patologia infettiva e necro-

tizzante a carattere progressivo con scarsa tendenza alla guarigione, descritta solo recentemente in associazione alla terapia con bifosfonati. Attualmente, l'esatto meccanismo che porta all'induzione della ONM non è noto e non è ancora definito il quadro completo dei fattori di rischio che possono determinare tale lesione. Riguardo l'uso dei bifosfonati, la letteratura internazionale riporta, come fattori patogenetici primari per l'insorgenza dell'ONM, l'alterata capacità di rimodellamento osseo e riparazione indotta da questi farmaci nonché l'ipovascolarizzazione ad essi associata. La concomitante chirurgia dento - alveolare e le patologie del cavo orale, inoltre, rappresentano importanti fattori di rischio. Non tutti gli episodi di ONM vengono diagnosticati allo stesso stadio di gravità. L'ONM può rimanere asintomatica per settimane o addirittura mesi e viene generalmente identificata clinicamente in seguito alla comparsa di osso esposto nel cavo orale. Le lesioni possono diventare sintomatiche con parestesie, dolore, disfagia e alitosi in presenza di lesioni secondarie, infezione o nel caso di trauma ai tessuti molli adiacenti o opposti causato dalla superficie irregolare dell'osso esposto o da protesi dentali incongrue. La fase conclamata si manifesta come una ulcerazione eritematosa cronica della mucosa orale, con affioramento di osso necrotico sottostante, spesso con presenza di essudato purulento, con possibile sanguinamento spontaneo o provocato e con tendenza all'estensione verso le regioni contigue. Le caratteristiche cliniche dell'ONM nei pazienti con osteoporosi sembrano diverse da quelle dei pazienti neoplastici, con quadri meno gravi, clinicamente meno impegnativi e con elevata percentuale di guarigione riportate nella letteratura più recente. Dal 2003 ad oggi sono stati riportati in letteratura circa 1000 casi di ONM associata prevalentemente al trattamento con aminobifosfonati in pazienti oncologici. Sebbene il numero dei casi riportati aumenti progressivamente, la reale prevalenza ed incidenza della patologia non è chiara anche a causa della non uniforme definizione della ONM e della incompleta descrizione dei casi. Negli ultimi anni anche nel nostro Paese si sono moltiplicate le segnalazioni spontanee di osteonecrosi da bifosfonati. La European Medicines Agency (EMEA) ha adottato alcuni provvedimenti regolatori consistenti nella modifica del *Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto dei farmaci* (RCP) a base di bifosfonati somministrati per via parenterale e per via orale con l'inserimento di informazioni sul rischio di osteonecrosi.

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha emanato una determinazione di modifica degli stampati delle specialità suddette (Gazzetta Ufficiale n. 267 del 16 novembre 2006), dalla quale sono esclusi l'acido zoledronico, pamidronico e ibandronico in quanto per essi la modifica del riassunto delle caratteristiche del prodotto è stata effettuata direttamente dall'EMEA.

L'osteonecrosi secondaria all'uso dei bifosfonati: impatto sulla qualità di vita

I pazienti con osteonecrosi secondaria all'uso dei bifosfonati presentano una sintomatologia dolorosa assai intensa, generalmente resistente alle comuni terapie con farmaci antalgici, con conseguente notevole difficoltà nell'alimentazione e spesso anche nella fonazione; in alcuni casi, i pazienti avvertono la sensazione di "mandibola pesante" e presentano parestesie cutanee, trisma e fistole. All'osservazione si apprezza un focolaio osteomielitico, singolo o multiplo, che tende ad ampliarsi nelle sedi circostanti creando un'area sempre più vasta di necrosi ossea. A causa del dolore, l'igiene orale è resa più difficoltosa e, pertanto, sono più facili le sovrainfezioni con il conseguente aggravamento della sintomatologia e la comparsa di alitosi, tumefazioni, ascessi che solo parzialmente beneficiano della terapia antibiotica e tendono a cronicizzare. Le lesioni sono prevalentemente a carico dell'osso mandibolare, risultando il mascellare meno frequentemente interessato. La qualità della vita dei pazienti affetti è gravemente peggiorata e compromessa: in alcuni casi si deve ricorrere alla emimandibolectomia con importanti sequele invalidanti. L'impatto della prevenzione nel ridurre significativamente l'incidenza di ONM nei pazienti oncologici trattati con bifosfonati è stata recentemente dimostrata in diversi studi dimostrando l'importanza sia della visita odontoiatrica di routine prima di iniziare la terapia, sia dei controlli periodici durante la terapia stessa.

2. Obiettivo

Obiettivo della presente Racco-

mandazione è fornire indicazioni in ambito oncologico per la corretta gestione dei pazienti che devono iniziare o hanno già iniziato il trattamento con bifosfonati, specialmente quelli sottoposti a terapia per via endovenosa e che devono sottoporsi a manovre chirurgiche odontoiatriche.

3. Ambiti di applicazione

A CHI - La Raccomandazione è rivolta a:
- tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura dei pazienti sottoposti o che si sottoporranno a terapia con bifosfonati, in particolare a medici di medicina generale e specialisti, infermieri, farmacisti, igienisti dentali;
- tutti gli odontoiatri.

DOVE - La Raccomandazione si applica in tutte le strutture sanitarie pubbliche e private in cui vengono assistiti pazienti che hanno assunto, stanno assumendo o dovranno assumere bifosfonati.

PER CHI - La Raccomandazione riguarda tutti i pazienti oncologici che hanno assunto, stanno assumendo o dovranno assumere bifosfonati e che hanno bisogno di ricevere cure odontoiatriche.

4. Azioni

Le Aziende sanitarie devono elaborare una procedura/protocollo per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola in ambito oncologico, che preveda tre diverse modalità di intervento.

4.1. Pazienti che non hanno ancora iniziato il trattamento con bifosfonati

Prima di iniziare il trattamento con bifosfonati, i pazienti, adeguatamente informati, devono effettuare una visita odontoiatrica per la valutazione della salute orale, per l'impostazione di un adeguato programma di prevenzione e l'eventuale trattamento di patologie locali; a tal fine, il medico specialista (ad esempio, l'oncologo, l'endocrinologo, l'ortopedico) e/o il medico di medicina generale, indirizzano tutti gli assistiti che devono iniziare la terapia farmacologica ad una visita odontoiatrica. L'odontoiatra prende in carico il paziente ed, in accordo con il medico specialista, identifica il trattamento terapeutico di cui necessita: se il paziente deve subire interventi chirurgici endorali, è opportuno che la terapia con bifosfonati venga posticipata di almeno un mese e, comunque, fino al completo ristabilimento della continuità della mucosa gengivale sovrastante la breccia chirurgica; sono comunque sconsigliati interventi di implantologia orale; è necessario, inoltre, rendere meno traumatici i manufatti protesici rimovibili. L'odontoiatra informa e sensibilizza il paziente nei confronti della problematica, anche attraverso materiale illustrativo ed istruzioni per la segnalazione precoce di qualsiasi segno clinico o sintomo (dolore, gonfiore); il professionista provvede, inoltre, ad un programma di follow up clinico e radiografico periodico.

4.2. Pazienti che hanno già iniziato la terapia con bifosfonati ma non presentano sintomi

Nei pazienti asintomatici che assumono bifosfonati, il medico specialista o il medico di medicina generale non dovrebbero far sospendere tale terapia, ma indirizzare il paziente dall'odontoiatra, che effettuerà una attenta valutazione clinica evidenziando e trattando i problemi di salute orale e diagnosticando tempestivamente lo sviluppo di eventuali lesioni ossee o mucose . Egli potrà ricorrere a metodiche non invasive, prevedendo un monitoraggio con frequenti controlli. Nel caso di interventi chirurgici orali indispensabili per il trattamento dell'infezione e del dolore, l'odontoiatra (I) valuta, in accordo con il medico specialista, il possibile rischio di osteonecrosi, (II) adotta protocolli di trattamento specifici (III) utilizza tecniche che minimizzino il trauma locale ai tessuti (IV) effettua un monitoraggio postoperatorio frequente.

Anche in questo caso, saranno fondamentali il mantenimento di livelli ottimali di igiene orale, l'informazione e la sensibilizzazione del paziente.

4.3. Pazienti sintomatici in corso di trattamento con bifosfonati

Il medico specialista e il medico di medicina generale devono

inviare all'odontoiatra il paziente che presenta segni clinici o sintomi riconducibili all'insorgenza di ONM, considerato anche il possibile instaurarsi subdolo ed aspecifico della patologia. L'odontoiatra effettuerà una valutazione dettagliata della situazione, provvederà ad alleviare la sintomatologia dolorosa con terapie mirate e non invasive, imposterà una eventuale terapia antibiotica ed un programma di controlli frequenti per seguire l'evoluzione della lesione nonché per raggiungere e mantenere un adeguato livello di salute orale e provvederà ad eventuali indispensabili interventi chirurgici. La sospensione della terapia dovrebbe essere decisa in collaborazione tra il medico specialista e l'odontoiatra, valutando attentamente, per ogni singolo paziente, i rischi e i possibili vantaggi derivanti da una eventuale sospensione della terapia con bifosfonati.

5. Informazione e formazione

L'opera di informazione, formazione e di aggiornamento svolta dalle Aziende sanitarie, dagli Ordini e Collegi professionali, dalle Associazioni di categoria e dalle Società scientifiche riguardo la problematica specifica è di fondamentale importanza.

6. Implementazione della Raccomandazione a livello aziendale

Le Direzioni aziendali e tutte le Strutture sanitarie pubbliche e private sono invitate all'implementazione della Raccomandazione ovvero a predisporre una loro procedura/protocollo per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola in pazienti oncologici che necessitano di terapia con bifosfonati.

7. Aggiornamento della Raccomandazione

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

8. Suggerimenti per il miglioramento dell'efficacia della Raccomandazione

Al fine di migliorare la Raccomandazione nella pratica clinica, le Strutture sanitarie sono invitate a fornire suggerimenti e commenti rispondendo alle domande del questionario accluso.

Bibliografia disponibile sul sito www.ordinemedicimodena.it

Informazione pubblicitaria

POLIGRAFICO MUCCHI S.R.L.

41122 MODENA - Via Emilia Est, 1525
Tel. 059.374096 - Fax 059.281977
e-mail: poligraficomucchi@datas.it
www.poligraficomucchi.it

Con i migliori auguri di Buon Natale e felice Anno Nuovo

La Segreteria dell'Ordine
informa che gli uffici rimarranno chiusi

dal 24 al 31 dicembre 2009

Informazione pubblicitaria

INA Assitalia

Agenzia Generale di Modena

Gentile Associato
all'Ordine dei Medici di Modena

20 Ottobre 2009
PLB/fc

Oggetto: **ACCORDO QUADRO CON INA ASSITALIA MODENA 059-3684011**

Gentile Associato,

il Consiglio dell'Ordine ha apprezzato ed approvato la proposta di Accordo Quadro presentata dall'Agenzia Generale INA Assitalia di Modena per gli Associati tutti.

Tale **Accordo Quadro** va oltre la semplice convenzione: è stato pensato, strutturato e realizzato per abbracciare le molteplici esigenze di tutti i Medici iscritti, in tutte le **soluzioni assicurative (Infortuni, Casa, Auto, Malattia...), previdenziali (Previdenza Integrativa) e di risparmio - queste ultime attuate attraverso prodotti genericamente definiti "vita" - caratterizzati da capitali garantiti o rendimenti minimi garantiti - per un impiego chiaro ed etico del risparmio.**

All'occorrenza c'è la possibilità di scegliere consapevolmente prodotti dal maggior rendimento potenziale e rischiosità.

Per tali fini è stato studiato un automatismo che genera tariffe scontate estremamente vantaggiose per i Medici modenesi.

Tale servizio è stato centralizzato al numero 059-3684011 con il coordinamento **della D.ssa Saviola Sala (339-2263791) insieme alla D.ssa Valentina Martinelli (339/6010083, la D.ssa Sara Caselli (339/6295850)), la D.ssa Silvia Cappelli (347/2218490) ed il Signor Luca Cremaschi (348/3233224).**

Avremo modo di contattarLa per illustrarLe la convenienza dell'accordo, sia in termini normativi che economici.

Nel frattempo, per qualsiasi esigenza, La preghiamo di non esitare a richiedere la nostra assistenza.

Con i migliori saluti.

Pierluigi Bancale
Agente Generale INA Assitalia di Modena

INA Assitalia
Agenzia Generale di Modena
Pierluigi Bancale Agente Generale

Emilia Est – Emilia Ovest – Castelnuovo Rangone – Formigine - Nonantola

Via Emilia Est, 971 – 41100 MODENA
Tel. 059 3684011 r. a. Fax 059 3682748
I01ag053@agenzie.inaassitalia.it

ACCERTAMENTO DEI REQUISITI PSICOFISICI PER IL RILASCIO O IL RINNOVO DEI CERTIFICATI DI IDONEITÀ ALLA GUIDA DEI CICLOMOTORI

Con circolare prot. 77410/08.03 del 04/08/2009 il Ministero dei trasporti e delle infrastrutture, comunica che **a far data dal 1/10/2009**, tutti i certificati medici allegati alle istanze per il conseguimento dei certificati di idoneità alla guida dei ciclomotori - ovvero necessari per il loro rinnovo, dovranno essere rilasciati dai sanitari di cui all'art. 119, commi 2 o 4 del Codice della Strada.
Pertanto dalla data indicata non potranno più essere presentati certificati medici rilasciati dal medico di base.
Per eventuali ulteriori informazioni e chiarimenti è possibile contattare la Dott.ssa Manuela Mucci referente patentino - cell. 328-435222.

Informazione pubblicitaria

FINECO
THE NEW BANK

Banca del Gruppo UniCredit

Scegli anche tu Fineco, la banca n° 1 per soddisfazione dei Clienti.....

In Fineco tutto è più semplice e comodo, perché è una banca progettata da persone che non vogliono perdere tempo ma semplificarsi la vita per dedicarsi a quello che amano.
In Fineco hai un consulente di fiducia sempre al tuo fianco, Il Personal Financial Adviser è un professionista libero e indipendente che fa sempre il tuo interesse.
I tuoi soldi valgono di più:
> Interessi garantiti, sempre allineati con i tassi della BCE
> Prelievi gratuiti da qualunque sportello bancomat in Italia
> Carta di credito gratis per sempre
E se vuoi investire, Fineco ti offre:
> Extra rendimento garantito con Supersave
> Azioni, obbligazioni, ETF e titoli di Stato
> Oltre 3400 Fondi delle migliori case

Zero spese:
Il conto Fineco è gratis per sempre grazie alla Convenzione istituita con l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena riservata a tutti i Medici iscritti all'ordine stesso.
Tutto compreso:
Un unico conto, semplice da usare e con tutti i servizi che ti servono. Hai sempre tutto sotto controllo: online, dal cellulare, al bancomat o con il tuo Personal Financial Adviser.
> Oltre 2000 sportelli bancomat evoluti Unicredit, per versare banconote e assegni
> Maxi prelievo bancomat, aumenti il tuo plafond e prelevi fino a 2000 euro al giorno
> Bonifici, assegni, ricariche telefoniche, pagamento online di F24, MAV-RAV,
> Pagamento online anche di Bollettini Postali, evitando così inutili e noiose file allo sportello.
> Con un solo click puoi spostare le tue utenze da una qualsiasi Banca a Fineco

N°1 anche nel trading
Fineco è la Banca più usata dagli italiani per fare trading. Ogni giorno migliaia di clienti investono con Fineco nei mercati di tutto il mondo. In tempo reale, da un 'unica piattaforma.

Per tutti i dettagli e per aprire il conto rivolgiti subito a
Carlo Dallari
Via Emilia Est 903 – Direzionale Toscanini
41122 Modena
Tel 059.371426 – 059.367721 – Cell 338.8506306
carlo.dallari@pfafineco.it

RINNOVO ACCORDI COLLETTIVI NAZIONALI NOVITÀ IN AMBITO PREVIDENZIALE

FONDAZIONE E.N.P.A.M.
ENTE NAZIONALE DI PREVIDENZA ED ASSISTENZA DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI

Con provvedimento di intesa del 29 luglio 2009, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ha reso esecutive le ipotesi di rinnovo degli Accordi Collettivi Nazionali per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di libera scelta ed i Medici Specialisti Ambulatoriali, precedentemente concordate in data 27 maggio 2009 tra la SISAC e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle rispettive categorie.

In sede di rideterminazione del trattamento economico, le disposizioni contrattuali in oggetto hanno previsto, per tutte le categorie professionali, aumenti retributivi scaglionati per periodo a decorrere dall'anno 2006. Per i medici addetti all'assistenza primaria, alla continuità assistenziale e all'emergenza sanitaria territoriale è stato altresì disposto, a decorrere dal 1° gennaio 2008, l'innalzamento dell'aliquota contributiva dal 15,00% al 16,50% di cui il 10,375% a carico dell'Azienda ed il 6,125% a carico dell'iscritto.

Si evidenzia, inoltre, che gli Accordi Collettivi in parola hanno introdotto, quale assoluta novità rispetto alle precedenti contrattazioni, **l'istituto dell'aliquota modulare su base volontaria**: l'iscritto, ferma restando l'aliquota stabilita a carico dell'Azienda, potrà scegliere di elevare la quota contributiva a proprio carico fino ad un massimo di cinque punti percentuali.

Tale facoltà, riconosciuta soltanto ad alcune categorie professionali (pediatri di libera scelta, medici addetti all'assistenza primaria, alla continuità assistenziale e all'emergenza sanitaria territoriale), è esercitabile, una volta l'anno, entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento del contributo. Le domande presentate oltre tale termine, pertanto, devono intendersi riferite ai contributi dovuti per l'annualità successiva. In assenza di comunicazione di variazione, l'aliquota prescelta rimane confermata anche per gli anni successivi

La possibilità di scegliere periodicamente l'aliquota aggiuntiva a proprio carico, oltre a garantire maggiori benefici sul piano fiscale, consentirà all'iscritto di ottimizzare e "personalizzare" il trattamento pensionistico adeguandolo alle proprie peculiari esigenze di vita.

Al fine di agevolare la formalizzazione dell'opzione in parola, è stato predisposto un apposito modello di domanda.

Tale modulo, debitamente compilato, deve essere trasmesso – unitamente alla copia di un documento d'identità in corso di validità – a tutte le AASSLL con le quali è in essere il rapporto convenzionale. Copia di tale domanda può essere trasmessa, per ogni utile verifica, alla Fondazione E.N.P.A.M. – Servizio Contributi, Ufficio Riscossione Fondi Speciali – Via Torino 38, 00184 ROMA, allegando idonea documentazione comprovante l'avvenuta trasmissione alle Aziende interessate (fotocopia della ricevuta della raccomandata, numero di protocollo di registrazione, etc.).

In modulo è disponibile presso la segreteria di quest'Ordine e sul sito **www.enpam.it**

ACCESSO ALLA CONTRIBUZIONE RIDOTTA PRESSO LA "QUOTA B" DEL FONDO DI PREVIDENZA GENERALE NEI CASI DI ACCERTAMENTO DI EVASIONE CONTRIBUTIVA

Conformemente al progetto approvato dal Consiglio di Amministrazione dell'E.N.P.A.M. nella seduta del 3 marzo 2006, gli Uffici, al fine di verificare il corretto adempimento dell'obbligo dichiarativo e contributivo da parte degli iscritti, hanno provveduto a porre in essere le attività amministrative necessarie per l'attivazione del controllo incrociato con i dati in possesso dell'Anagrafe Tributaria.

Nello svolgimento di tali verifiche, come è noto, è emerso che molti iscritti dipendenti del SSN che svolgevano contemporaneamente attività di libera professione, non avevano provveduto a dichiarare i relativi proventi, nonostante i redditi da intramoenia fossero da tempo esplicitamente citati nelle istruzioni allegate al Modello D fra quelli imponibili presso la "Quota B" del Fondo di previdenza generale.

A seguito della ricezione dei provvedimenti di accertamento emanati dall'Ente, molti professionisti hanno provveduto tempestivamente a denunciare le somme percepite nelle annualità successive richiedendo, almeno per le ulteriori annualità, l'applicazione dell'aliquota ridotta nella misura del 2%.

Con delibera n. 56/2007 – in via eccezionale e per un arco temporale limitato – codesto Consiglio ha accolto tale richiesta. In particolare con tale provvedimento, ferme restando le maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio, è stato consentito l'accesso alla contribuzione nella misura del 2% ai soggetti che, in possesso di determinati requisiti, procedevano ad **autodenunciare** all'E.N.P.A.M. i redditi prodotti negli anni successivi al 2001.

Tuttavia, in molti casi la mancata effettiva conoscenza della delibera in parola e delle successive proroghe, disposte con delibere n. 26/2008 e n. 50/2008, non ha consentito a tutti gli interessati tenuti al versamento di procedere alla relativa autodenuncia, volta ad ottenere il beneficio della contribuzione del 2%.

Il Consiglio di Amministrazione, con delibera n. 54 del 25 settembre 2009, ferma restando l'applicazione delle maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio del Fondo di previdenza generale, ha riammesso nei termini per l'accesso alla contribuzione ridotta, a decorrere dall'anno successivo a quello oggetto di accertamento, gli iscritti:

- che, in costanza dei requisiti per l'accesso alla contribuzione ridotta, non hanno già effettuato il versamento del contributo nella misura ordinaria del 12,50%, con riferimento agli anni successivi a quello oggetto di accertamento;
- che provvedono ad autodenunciare i redditi prodotti negli anni successivi e presentano la relativa istanza di ammissione alla contribuzione ridotta entro 90 giorni dalla notifica dell'accertamento.

Al fine di agevolare la presentazione della relativa istanza è stato predisposto un modulo che deve essere trasmesso all'E.N.P.A.M. unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità. Il modulo è disponibile presso la segreteria di quest'Ordine e sul sito **www.enpam.it**

Informazione pubblicitaria

LA PENSIONE DI REVERSIBILITA DEI MEDICI DIPENDENTI

Riceviamo dal Dott. Testuzza, esperto di previdenza nell'ambito della dipendenza, il contributo che volentieri pubblichiamo. Il collega che collabora anche con il Sole 24 ore è stato un ospite in alcuni convegni e ha messo a nostra disposizione le sue competenze

La pensione di reversibilità è il trattamento che alla morte del lavoratore spetta ai suoi superstiti.

La ***pensione indiretta ordinaria*** è quella spettante ai superstiti dell'iscritto deceduto in attività di servizio.

Distinguiamo due condizioni :

A) Iscritto che muore in attività di servizio avendo maturato una contribuzione di almeno 15 anni: ai superstiti spetta la pensione indiretta.

B) Iscritto che sia cessato dal servizio senza aver conseguito il diritto a pensione, ma che abbia maturato almeno 15 anni di contribuzione, e che deceda nel triennio successivo: ai superstiti spetta comunque il diritto alla pensione indiretta.

Dal 1996 il diritto al trattamento viene consentito anche quando l'iscritto alla data del decesso, avvenuta in servizio, sia in possesso di una anzianità contributiva di 5 anni di cui almeno 3 nell'ultimo quinquennio.

La ***pensione di reversibilità ordinaria***, si concretizza quando l'iscritto, al momento del decesso, sia già titolare di un trattamento di pensione diretta d'anzianità, di vecchiaia ovvero di invalidità.

Ne usufruisce il **coniuge**, per il quale non è richiesta nessuna condizione oggettiva ai fini del conseguimento del diritto al trattamento di pensione indiretta. In particolare sono stati dichiarati incostituzionali tutti precedenti limiti riguardanti la differenza d'età tra i coniugi e la durata del matrimonio.

Il diritto è valido inoltre per il **coniuge separato**, anche con addebito della colpa, nel qual caso il conseguimento del diritto alla pensione è condizionato dal possesso dell'assegno alimentare, ai sensi dell'articolo 5 della legge 898 del 1970, e dal non aver contratto nuove nozze.

Nel caso di **coniuge divorziato** devono ricorrere le seguenti condizioni: sia titolare d'assegno di divorzio (alimentare); non sia passato a nuove nozze; la data d'inizio del rapporto assicurativo del pensionato, ovvero dell'assicurato, sia anteriore alla data della sentenza che pronuncia lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili del matrimonio; non esiste coniuge superstite.

Il trattamento spetta per specifica sentenza del Tribunale competente e per quota al coniuge divorziato anche nell'ipotesi in cui il defunto abbia contratto nuovo matrimonio ed il coniuge sia ancora in vita.

Hanno diritto **i figli ed equiparati** (legittimi, legittimati, adottivi, naturali, riconosciuti legalmente o giudizialmente dichiarati, nati da precedente matrimonio dell'altro coniuge) che alla data del decesso siano a carico del genitore e minori di 18 anni, ovvero studenti di scuola media superiore o professionale fino al 21° anno d'età o studenti universitari in corso legale di studi e comunque non oltre il 26° anno d'età.

Il trattamento è attribuito anche ai **figli inabili** a carico del lavoratore defunto.

In mancanza del coniuge e dei figli, ovvero se pur esistendo non ne hanno diritto, la pensione spetta ai **genitori** con almeno 65 anni d'età che non siano titolari dei pensione diretta o indiretta e che siano a carico del lavoratore deceduto. A particolari condizioni la pensione è attribuibile ai **fratelli** e alle **sorelle**.

Le quote della pensione di reversibilità

Coniuge : il 60 % della pensione diretta del titolare .

Ciascun figlio : il 20 %, se c'è anche il coniuge, per un massimo del 100 % della pensione del titolare.

Un solo figlio superstite (minore, studente o inabile): il 70 % .

Le riduzioni per reddito del superstite

ridotta del 25 % se si ha un reddito superiore a 3 volte il minimo Inps (da 17.869,40 euro a 23,826,40)

ridotta del 40 % se si ha un reddito superiore a 4 volte il minimo Inps (da 23.826,40 euro a 29.783,00)

ridotta del 50 % se si ha un reddito superiore a 5 volte il minimo INPS (da 29.783,00 euro).

n. b Questa regola non vale se sono contitolari i figli minori, studenti o inabili.

L'importo del trattamento minimo

annuo del Fondo pensioni lavoratori dipendenti, preso a riferimento, è per il 2009 di euro 5.956,60

LE PENSIONI DI REVERSIBILITA' DELL'ENPAM

La ***pensione di reversibilità*** ai superstiti è inerente al decesso dell'iscritto, già pensionato, e decorre dal mese successivo al decesso.

La prestazione consiste in un'aliquota della pensione in godimento all'atto del decesso.

La ***pensione indiretta*** ai superstiti è erogata in caso di decesso dell'iscritto in costanza di contribuzione al Fondo, dal mese successivo al decesso.

La prestazione erogata consiste in un'aliquota della pensione di invalidità che sarebbe spettata al medico ove fosse divenuto invalido al momento del decesso.

Sono considerati superstiti il coniuge e i figli infraventunenni ovvero infraventiseienni se studenti e, in loro assenza, ascendenti e collaterali a carico.

Le aliquote sono:

Solo coniuge	*70%*
Coniuge + un figlio	*60% + 20 %*
Coniuge + 2 o più figli	*60% + 40%*
Solo un figlio	*80%*
Due figli	*90%*
Tre o più figli	*100%*

In caso di decesso prima del compimento dei sessantacinque anni di età dell'iscritto cancellato o radiato dagli Albi professionali, che abbia maturato cinque anni di anzianità contributiva, spetta un'aliquota del trattamento di pensione ordinario che sarebbe spettato al sanitario stesso.

Al coniuge superstite che cessa dal diritto a pensione per aver contratto un nuovo matrimonio spetta un assegno una tantum pari a due annualità della sua quota di pensione.

I contributi vengono restituiti al raggiungimento dei sessantacinque anni di età quando, in tale data, in costanza di iscrizione, si abbiano meno di cinque anni di anzianità contributiva o in caso di cancellazione si abbia un'anzianità contributiva inferiore a quindici anni.

Viene restituita un'indennità formata dall' 88 % dei contributi versati, maggiorati dagli interessi composti al tasso del 4,50 %.

In caso di morte di un sanitario, con meno di cinque anni di anzianità contributiva e già cancellato o radiato dagli Albi professionali, l'indennità viene liquidata ai superstiti con le stesse aliquote previste per le pensioni indirette o di reversibilità.

I TRATTAMENTI DI REVESIBILITA' EROGATI DALL'ENPAM NON SONO SOGGETTI AD ALCUNA RIDUZIONE IN CASO DI REDDITI DEI SUPERSTITI

Informazione pubblicitaria

QUELLO CHE I GIOVANI PROFESSIONISTI DEVONO SAPERE MA NON HANNO MAI OSATO CHIEDERE SULLA " PENSIONE" (ma anche i meno giovani!) OBBLIGATORIA E COMPLEMENTARE

Pensione obbligatoria: chi e come funziona

La nostra pensione obbligatoria è l'Enpam. Essa garantisce al momento del versamento quanto "renderanno", in pensione, i soldi nostri versati, indipendentemente dall'andamento dei mercati. A grandi linee, chi lavora paga chi è in pensione.

Sistema pensionistico in equilibrio:

La diminuzione della natalità (negli anni Sessanta nascevano 1.000.000 di italiani l'anno, ora siamo a 500.000) e l'aumento della durata della vita hanno provocato squilibri previdenziali enormi.

Considerando anche il fatto che ci saranno meno iscritti (a causa del numero programmato) e più pensionati (la famosa gobba del 2018: circa 40.000 mila colleghi andranno in pensione nei 4 anni a cavallo del 2018) e che non si possono modificare le prestazioni promesse (cioè le riforme non possono avere efficacia se non dal giorno in cui sono approvate, non possono avere valore retroattivo), è chiaro che a parità di versamento si riceverà di meno in pensione annua. In altre parole, per riottenere quanto è stato versato non saranno più sufficienti poco meno di dieci anni, bensì un periodo corrispondente alla speranza di vita.

Il tasso di sostituzione (il rapporto fra ultimo stipendio e prima rendita pensionistica) previsto sarà, per chi andrà in pensione nel 2030, inferiore al 50%.

In parole povere dovremo vivere, in mancanza di altre entrate, con un reddito inferiore, rispetto al nostro reddito abituale, del 50%.

Quando si va in pensione:

Si va obbligatoriamente in pensione a 65 anni e si ha diritto alla pensione avendo effettuato almeno dieci anni di versamenti; si ha diritto alla pensione anche in caso di invalidità assoluta e permanente, e, in caso di morte, la pensione andrà ai superstiti (il coniuge e/o i figli fino a 26 anni di età se studenti). E questo diritto si ha fin dal primo giorno di iscrizione all'Ordine e, quindi, all'Enpam.

Nessun altro ente di previdenza garantisce questa prestazione.

Quanto ci viene dato: (ENPAM = pensione obbligatoria)

Ogni 1000 euro versati nel Fondo generale quota A daranno diritto a 120 euro l'anno di pensione; 1000 euro versati nel fondo della libera professione daranno diritto a 140 euro l'anno di pensione. In nove o dieci anni, al massimo, con le regole attuali, si riprenderanno tutti i soldi versati.

Considerando che a 65 anni, età in cui si va in pensione, la speranza di vita è di 16 anni per gli uomini e di 21 per le donne e che la pensione è reversibile, è evidente che bisognerà rivedere il sistema nel suo complesso.

Pensione complementare: cosa è, come si chiama e chi può partecipare

Fondo pensionistico, non speculativo, soggetto a innumerevoli controlli, cui possono versare volontariamente e nella misura "elastica" gli aderenti. Nel caso di un fondo pensionistico chiuso come FONDOSANITA', possono versare solo medici, odontoiatri, infermieri professionali e farmacisti. La previdenza obbligatoria e la previdenza complementare nascono integrate. La complementare, infatti, ha come obiettivo quello di compensare i "vuoti" che si sono creati e ancor più si creeranno nella previdenza obbligatoria

Pensione complementare: come funziona (la pensione complementare = FONDOSANITA'= pensione volontaria)

Una volta iscritti si sceglie un comparto che si avvicini il più possibile alla nostra propensione al rischio. Ne abbiamo a disposizione tre: azionario, bilanciato(azionario e obbligazioni) e obbligazionario (più "sicuro"). Si può versare la cifra che vogliamo (entro un range definito per legge) oppure anche niente, il tutto rimarrà su un "conto corrente personale" che renderà quanto FONDOSANITA' e i gestori che sono stati scelti, saprà farlo rendere.

Pensione complementare: i vantaggi

I vantaggi maggiori li possono avere i giovani, proprio perché un investimento azionario con un lungo orizzonte temporale può portare significativi guadagni: una differenza di rendimento di tre punti percentuali può dare, in 35 anni, il raddoppio del capitale.

Inoltre c'è da fare una considerazione sull'attualità: con il mercato azionario così depresso è facile ipotizzare che nei prossimi anni i rendimenti possano essere considerevoli.

I vantaggi fiscali però sono ap-

prezzabili e vantaggiosi anche per i meno giovani:
sono deducibili € 5.164,57 l'anno, cioè si sottraggono al reddito netto, (quindi non è come comprare un bene che si "detrae")
la tassazione di quella che sarà la rendita vitalizia sarà del 15% per chi è rimasto iscritto al fondo per meno di 15 anni, diminuendo poi fino al 9% per coloro che potranno vantare una maggiore anzianità.

Pensione complementare: perché non mi interessa

Prima enunciazione: sono straricco di famiglia, ho immobili, azioni e liquidi che mi rendono tanto da non poterli spendere neanche in tre generazioni.
Risposta: Allora fai bene a non iscriverti a FONDOSANITA'

Seconda enunciazione: Non verso in FONDOSANITA' ma in un altro fondo pensione complementare della banca di cui sono cliente.
Risposta: Non è sbagliato in assoluto, ma la banca tenderà ad investire i tuoi soldi nelle azioni che più convengono a Lei. In aggiunta la banca ci deve pure guadagnare, giustamente, e pagare strutture e dipendenti, FONDOSANITA' non è in questa situazione.
Ricordati che una differenza di tre punti nel rendimento, in 35 anni raddoppia il capitale.

Terza enunciazione: Ma c'è da fidarsi di FONDOSANITA'?
Risposta: I meccanismi di controllo degli Enti Statali sono rigorosissimi, ma anche la banca depositaria è tenuta a denunciare irregolarità. I gestori finanziari non maneggiano soldi ma danno ordini alla banca depositaria e il gestore amministrativo "tiene i conti".
Tutti questi soggetti sono scelti dal Consiglio di Amministrazione di FONDOSANITA' tramite asta pubblica con regole definite. Se FONDOSANITA' non è contenta delle varie gestioni, non fa altro che cambiare. Diverso naturalmente se il fondo pensione è gestito e controllato direttamente o tramite una consociata, da una banca o assicurazione.
Per ultimo ma non ultimo, ENPAM ha voluto fortemente FONDOSANITA' e credo che il nostro ente pensionistico sia una bella realtà e una garanzia!

Quarta enunciazione: Si va bè, ma quanti saranno e chi mi darà "la pensione complementare"? E se muoio prima della pensione?
Risposta: I tuoi soldi sono in un conto corrente "virtuale" e sono solo tuoi (FONDOSANITA', come tutti i fondi pensione complementari, non ha meccanismi solidaristici).

Il montante finale dipende da quanto tempo versi, quanto hai versato e quanto i gestori del fondo sono stati bravi nella resa del capitale.
Tieni conto che anche nel comparto più "rischioso", quello azionario, i gestori sono tenuti a non comprare azioni "rischiose".
Tanto per essere chiari, nel portafoglio di FONDOSANITA', in questi anni, non abbiamo mai avuto: Cirio, Parmalat, Lehman Brothers.
Questo probabilmente non consente immediatamente grandi guadagni, ma nel tempo è sicuramente una politica vincente. Ricordiamoci che "l'investimento" deve essere a lungo termine e non speculativo.
Se muori (Dio non voglia!) prima della pensione, il capitale accumulato andrà ai tuoi eredi designati. Se muori dopo la pensione la rendita pensionistica e\o il 50% del capitale va ai tuoi eredi designati. A consegnarti fisicamente la pensione non sarà né FONDOSANITA' né ENPAM, ma un terzo soggetto "assicurativo". Praticamente FONDOSANITA' comprerà con il tuo capitale una polizza assicurativa che ti garantirà l'erogazione della tua pensione nel tempo.

Quinta enunciazione: Vorrei saperne ancora di più!
Risposta: Informati presso il tuo Ordine di appartenenza: cerchiamo nell'ambito delle attività ordinistiche e congressuali, di partecipare con informative varie. Nel caso, puoi anche richiedere al tuo ordine che organizzi un convegno e\o serata informativa sulla pensione complementare-FONDOSANITA'. Ecco comunque alcune informazioni aggiuntive:

- In sintesi, prima si comincia e meglio è; a questo proposito è estremamente interessante anche la possibilità d'iscrivere i familiari a carico: questo costituisce una grande opportunità per iniziare a costruire un futuro sicuro per i nostri figli!
- Il tuo versamento è indirizzato al comparto che hai scelto e investito dal gestore finanziario cui è affidato quel comparto. Mensilmente, su www.fondosanita.it viene effettuata la valorizzazione (cioè quante quote hai e quanto valgono, in pratica quanti soldi hai!).
- Questo è possibile in quanto a ogni iscritto è inviato un codice con password col quale si può controllare direttamente il pro-

prio patrimonio accumulato.
- Quando l'iscritto decide di andare in pensione, ha diverse opportunità di scelta: può optare per il 50% del patrimonio sotto forma di capitale e convertire il resto in rendita vitalizia oppure decidere per la sola rendita vitalizia.
- Per quest'ultima potrà scegliere fra quattro opzioni: rendita vitalizia per se stesso, rendita vitalizia con reversibilità su una persona indicata oppure una di queste due opzioni con l'aggiunta della long term care, cioè la possibilità del raddoppio della rendita vitalizia in caso di perdita dell'autosufficienza.

Dr Roberto Scavone
Medico Chirurgo
Rappresentante Assemblea dei Delegati
di FONDOSANITA'
rscavon@tin.it

FondoSanità
Piazza della Repubblica 68 - 00185 Roma
www.fondosanità.it
Segreteria FondoSanità:
Tel. 06 48294333 - 06 48294337 - Fax 06 48294284
segreteria@fondosanità.it

PENSIONI INPDAP – ART. 22 TER - LEGGE 102 DEL 3/8/2009 SALE L'ETÀ DELLE DONNE DEL PUBBLICO IMPIEGO

Dal 1° gennaio 2010, le lavoratrici del pubblico impiego potranno andare in pensione di vecchiaia all'età minima di 61 anni. Successivamente, l'età minima di pensionamento crescerà di un anno ogni biennio, finché a partire dal 1° gennaio 2018 raggiungerà l'età di 65 anni, come prevista oggi per gli uomini.
Non risentiranno delle novità le lavoratrici che entro la fine di quest'anno (entro il 31 dicembre 2009) riusciranno a maturare il diritto a pensione (di vecchiaia) in base alle vigenti regole, cioè con 60 anni di età e 20 anni di contributi. Per chi era in servizio alla data del 31 dicembre 1992, vale la deroga per cui si può andare in pensione con 15 anni di contributi (secondo quanto stabilito dall'articolo 2 del decreto legislativo 503 del 1992). Per loro è prevista la salvaguardia del diritto al pensionamento, anche dopo il 1° gennaio 2010, e a tal fine potranno ottenere la certificazione del diritto alla pensione (anche se restano al lavoro, potranno in qualunque momento avvalersi della possibilità di andare in pensione).
Tutte le lavoratrici pubbliche che matureranno entro il 31/12/2009 i requisiti per il pensionamento di vecchiaia in base alla normativa attualmente in vigore, potranno cristallizzare il loro diritto chiedendo all' INPDAP la certificazione del medesimo.
Si consiglia di rivolgersi ad un Patronato o alla sede prov.le INPDAP per la richiesta della certificazione.
L'intervento di riforma interessa soltanto le lavoratrici donne del settore del pubblico impiego e la pensione di vecchiaia (non sono toccate da alcuna riforma le donne impiegate nel settore privato). È un intervento dettato dall'obbligo di adeguarsi alla sentenza della Corte Ue C-46/07, con cui è stato rifilato all'Italia un cartellino giallo perché non dà garanzie di parità di trattamento tra uomini e donne in materia di pensioni dei dipendenti pubblici (l'alternativa sarebbe stata quella di farsi carico del pagamento di pesanti sanzioni).
Due i tipi di pensione di vecchiaia: retributiva e contributiva.
La via scelta dal governo è stata quella di elevare gradualmente l'età di pensionamento di vecchiaia per entrambe le tipologie: un anno in più ogni due anni a partire dal 2010, per finire ai 65 anni dal 1° gennaio 2018.
In sostanza a partire dal 2010 le donne del pubblico impiego andranno in pensione a 61 anni e nel 2018 si raggiungerà l'equiparazione dell'età pensionabile di vecchiaia con gli uomini.
COME FUNZIONA
Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2011 le pubbliche dipendenti potranno essere pensionate a 61 anni
Dal 1 gennaio 2012 al 31 dicembre 2013, si passa a 62 anni
Dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2015 ci vorranno 63 anni
Dal 1 gennaio 2016 al 31 dicembre 2017 saranno necessari 64 anni
Dal 1 gennaio 2018, si va in pensione di vecchiaia a 65 anni, come gli uomini.

DI SICURO INTERESSE PER I COLLEGHI

Con nota del 13/10/2009 il Servizio Dipendenze Patologiche dell'Azienda USL di Modena ha segnalato al servizio di farmacovigilanza (per successivo inoltro all'AIFA) la presentazione sempre più frequente di casi di grave dipendenza dal farmaco tramadolo cloridrato.
Tale farmaco appartiene notoriamente al gruppo terapeutico degli oppioidi ed è prescrivibile con ricetta medica non ripetibile (RNR); la specialità di più largo consumo è quella del flacone gocce (10ML/100MG). Può essere prescritto anche con nota n. 3 - in classe A per patologia per pazienti con "dolore neoplastico o degenerativo lieve o moderato".
I casi di grave dipendenza riportati e giunti alla nostra attenzione hanno costituito un importante problema terapeutico con necessità di vari ricoveri in ambiente psichiatrico, con esito alterno.
La prescrizione del farmaco era avvenuta per dolore lieve / moderato da parte di specialisti dell'area chirurgica / ortopedica, ma tutti i colleghi normalmente prescrivono il farmaco.
Ci sentiamo per questi motivi di raccomandare, in attesa di eventuale modifica della scheda tecnica ministeriale, di prescrivere il farmaco sotto stretto controllo sanitario e per periodi brevi.

cordiali saluti

Dott. Massimo Bigarelli
spec farmacologia e tossicologia clinica
Direzione Servizio Dipendenze Patologiche Area Nord Az U S L
Carpi via Molinari 2
059 659.921 - 0535 602.434
mail m.bigarelli@ausl.mo.it

CONVENZIONE CON L'A.C.I.

L'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena ha firmato un accordo con l'A.C.I. per uno sconto sulle tariffe praticate dalla sede modenese a i propri soci medici e familiari.

ACI SISTEMA 59 EURO (anziché € 69,00)
Intervento gratuito di riparazione sul posto. Traino del veicolo fino dove vuoi tu gratuito fino a 15 Km. Recupero e ripristino del veicolo sulla sede stradale.
Tessera familiare ACI SISTEMA € 49,00

ACI GOLD 79 EURO (anziché € 89,00)
Soccorso stradale in Italia e in Europa ai soci, su qualunque auto o moto viaggino. Proposte turistiche singolari e successive esclusivamente riservate ai soci. Il più esteso circuito di sconti ed agevolazioni in Italia e nel mondo.
Tessera familiare ACI GOLD € 69,00

Solo per i soci A.C.I. un corso di recupero punti gratis.
Solo per i soci A.C.I. sconto del 20% sulle pratiche automobilistiche.

Per eventuali chiarimenti in merito contattare Sig.ra Franca o Angela 059/247609.

IO E CICCILLO (IIª PARTE)

Nella prima parte vi ho descritto per sommi capi la giornata di un Parkinsoniano ed i contrattempi che la caratterizzano.

Parlando del cibo non vi ho detto che alcune volte non c'è sincronia durante la masticazione e la deglutizione tra la lingua ed i vari muscoli che concorrono alla deglutizione dei cibi (sia solidi che liquidi) per cui, quando ti vanno di traverso, cominci a tossire sempre più intensamente finché non hai gli occhi fuori dalle orbite e ….finché non hai attirato l'attenzione di tutti i commensali. E' chiaro che se ciò succede in un ristorante hai preso 10 punti, se il ristorante è pieno di gente si può arrivare a 20, se avviene a casa sono solo 5.

I primi anni ho collezionato un sacco di punti perché la terapia mi dava improvvisi cali pressori per cui avendo già la pressione bassa, in diverse occasioni sono stato lì lì per svenire. (In questo caso si possono prendere molti punti, dipende dal contesto). Le situazioni sono state le più varie….dal cinema all'aperto (dove mi sono steso a terra davanti alle toilette..) accompagnato da un amico che non ho capito perché non è più venuto al cinema con me !? Comunque al cinema ho preso solo 5 punti perché nessuno si è accorto di ciò che mi è successo. Dopo qualche mese da quell'episodio ho fatto strike: 20 punti! il massimo !! Sono svenuto durante un corso di perfezionamento per medici nel quale facevo l'istruttore all'università "La Bicocca" di Monza. Insieme ad altri due colleghi eravamo in prima fila e stavamo facendo vedere, commentandole, alcune diapositive, forse il caldo, l'aula piccola, i farmaci …non ho fatto in tempo a finire la frase: "non mi sento bene" che sono crollato a terra. Ho riaperto gli occhi ed ho visto sopra di me un sacco di teste, tra le quali quella del mio Prof., che mi chiedeva come stavo, ero tutto bagnato dal sudore, ma ciò mi interessava relativamente: quello a cui pensavo era la figura di me..a che avevo fatto! A proposito del sudore, non so se dipenda dalla terapia o da Ciccillo, ma ora sudo in maniera esagerata ed alcune volte non faccio in tempo a mettermi una camicia, che la devo subito cambiare. Per noi è molto difficile abbottonarci una camicia, perché in certi momenti ci manca la coordinazione dei movimenti "fini" e forse anche un po' di sensibilità. In commercio ci sono camicie con i bottoni, ma che si chiudono con il velcro (detto tra noi mi fanno un po' schifo).

Molti altri punti li ho vinti in un noto ristorante di Modena, ero sul punto di svenire, ho fatto unire tre sedie e mi sono sdraiato su queste. In questo contesto la mia preoccupazione maggiore era quella di non allarmare o spaventare la gente ..farlo con discrezione, come quella volta che mi è successo in aereo su un viaggio di circa dieci ore: le luci principali erano spente e la maggior parte dei passeggeri sonnecchiavano…fortuna volle che fossi in una fila di quattro posti, uno era libero e la signora del posto accanto era andata in bagno per cui mi sono sdraiato con fare indifferente sudando come un dannato, ma alla fine grazie alla bravura di Lei, nessuno si è accorto di nulla, e quando la signora è tornata al suo posto io mi ero già ripreso, perché il tutto è durato pochi minuti. In tutte queste occasioni Lei è eccezionale, sa starmi vicino, non si agita, non si spazientisce e tranquillizza gli altri.

La terapia poi induce sonnolenza, una sonnolenza improvvisa, per la quale fai fatica a tenere gli occhi aperti; se sono in auto mi fermo nelle aree di servizio o in zone dove posso farlo e mi "sparo" cinque minuti di sonno… il problema è quando sei in un convegno o congresso (ho sempre avuto la cattiva abitudine di sedermi nelle prime file) e sta relazionando un caro amico…sei lì che gli sbadigli ripetutamente in faccia e qualche volta ti "cappella" ad occhi chiusi ….vai poi a complimentarti con lui per la brillante ed interessante relazione che ha tenuto!

Riuscire a dosare la terapia nel corso degli anni è difficile perché va aggiornata a seconda dell'evoluzione della malattia, che è molto soggettiva. Negli anni si riducono i tempi in cui sei "coperto" dai farmaci ed aumentano gli episodi di blocco. Pochi mesi fa, sono andato a Bologna in una casa di cura privata per una visita e siccome adoro andare in moto (ne ho avuta una per venti anni con la quale ho fatto diversi viaggi lunghi, ma aveva un problema, aveva il pedale del

freno in basso a destra e dopo essere arrivato "lungo" un paio di volte agli incroci ho deciso che forse era il caso di acquistare uno scooter che ha le leve del freno sul manubrio!!) sono andato in scooter, anche per far prima. Finita la visita, sono andato a prendere lo scooter ma avevo scaricato le pile (è la fase prima del blocco: comincio a perdere le forze mi manca la coordinazione motoria e l'equilibrio e se non recupero mi blocco) e non ce la facevo a reggere la moto, anche perché per Modena ci sono molti semafori ai quali avrei dovuto poggiare il piede in terra. Con la pazienza di sempre mi sono seduto sullo scooter (parcheggiato sotto la residenza di un gruppo di suore che uscivano dalla palazzina) ed ho aspettato di ricaricare le pile. Dopo due ore ero ancora lì e al loro rientro le suore mi hanno guardato con fare sospetto e sembrava che la mia presenza desse loro fastidio. Perché mai? Erano solo due ore che ero lì!! Come ho risolto il problema? Ma grazie agli amici che non mi mancano e spesso mi sorreggono. Due telefonate per spiegare il problema e loro (che vivono a Bologna) si sono messi d'accordo venendo in due con un'auto, uno si è portato lo scooter a casa e l'altro mi ha accompagnato a Modena. Erano otto mesi che dicevamo di vederci una sera e la sera successiva ci siamo visti per mangiare una pizza e recuperare lo scooter. Ho smesso di fare tante cose, mi piaceva sciare,fare immersioni e nuotare,andare nei boschi a passeggiare o in cerca di funghi. Alcune volte, non riuscendo a camminare, mi capita di dover chiedere aiuto a persone che non conosco e sino ad ora ho avuto sempre la solidarietà della gente. Vi racconto un ultimo episodio che mi è capitato un po' di tempo fa: eravamo in aeroporto, non camminavo bene per cui le signorine del check-in mi hanno fatto passare davanti ad una fila interminabile. Dopo aver fatto il check-in in mi sono miracolosamente sbloccato… l'ho comunicato a Lei che si è voltata dando un'occhiata alla fila e poi mi ha sussurrato "ti spezzo le gambe se non continui a zoppicare"!!

Mi è toccato fare anche questo!!!

L'importante è prendere la vita con filosofia e non troppo seriamente, perché arrabbiarsi e stare male? Perchè?

La vita è bella e va vissuta giorno per giorno assaporandone tutto ciò che ti offre, da un bel tramonto al sorriso di un bimbo.

Un collega

A cura di Lodovico Arginelli

"SINTÌ BÈIN QUÀLL CH'A-V DÈGH"...
Son sempre qui chèr i me coléga, a tgnìrev un pòch ed cumpagnia, cun al sàn e genuino dialetto mudnés.
A tal proposito vorrei fare alcune correzioni della rubrica precedente: al 7° capoverso "fin tant" e non fin tan; "azidèint" e non azidèin;
ed al 9° capoverso "un cólp da rédder", e non un colp ridde…
Per qualcuno sarà pignoleria, mo al dialàtt l'è 'na léngua, delle più pure, e la va rispetèda anche se gli errori sono di battitura.

IN QUESTO NUMERO: AL RÒCH = IL RANTOLO

Trattasi del respiro "roco" o "rauco", per cui è un aggettivo sostantivo, e non un tipo di ballo acrobatico come qualcuno addetto ai lavori sta pensando.
Talvolta si usa nel modo di dire: "**ch'a-t vègna al ròch**" (che ti venga il rantolo), che ha più o meno lo stesso significato del già visto "**ch'a-t vègna un azidèint**".
Altro modo di dire: "**a sun un po' ròch**", (sono un po' rauco, giù di voce).

E ANCORA: LANSÒUN = RESPIRO MOLTO AFFATICATO (AFFANNO)

Viene da **LÀNS**, sostantivo maschile, che vuol dire respiro affannoso, che a sua volta deriva dal tardo latino: ANXIOSU(M) al quale nel nostro dialetto si è aggiunta la "L", per facilitare la pronuncia (Bellei).
Il Maranesi, da al termine "**LÀNS**", oltre al significato di affanno, anche quello di "ANSIA", coll'agglutinamento dell'articolo. Da cui **"LANSÈR** (ANSIMARE).

Modi di dire:
"**A-i-ho fàt i scalèin a dù a dù, e a m'è gnù al lansòun**" (ho fatto gli scalini a due a due e mi è venuto l'affanno). "**Al lansa come un can in calór**" (ansima come un cane in calore).
Altro termine dialettale per dire affanno è "TIRÒUN".
"**Al g'ha un tiròun, ch'al dévv respirèr cun gli uràcc**", (ha un affanno così forte che deve respirare con le orecchie), ovviamente è un modo rafforzativo e burlone per sdrammatizzare una situazione penosa.

Aggiungo sperando di farvi piacere, una mia vecchia poesiola, dove meglio si può capire quanto detto sin d'ora.

PICONDRIA "MALINCONIA"
Sgrisór in dal filòun dla schèina,
cór ch'al tròta, a-s fèrma e po' al galòpa,
acsè am sun desdèe stamatèina,
in cla càmbra orba e malsana ed Rua Piòpa.

A sun vècc', a g'ho 'na còrga d'an,
a viv da per mè, sèinza parèint,
e pur iér sira am sintìva fòrt e sàn
sràl un scarabòcc' o la fin ed sté turmèint?

A bàvv, mo al tiròun a.n vól pasèr
e la cagòuna l'a-s fa strèda,
èl me gambi in volen andèr.

Da zà 'na vós: "dai nunòun, vin in cumpagnia".
El gambi is drézen, al cór a-s giosta,
e a córr cuntèint, l'éra sol malinconia.

MALINCONIA
Brividi nella schiena
Cuore che trotta si ferma e poi galoppa,
così mi son svegliato stamattina,
nella camera cieca e malsana di Rua Pioppa.

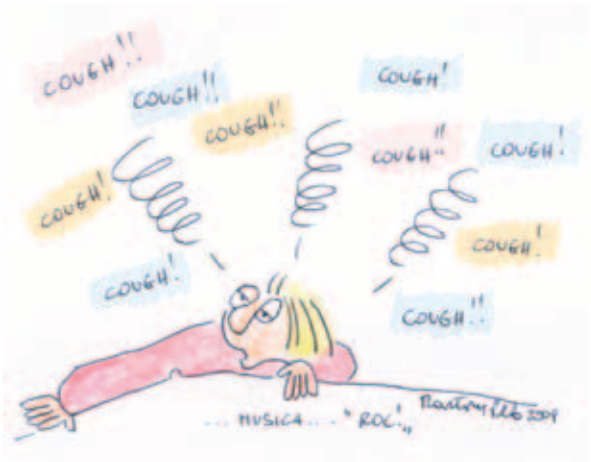
Sono vecchio e ho tanti anni,
vivo da solo senza parenti,
eppure ieri sera mi sentivo forte e sano
sarà un malessere o la fine di questo tormento?

Bevo, ma l'affanno non vuole passare,
e la paura "diarrea", si fa strada,
le mie gambe non vogliono andare.

Da giù una voce "dai nonnone, vieni in compagnia".
le gambe si raddrizzano, il cuore s'aggiusta
e corro contento, era solo malinconia.

Vignette a cura di Paolo Martone

P. Martone



A CURA DI LODOVICO ARGINELLI | NARCISO MALATESTA

L. Arginelli

Nacque a Venezia nel 1825 e morì a Sassuolo nel 1896.
Abbiamo una prima testimonianza del suo percorso in una "Sacra Famiglia" che il padre Adeodato compose e Venezia, e nella quale il "Bambino", ha le sembianze del piccolo figlio.
Studiò all'Accademia e si specializzò a Firenze, iniziando poi una carriera di insegnante di disegno e di fotografia presso la scuola militare, che durò 26 anni.
Esiste un attestato d'archivio, relativo all'esposizione mondiale di Vienna del 1873, dove partecipò con quattro opere.
Vi parteciparono anche **Giuseppe Zattera** e **Ferdinando Mancini**, con due opere rispettivamente.
La fama del pittore è legata prevalentemente alle tematiche storiche e religiose ed a opere di carattere generico od ornamentale, come le eleganti nature morte, impegnate in un virtuosismo cromatico di tradizione.
Narciso Malatesta va inoltre ricordato come caricaturista.
Alcune sue opere come "IL FALCONIERE", considerato il suo lavoro più importante, che si trova nella Galleria Moderna di Milano, "IL GALILEO", "MACCHIAVELLI E IL DUCA VALENTINO", "LO SBARCO DI GARIBALDI A MARSALA", "VITTORIO EMANUELE AL QUIRINALE", "CARLO D'ANGIO' NELLO STUDIO DI CIMABUE" sono attestati accademici, dove la rigidezza compositiva è riscattata dalla notevole abilità del segno.
Di un certo interesse il ritratto dell'architetto Poletti, fondatore della Galleria Poletti (opera di copertina).
Questo ritratto sembra condensare il retaggio dell'educazione accademica e le doti esecutive dell'autore.
Si vedono l'impianto fotografico, uno sfondo giocato su accenni classici, panneggi riesumati dall'alta tradizione pittorica, con effetto di siparietto e la ricerca di una morbidezza tonale trasferita nella luminosità del cielo e del paesaggio.
Il preziosismo della composizione è accentuato dai particolari, quali il cammeo, la pietra preziosa, la catena d'oro, nonché il foglio bianco.

A CURA DI ROBERTO OLIVI MOCENIGO | LE STORIELLE

E' vero che il matrimonio", domanda il figlio al padre "modifica la personalità?" Risponde il padre:"certo figliolo. Prima di sposarci, io parlavo e tua madre mi ascoltava affascinata. Qualche tempo dopo le nozze, era lei che parlava e io ascoltavo. Adesso parliamo tutti e due insieme e sono i nostri vicini che ascoltano".

Storiella ebraica

R. Olivi Mocenigo

Le idee fisse sono come i crampi ai piedi: il rimedio migliore è camminarci sopra.

Kierkegaard

L'arte della tassazione consiste nello spennare l'oca in modo da ottenere il maggior numero possibile di piume col minor numero possibile di strilli.

Jean Baptiste Colbert

Cadere non è pericoloso, né è disonorevole. Ma non rialzarsi è tutte e due le cose.

Konrad Adenauer

TITOLO TRICOLORE OVER 45 PER MARIO CALIANDRO

Si sono svolti al Circolo Tennis Pineta di Milano Marittima i 38esimi Campionati Italiani di tennis per medici e odontoiatri con 120 camici bianchi iscritti. Il nostro Mario Caliandro, componente della Commissione albo odontoiatri di Modena, l'anno scorso vincitore del torneo assoluto, quest'anno ha partecipato solo alla categoria over 45 dominando il torneo.
Calindro è modenese si adozione da oltre 20 anni, ma è nato a Brindisi e tennisticamente nello stesso circolo di Flavia Pennetta, oggi numero 10 al mondo, ed amica di Mario Caliandro e Guido Gualandri (modenese e numero 7 al mondo over 55) hanno giocato il doppio in coppia contribuendo alla vittoria della Coppa delle Regioni. Sempre tra i modenesi da segnalare Filippo D'Agostino, 2° negli over 50 e Mauro Manno, 3° tra gli open.

Associazione Mogli Medici Italiani
Sezione di Modena

Nello spirito del Gemellaggio tra le Sezioni AMMI di Modena e Ferrara, numerose socie delle due sezioni hanno partecipato ad un viaggio turistico a Praga. I due gruppi si sono ritrovati il 17 settembre all'aeroporto di Bologna da cui sono partiti alla volta della capitale della Republica Ceca. Intenso il programma di visita della città che ci ha condotto a scoprire le bellezze architettoniche e gli angoli più tipici e storici di Praga, nonchè il Castello di Karlstein.
Indimenticabile poi il recital, riservato al nostro gruppo, tenuto dalla soprano praghese Monica Brychtova, accompagnata al pianoforte dal marito Augustin Kuzela, che ci hanno deliziato con brani famosi del melodramma italiano. La soprano, che ha studiato molti anni a Ferrara, ha voluto così lasciarci un vivace ricordo della sua città.
Le condizioni meteo hanno favorito la visita, conclusasi con una bella escursione in battello sulla Moldava, ma soprattutto è stato il clima di amicizia e simpatia che ha animato le socie delle due Sezioni a rendere piacevole il viaggio invitandoci a programmare per il prossimo anno per un' altra capitale.

La Presidente
A. Candeli

Auguri di Natale e Felice Anno 2010

La Presidente AMMI sez. Modena Antonella Candeli, il Comitato Esecutivo, e tutte le socie porgono gli auguri più sinceri per un Santo Natale ed un Anno Nuovo ricco di pace e serenità.

FIOCCO ROSA

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite felicitazioni con l'augurio di un prospero avvenire alla piccola Viola, alla mamma Francesca e al papà Dott. Carlo Scolaro.

NOTE TRISTI

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

Alla Famiglia per il decesso del Dott. Neri Attilio.
Al Prof. Giovanni Tazzioli per il decesso del padre.
Al Dott. Eugenio Rossi Urtoler per il decesso della madre Prof.ssa Anna Maria Martini.
Alla famiglia e ai colleghi Alberto e Roberto per la scomparsa del padre Prof. Lamberto Miselli.
Al Dott. Lanfranco per il decesso del padre Dott. Danilo Corradini.
Al Dott. Pasquale Venneri per il decesso della madre.
Alla famiglia per la scomparsa della D.ssa Zefferina Laudizi.

INSEDIATO L'OSSERVATORIO REGIONALE ECM *CONFERMATI D'AUTILIA E REGGIANI*

La Giunta dell'Emilia Romagna ha deliberato il 2 novembre la costituzione dell'**Osservatorio regionale** per l'**Educazione continua** in **Medicina**. L'organo regionale eredita di fatto le funzioni della predente Commissione regionale ECM e si è insediato il 13 novembre a Bologna. Il presidente D'Autilia è stato chiamato nuovamente a ricoprire l'incarico di componente esperto dell'Osservatorio e con lui ne farà parte anche il dr. Stefano Reggiani, segretario dell'Ordine. Nella prima seduta si è ritenuto di assicurare la massima continuità al lavoro svolto in precedenza, considerando che gli eventi in attesa di essere esaminati per l'accreditamento sono 7918 relativi al triennio 2007-2009 nel corso del quale l'attività della Commissione regionale era stata sospesa in attesa del nuovo programma nazionale ECM, approvato dalla Conferenza Stato – Regioni proprio nei giorni scorsi.
Saranno così finalmente attribuiti i crediti per i corsi e i convegni che si sono già svolti nel periodo 2007 – 2009 e per i quali i colleghi non avevano potuto ricevere i relativi attestati perché l'organo valutatore e cioè la Commissione regionale ECM non era stata convocata.
Quanti sono interessasti ad acquisire ulteriori informazioni sul "Riordino del sistema di formazione continua in medicina" alla base dell'accordo Stato – Regioni può consultare il sito … oppure ….

LA FNOMCEO CONFERMA D'AUTILIA NELLA COMMISSIONE MINISTERIALE PER I QUIZ DEGLI ESAMI DI STATO

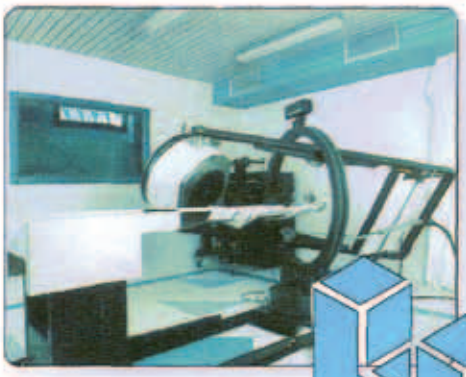
Il Comitato Centrale della FNOMCeO ha nominato il presidente dell'Ordine di Modena dr. D'Autilia quale componente della Commissione istituita presso il MIUR per la elaborazione dei quiz che costituiscono il test scritto degli Esami di Stato per l'abilitazione alla professione di medico chirurgo. Il dr. D'Autilia aveva già fatto parte della stessa Commissione ma si era dimesso un anno fa per il sovrapporsi di ulteriori impegno internazionali. L'accettazione dell'incarico è stata da lui subordinata ad un impegno dei rappresentanti della Federazione nazionale nel portare avanti una proposta di revisione dell'intero sistema di valutazione del futuro professionista iniziando dal percorso formativo universitario. In questo senso l'iter impostato presso l'Università di Modena e Reggio Emilia può rappresentare un utile punto di riferimento e di partenza per elaborare un più moderno ed efficace sistema abilitante alla professione medica.

P.E.C. IL TERMINE DEL 29 NOVEMBRE NON È PERENTORIO. LA FNOMCEO SI È ATTIVATA PER FORNIRE UNA PEC AD OGNI PROFESSIONISTA

Come è noto a tutti il 29 novembre scade il termine per l'attivazione della PEC (posta elettronica certificata) per ogni singolo professionista iscritto a un Ordine professionale. La FNOMCeO in un incontro presso il Ministero della Pubblica Amministrazione ha ottenuto rassicurazioni riguardo la non perentorietà del termine del 29 novembre (non sono infatti previste sanzioni per gli inadempienti) e nel contempo si è mossa per attivare a proprie spese per il primo anno la PEC con alcuni gestori di primaria importanza nazionale: Poste Italiane, Aruba ecc… Si invitano pertanto i colleghi ad attendere ulteriori disposizioni da parte dell'Ordine dei Medici che perverranno in tempi brevissimi. Si consigliano i colleghi di non attivare PEC con enti pubblici perché nella maggior parte dei casi tale casella è utile unicamente per la corrispondenza con lo stesso istituto.

(Consulta la Circolare FNOMCeO n.44-2009 sul sito internet)

Riceviamo da Hesperia testo rivolto ai colleghi



Scegli la tua Salute

HESPERIA

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

Sede distaccata
della Suola di Specializzazione
in Cardiochirurgia dell'Università degli
Studi di Bologna.

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

Centri Diagnostici multidisciplinari
d'avanguardia.

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

HESPERIA HOSPITAL

OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
Via Arquà, 80/A - 41125 Modena
Tel. 059.449.111 - Fax 059.39.48.40

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

HESPERIA DIAGNOSTIC CENTER

POLIAMBULATORIO PRIVATO
Via Arquà, 80/B - 41125 Modena
Tel. 059.39.31.01 - Fax 059.449.153

Direttore Sanitario Dr. Gianpaolo Lo Russo
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia

GRUPPO GAROFALO

graphic design: studio images dimitri nicola - modena, italy / supervisione: tempi moderni; roma

Aut. N°5071/4/2 del 11-11-93