

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

*UNA INTERESSANTE SENTENZA DELLA CASSAZIONE PENALE;
COMUNICAZIONI IN AMBITO OSPEDALIERO A MODENA (SPINSANTI, GATTI)*



MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

**NOI VI ASSISTIAMO A CASA
E IN STRUTTURE OSPEDALIERE**



**SERVIZI
DI ASSISTENZA
PERSONALIZZATA**

per.....

ANZIANI

MALATI

DISABILI

**SERVIZI
DI SOSTEGNO:**

SALTUARI

CONTINUATIVI

PART-TIME

**GIORNALIERI/
NOTTURNI**

24 ORE SU 24

**FINE
SETTIMANA**



chiamateci

MODENASSISTENZA

059 / 221122

Via Ciro Menotti, 43 - Modena

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI MODENA

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. Lodovico Arginelli – Dr. Marco Baraldi

Dr. Luigi Bertani – Dr. Adriano Dallari

D.ssa Azzurra Guerra – Dr. Giacinto Loconte

Dr. Paolo Martone – Dr. Michele Pantusa

Prof. Francesco Rivasi – Dr. Francesco Sala

D.ssa Laura Scaltriti

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi – Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Roberto Olivi

Componenti:

Dr. Giovanni Bertoldi - Dr. Carlo Curatola

Revisore dei conti supplente:

D.ssa Marisa Zanini

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli

Dr. Vincenzo Malara

Prof. Mario Provvigionato

Direzione e Amministrazione:

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

Email: ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione:

dr L. Arginelli - dr L. Bertani

dr M. Cinque - dr C. Curatola

dr A. Dallari - dr P. Martone

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

Realizzazione Editoriale:

Pol. Mucchi - Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977



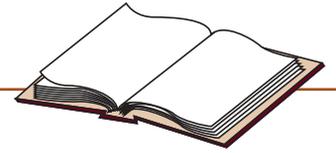
EDITORIALE	4
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	5
FEDERAZIONE NAZIONALE	7
.....
DI PARTICOLARE INTERESSE	8
.....
CORSI, CONVEGNI E CONGRESSI	20
ARTE E DINTORNI.....	21
BIBLIOTECA	22



In copertina:
"Piazzetta delle Ova"
di Cappelli Evaristo

IL FUTURO È GIÀ INIZIATO...

PRIME RIFLESSIONI SULLA RIFORMA DEGLI ORDINI PROFESSIONALI



Vi sono molti modi di affrontare le novità che si stanno profilando all'orizzonte legislativo sul tema caldo delle professioni in Italia e sulla politica dell'attuale Governo in questo ambito.

Il primo è quello, comodo e abbastanza fruttifero in termini di consenso tra i colleghi, dell'opposizione dura e ferma supportata da proclami con associata enfasi sempre premiante.

Il secondo è quello che la Federazione Nazionale sta cercando di mettere in atto con una puntuale e capillare opera di rapporti con le istituzioni che dovranno poi costituire il naturale riferimento nella gestione successiva al passaggio legislativo. Non mancano, né potrebbe essere diversamente, oggettivi momenti conflittuali tra le parti, ma tutti siamo consapevoli che è finito il tempo delle chiacchiere e dei proclami finì a se stessi.

Che gli Ordini professionali non fossero più al passo con i tempi moderni ce lo siamo sempre detti, magari sottovoce, ed ognuno ha cercato, soprattutto in quest'ultimo decennio, di aggiornare il ruolo del proprio Ordine con iniziative che i colleghi hanno subito percepito e condiviso come indispensabili per una nuova epoca. Corsi di aggiornamento sui temi peculiari della Professione: responsabilità professionale, bioetica, privacy, solo per citarne alcuni, convegni sulle grandi scelte dei nostri tempi, coinvolgimento nei programmi pubblici della Salute dai Ministeri fino alle province e ai comuni, difesa comunque della qualità dell'atto medico ovunque esso si svolga. Questi sono stati gli impegni degli ultimi anni: ciononostante si percepiva chiara la sensazione di una inadeguatezza dell'attuale strumento ordinistico per gestire la Professione. E quindi si potrebbe dire: ben venga la riforma.

Certo, purché ci sia chiarezza su alcuni punti. Anzitutto d'accordo sulla limitazione temporale degli incarichi ordinistici e sui criteri di elezione degli organi istituzionali che devono prevedere il rispetto delle minoranze. Questa d'altro canto è sempre stata una battaglia dell'Ordine di Modena. Sulle procedure disciplinari abbiamo qualche fondata perplessità. Concepire

infatti un organo regionale che giudichi, ad esempio, il collega iscritto al nostro Ordine, significa far venire meno la rilevanza di quei criteri che sono sempre stati di supporto alle decisioni sofferte sulla irrogazione o meno della eventuale sanzione. Solo i consiglieri dell'Ordine di appartenenza infatti conoscono, e non sempre, le condizioni (spesso ambientali) nelle quali si è sviluppato un evento che ha poi determinato l'apertura del procedimento disciplinare a carico del collega. E se è vero che si vuole da parte del Legislatore affermare il criterio della terzietà nella definizione del giudizio, è altrettanto vero che nella nostra professione sono e saranno sempre troppe le variabili per poter essere valutati come avviene in altri ambiti.

Noi curiamo la gente, i cittadini, i pazienti. E la salute non passa facilmente attraverso i canali della semplificazione, che appartiene invece ai mass media e ai loro input da prima pagina. Non siamo insomma persone da catena di montaggio, perché la relazione con la persona ammalata costituisce ancora il fulcro del nostro operare. Non possiamo soggiacere, come vorrebbe qualcuno, alle regole del mercato tout court e scoprirci essere imprese. Anche in Europa si comincia a cambiare opinione su questo sciagurato aspetto. Per ultimo, ma non certo per importanza, la prevista verifica della qualità sulle prestazioni sanitarie che riguarderà gli Ordini e le associazioni professionali. Elemento questo richiesto spesso e mai concesso. Si tratta di verificare adesso impegni e soprattutto risorse che serviranno anche per favorire l'ingresso dei giovani laureati nella professione. Molta carne al fuoco, insomma, che dovrà essere cotta nei prossimi due-tre anni visto che il Governo avrà diciotto mesi per emanare i decreti legislativi e due anni per quelli correttivi e integrativi. Ci sarà pertanto sufficiente tempo per intervenire nelle sedi opportune per portare il contributo fattivo di chi ha a cuore il futuro della Professione. Sperando che ci ascoltino, naturalmente... Intanto sarà proprio il caso di pensare ad un sereno Natale.

Auguri !!!!!!!!!!!!!

Il presidente

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

5

*Augura
un sereno Natale
e un Felice
Anno Nuovo*



VALUTAZIONE DEL RISCHIO RUMORE NEGLI STUDI MEDICI E ODONTOIATRICI

Entro il 14.12.06 è fatto obbligo in tutti i luoghi di lavoro, studi con dipendenti, di effettuare la valutazione del rischio rumore.

Per approfondimenti a tal scopo si rimanda a quanto scritto nella pubblicazione "Dai piroscafi alla privacy", distribuita da questo Ordine a tutti gli iscritti.

Nel caso in cui non sia necessario effettuare la misurazione del livello del rumore, condizione che si realizza nella quasi totalità degli studi medici e odontoiatrici per manifesta assenza di fonti di rumorosità significative, può essere opportuno, anche se non è un obbligo in luoghi di lavoro con meno di dieci dipendenti, produrre una dichiarazione scritta del tipo:

VALUTAZIONE DEL RISCHIO RUMORE

Come previsto dal Dlgs 195/06, nell'ambito della valutazione dei rischi di cui all'Art. 4 del Dlgs. 626/94 è stata effettuata la **valutazione del rischio rumore** presso lo studio in oggetto nei modi previsti dalla normativa. Ritenendo **fondatamente** che non siano superati i **valori inferiori di azione** non viene effettuata la misurazione strumentale, data e firma.

A. Addamo

CONVEGNO ENPAM
Modena
31 marzo 2007

Per saperne di più sul tuo futuro previdenziale...

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO martedì 24 ottobre 2006

Il giorno martedì 24 ottobre 2006 - ore 21,30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Vincenzo Malara.

1. approvazione verbale seduta di Consiglio del 25 settembre 2006;
2. variazioni agli albi professionali;
3. comunicazioni del presidente;
4. camere conciliative: bozza del progetto modenese (D'Autilia, Gozzi);
5. proposte editoriali per il 2007;
6. convegno Enpam: 31 marzo 2007 (D'Autilia, Loconte);
7. ipotesi di modifiche dello statuto Enpam: prime valutazioni;
8. delibere amministrative (Addamo);
9. delibere pubblicità sanitaria;
10. varie ed eventuali

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Iscrizione per trasferimento		N. Iscriz.
BOSELLI	FRANCO	6035
FRANCO	FRANCESCA	6036

Cancellazione Albo Medici per morosità e irreperibilità
ABDALLAH KHALED 5547

ALBO ODONTOIATRI

Iscrizione Albo Odontoiatri mantenuta iscrizione
Albo Medici Chirurghi N. Iscriz.
PELLICANO' DOMENICO 0689

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI lunedì 23 ottobre 2006

Il giorno lunedì 23 ottobre 2006 - ore 21 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli,
Dott. Mario Calandro, Dott. Roberto Gozzi,
Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvigionato.

1. Approvazione verbale del 5.9.2006;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Pubblicità sanitaria;
4. Camere Arbitrali: discussione (si prega di esaminare il materiale che verrà inviato per posta);
5. Riforma delle professioni intellettuali;
6. Opinamento parcelle odontoiatriche;
7. Varie ed eventuali.

NOTIZIE DAL FRONTE...

Come tutti i colleghi sanno nella primavera di quest'anno intervenimmo con un ampio ed articolato documento sul tema dell'inceneritore a Modena.

Il dibattito che ne è seguito ha coinvolto tutta l'opinione pubblica che si è schierata con il Consiglio dell'Ordine.

Dopo qualche tempo fummo ricevuti in Provincia dove esponemmo le nostre ragioni.

Il Comune ci mandò messaggi indiretti; avrebbe provveduto quanto prima ad organizzare un'audizione in Consiglio Comunale. Lo stesso giornalino del Comune nel numero di settembre annuncia l'audizione ormai imminente.

Desideriamo informare i colleghi che mentre andiamo in stampa - 20 novembre 2006 - l'Ordine dei Medici non ha ricevuto ancora l'invito ufficiale per un'audizione in Comune.

Su questa posizione si potrebbero esprimere molte opinioni, ma preferiamo mantenere un atteggiamento coerente e responsabile.

Per questo, di fronte a una sensibilità così spiccata dell'Amministrazione Comunale nei confronti del tema della salute dei propri cittadini ci limitiamo per il momento ad augurare a tutti, ma proprio a tutti, Buon Natale.

Il Presidente



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri torna con alcune riflessioni sul tema dell'errore in medicina, chiamando in causa il ruolo centrale dei media

“Dopo il fragore delle notizie sui presunti morti in ospedale per errori medici, dati che immediatamente abbiamo denunciato come infondati e che poi sono stati smentiti dalle stesse fonti, è necessario che resti alta l'attenzione dei mass-media sulle iniziative concluse e quelle da assumere per promuovere la sicurezza delle cure” ha dichiarato Amedeo Bianco, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

“Il fenomeno “errori evitabili”, vero e proprio “tallone di Achille” di tutti i moderni servizi sanitari – ha continuato – sottraendo qualità e risorse ai servizi e soprattutto fiducia ai cittadini, rappresenta un nemico minaccioso da combattere con tutte le armi disponibili compresa una corretta informazione in grado di ricoprire un ruolo importante in questa guerra.

È infatti di straordinaria utilità una comunicazione capace di dare il giusto risalto alle attività avviate nelle aziende sanitarie, presso gli Assessorati regionali competenti, presso il Ministero della Salute con l'obiettivo di valutare e, se necessario, correggere i processi di diagnosi e cura, al fine di garantire la sicurezza.

Queste iniziative di “risk management”, fondate su una sistematica analisi di molteplici fattori di rischio, legati alla specificità delle patologie trattate, ai bisogni ed alle caratteristiche di ciascun paziente, così come alla complessità dei contesti tecnologici, professionali ed assistenziali, vanno supportate da coerenti processi di formazione degli operatori affinché il tema dell'errore evitabile venga strappato alla cultura dei silenzi complici e della mera colpevolezza del singolo”.

Secondo il Presidente della FNOMCeO “Gli errori evitabili si annidano nei sistemi in proporzione diretta alla loro complessità e ai livelli di inadeguatezza organizzativa e gestionale: ecco perché gli strumenti per evitare gli errori portano al miglioramento continuo della qualità professionale e dei servizi e ottimizzano il contenuto e le modalità delle relazioni tra cittadini e professionisti e tra questi e le Istituzioni sanitarie.

La stessa tutela assicurativa, che oggi si stima comporti oneri annui alle aziende sanitarie per circa 550 milioni di euro, se supportata da politiche serie di prevenzione e gestione del rischio clinico, potrebbe comportare, come già avvenuto in alcune aziende, una riduzione dei costi e le conseguenti economie potrebbero essere reinvestite in sicurezza, così da scoraggiare le pratiche difensive e, nel contempo, permettere di riconoscere in tempi certi e ragionevoli il giusto risarcimento a coloro che eventualmente abbiano subito un danno evitabile.

“Sarebbe opportuno – ha concluso Bianco – che, anche attraverso l'analisi degli errori, il diritto alla tutela della salute e quindi alla sicurezza delle prestazioni, tornassero al centro delle politiche sanitarie. Per quanto riguarda l'informazione potrà ancora di più rendersi utile se riuscirà a dar voce, oltre al fragore degli alberi che cadono anche al brusio della foresta che cresce.

Tutti i messaggi pubblicitari contenuti nel presentestampato hanno finalità promozionale. Le informazioni relative alle condizioni contrattuali sono elencate nei fogli informativi a disposizione della clientela presso tutte le filiali della Banca popolare dell'Emilia Romagna.

L'impossibile chiedilo alle fate...



Numero Verde
800-205040

...per tutto il resto

c'è **FragolaBlu**

il prestito personale
di Banca popolare
dell'Emilia Romagna

importo del prestito da 1.500 a 20.000 euro
rimborsabili fino a 60 mesi,
tasso fisso o variabile

rapidità e facilità di erogazione

copertura assicurativa per morte
o invalidità permanente da infortunio
compresa nel prestito

Consenso '06



Banca popolare
dell'Emilia Romagna

GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

www.bper.it

La banca per la famiglia

28/10/2006 - CASSAZIONE PENALE: RESPONSABILITÀ MEDICA DI EQUIPE

In materia di colpa professionale di "équipe", ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'"équipe" in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale".

La Cassazione ha confermato la pronuncia dei giudici di appello che, con la citata motivazione, avevano

a propria volta sostanzialmente confermato la decisione di primo grado di condanna di due medici che avevano causato la morte della partoriente nel corso di un intervento di taglio cesareo per errata manovra di intubazione a seguito di anestesia generale. La Corte d'appello aveva altresì rilevato che nel caso di specie si era trattato di "errori piuttosto banali e comunque relativi proprio alla attività di anestesista" del condannato.

Data la rilevanza dei temi trattati nella sentenza il Comitato di redazione ritiene opportuna la sua integrale pubblicazione.

Corte di Cassazione - Sezione Quarta Penale, Sentenza 6 ottobre 2006, n. 33619: Omicidio colposo - Attività medica d'equipe.

Il Tribunale di Cosenza condannava Borselli Riccardo e Iaquina Umberto alla pena ritenuta di giustizia per aver colposamente cagionato, nella loro qualità di medici presso l'ospedale civile di S. Giovanni in Fiore, la morte di Minardi Maria Antonia, nel corso di un intervento di parto cesareo, in particolare per aver entrambi errato la manovra di intubazione a seguito di anestesia generale introducendo per due volte la cannula nell'esofago invece che in trachea e determinando così anossia prolungata con exitus (evento in S. Giovanni in Fiore il 6 febbraio 1998). A seguito di gravame ritualmente proposto nell'interesse di Borselli e Iaquina, la Ca di Catanzaro dichiarava inammissibile l'impugnazione proposta dal Borselli - sull'asserito rilievo dell'inosservanza di talune formalità previste dal codice di rito a pena di inammissibilità - e, quanto a Iaquina, confermava l'impugnata decisione, motivando il proprio convincimento con argomentazioni che possono così riassumersi:

- a) era infondata l'eccezione di prescrizione del reato posto che il decorso del relativo termine aveva subito taluni periodi di sospensione, per un tempo complessivo di oltre 18 mesi, in conseguenza di rinvii disposti su richiesta della difesa di Iaquina stesso per impedimento del difensore, nonché (dal 17 luglio 2003 al 19 febbraio 2004) per l'eventuale esercizio della facoltà di avvalersi del patteggiamento "allargato" ai sensi della legge 134/03;
- b) alla visita anestesiológica cui la Minardi si era sottoposta in vista dell'intervento, non erano emer-

- se controindicazioni di sorta;
- c) in occasione dell'intervento di parto cesareo la paziente aveva manifestato i primi sintomi di sofferenza da ipossigenazione dopo l'intubazione necessaria a garantire l'ossigeno, tanto da indurre i sanitari ad una nuova introduzione del tubo nella trachea;
- d) nonostante il secondo tentativo la situazione era degenerata in arresto cardiaco che aveva portato al decesso della paziente;
- e) dalla consulenza tecnica disposta dal Pm e dalla perizia autoptica era emerso che il decesso era stato determinato da prolungata anossia conseguente a mancata intubazione: dato conforme alle risultanze della cartella clinica, dell'esame istopatologico e degli elementi valutativi acquisiti in occasione delle deposizioni dei vari testimoni escusati (in particolare, tra i vari elementi, la presenza di sangue di colore scuro - e quindi scarsamente ossigenato ~ pochi minuti dopo la prima intubazione);
- f) l'individuazione della causa della morte nell'errato inserimento del tubo endotracheale poteva dirsi quale dato acquisito e non revocabile in dubbio;
- g) lo stato di salute del neonato appariva elemento poco probante per escludere il difetto di ossigenazione della madre posto che il chirurgo aveva provveduto pochissimi minuti dopo la prima intubazione all'apertura della fascia addominale ed alla rapida estrazione del feto: dunque, stante la rapidità del parto, il feto aveva potuto godere di autonomi meccanismi di compensazione idonei

ad ovviare alle carenze improvvise della madre (mentre il bambino era stato portato alla luce in buona salute);

- h) appariva priva di pregio la tesi difensiva dello Iaquina, secondo cui questi avrebbe svolto un ruolo del tutto marginale nella vicenda mentre responsabile dell'intervento sarebbe stato il Borselli; la Corte distrettuale evidenziava che secondo l'indirizzo consolidato delineatosi in materia nella giurisprudenza di legittimità, nel caso di interventi in "equipe" ciascun sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle mansioni specificamente ed effettivamente svolte, ma deve costituire anche una sorta di garanzia per la condotta degli altri componenti e porre quindi rimedio agli eventuali errori altrui, purché siano evidenti per un professionista medio e non settoriali di una specifica disciplina estranea alle sue cognizioni;
- i) nella concreta fattispecie si era trattato di errori piuttosto banali e comunque relativi alla comune attività di anestesista dei due imputati: in una prima fase, relativa all'intubazione -errata - da parte del Borselli, lo Iaquina, procedendo all'auscultazione, con il fonendoscopio, del torace della paziente, non si era accorto dell'errore del collega ed aveva dato il proprio beneplacito all'inizio dell'intervento; nella seconda fase era stato personalmente lo Iaquina a procedere all'intubazione;
- l) lo Iaquina aveva partecipato dunque attivamente alle due fasi dell'anestesia, entrambe caratterizzate da manovre errate;
- m) risultava priva di fondamento l'eccezione di violazione del principio di correlazione tra la contestazione e la sentenza, avendo l'imputazione mossa allo Iaquina fatto espresso riferimento alla errata manovra di intubazione costituita dall'aver introdotto per due volte la cannula nell'esofago invece che nella trachea;
- n) alcuna incidenza avevano avuto le condizioni fisiche della Minardi, risultando dagli atti che la donna non presentava tracce di patologie preesistenti che potessero aver contribuito per via organica alla ipossigenazione, ed aveva caratteristiche strutturate (conformazione del collo, diametro boccale, distanza delle corde vocali) del tutto normali ed idonee a consentire un'agevole intubazione, come peraltro confermato anche dalla visita preanestesiologica che non aveva evidenziato alcuna anomalia. Hanno proposto ricorso per Cassazione lo Iaquina ed il Borselli. All'udienza del 2 febbraio 2006, essendo risultato deceduto l'avvocato Giuseppe Mazzotta, difensore di fiducia e domiciliatario dello Iaquina, è stato disposto lo stralcio degli atti relativi alla posizione di quest'ultimo ed è stato deciso il ricorso del solo

Borselli. Il procedimento relativo al ricorso dello Iaquina è stato quindi rinviato all'odierna udienza, con avviso al difensore di ufficio avvocato Falcolini ed avviso per lo Iaquina, ai sensi dell'articolo 161, comma 4, Cpp, allo stesso avvocato Falcolini, non essendo pervenuta nomina di altro difensore di fiducia da parte dell'imputato, in sostituzione dell'avvocato Mazzotta deceduto, e nemmeno altra dichiarazione o elezione di domicilio (essendo divenuta impossibile la notifica presso il precedente domiciliatario, lo stesso avvocato Giuseppe Mazzotta, perché, appunto, deceduto).

Le censure dedotte dallo Iaquina possono così sintetizzarsi:

- 1) asserita violazione del principio di correlazione tra contestazione e sentenza;
- 2) la Ca avrebbe errato nel computo dei periodi di sospensione del decorso della prescrizione avendo calcolato anche il periodo relativo al rinvio richiesto dalla parte ai sensi della legge 134/03;
- 3) vizio motivazionale in ordine alla -ritenuta colpevolezza dello Iaquina poiché questi sarebbe intervenuto dopo la comparsa del sangue scuro - segno di rilevante anossia - e quindi allorché la paziente doveva considerarsi già deceduta..

Motivi della decisione

Il Collegio rileva l'inammissibilità del gravame per i motivi di seguito precisati.

La doglianza relativa all'omessa correlazione tra accusa contestata e sentenza è manifestamente infondata, giacché, secondo giurisprudenza costante di questa Corte (Cassazione Su, 16/1996 rv.205619), per aversi mutamento del fatto occorre una trasformazione radicale, nei suoi elementi essenziali, della fattispecie concreta nella quale si riassume la ipotesi astratta prevista dalla legge, si da pervenire ad un'incertezza sull'oggetto dell'imputazione da cui scaturisca un reale pregiudizio dei diritti della difesa; ne consegue che l'indagine volta ad accertare la violazione del principio suddetto non va esaurita nel pedissequo e mero confronto puramente letterale fra contestazione e sentenza, perché, vertendosi in materia di garanzie e di difesa, la violazione è del tutto insussistente quando l'imputato, attraverso l'iter del processo, sia venuto a trovarsi nella condizione concreta di difendersi in ordine all'oggetto dell'imputazione: nel caso in esame l'affermazione di responsabilità dello Iaquina risulta basata sull'imperita auscultazione polmonare nella prima intubazione eseguita dal Borselli e sull'errata intubazione effettuata una seconda volta dallo Iaquina personalmente, sicché si tratta di operazioni concernenti la stessa attività (intubazione), cui si riferisce il capo di imputazione. A ciò aggiungasi che uniforme giurisprudenza di questa Corte (Cassazione sez. quarta, 27851/04

rv.229071, fra le più recenti) afferma che nei procedimenti per reati colposi, quando nel capo d'imputazione sono stati contestati elementi "generici" e "specifici" di colpa, non sussiste violazione del principio di correlazione tra sentenza ed accusa nel caso in cui il giudice abbia affermato la responsabilità dell'imputato per un'ipotesi di colpa diversa da quella specifica contestata; infatti, il riferimento alla colpa generica (nella concreta fattispecie con l'indicazione dell'imperizia) evidenzia che la contestazione riguarda la condotta dell'imputato globalmente considerata, sicché questi è in grado di difendersi relativamente a tutti gli aspetti del comportamento tenuto in occasione dell'evento di cui è chiamato a rispondere. Parimenti destituita di qualsiasi fondamento risulta la censura relativa alla ritenuta insussistenza dei presupposti per la declaratoria di prescrizione. Appare infatti esatto il computo delle sospensioni del termine prescrizionale, calcolate dalla Corte territoriale per un periodo complessivo di oltre 18 mesi (precisamente si tratta di 18 mesi e 16 giorni), anche con riferimento al rinvio richiesto in applicazione dell'articolo 5 della legge 134/03, giacché il secondo comma della citata disposizione espressamente prevede che "il dibattimento è sospeso per un periodo non inferiore a quarantacinque giorni e durante tale periodo sono sospesi i termini di prescrizione": sicché la predetta causa estintiva maturerà il 22 febbraio 2007. Con riferimento al vizio motivazionale, va ribadito che l'indagine di legittimità sul discorso giustificativo della decisione ha un orizzonte circoscritto, dovendo il sindacato demandato alla Corte di cassazione essere limitato ~ per espressa volontà del legislatore - a riscontrare l'esistenza di un logico apparato argomentativo sui vari punti della decisione impugnata, senza possibilità di verificare l'adeguatezza delle considerazioni di cui il giudice di merito si è avvalso per sottolineare il suo convincimento, o la loro rispondenza alle acquisizioni processuali (tranne che si verta nell'ipotesi introdotta con la legge 46/2006, estranea ai motivi enunciati con il ricorso). L'illogicità della motivazione, come vizio denunciabile, deve essere di spessore tale da risultare percepibile *ictu oculi*, dovendo il sindacato di legittimità al riguardo essere limitato a rilievi di macroscopica evidenza, restando ininfluenti le minime incongruenze e considerandosi disattese le deduzioni difensive che, anche se non espressamente confutate, siano logicamente incompatibili con la decisione adottata, purché siano spiegate in modo logico ed adeguato le ragioni del convincimento senza vizi giuridici (Cassazione Su 24/1999 rv.214794).

La Corte territoriale ha dimostrato in maniera ineccepibile come la responsabilità del decesso sia ascrivibile allo Iaquinta. Infatti, i giudici di seconda

istanza, rispondendo a tutte le doglianze mosse, hanno evidenziato che l'annerimento del sangue, constatato subito dopo l'inizio dell'intervento, fu il sintomo iniziale della sofferenza acuta da ipossigenazione; ed hanno altresì sottolineato che, in materia di colpa professionale di "équipe", ogni sanitario è responsabile non solo del rispetto delle regole di diligenza e perizia connesse alle specifiche ed effettive mansioni svolte, ma deve anche conoscere e valutare le attività degli altri componenti dell'"équipe" in modo da porre rimedio ad eventuali errori posti in essere da altri, purché siano evidenti per un professionista medio, giacché le varie operazioni effettuate convergono verso un unico risultato finale; la Ca non ha mancato infine di precisare che, nella concreta fattispecie, si è trattato di errori piuttosto banali e comunque relativi proprio alla attività di anestesista dello Iaquinta.

Questi non si è avveduto della prima manovra di intubazione eseguita dal Borselli, ed ha provveduto ad effettuare la seconda, erronea; sicché "ha partecipato attivamente alle due fasi della anestesia, entrambe errate" (per come si legge testualmente nell'impugnata sentenza); ciò costituisce elemento tranciante rispetto all'affermazione dello Iaquinta secondo cui questi sarebbe intervenuto solo allorché si era già verificato il decesso della Minardi (affermazione peraltro priva di qualsiasi fondamento alla luce di quanto ritenuto accertato in sede di merito dalla Corte territoriale: quest'ultima ha precisato, infatti, che la situazione degenerò in arresto cardiaco dopo la seconda introduzione del tubo nella trachea della Minardi).

Contrariamente a quanto affermato dal ricorrente (peraltro con argomentazioni generiche ed assertive), il convincimento espresso dalla Corte distrettuale si pone anche del tutto in sintonia con i principi enunciati in materia da questa Corte a Su (Su 10 luglio 2002, Franzese): si è trattato infatti di un banalissimo intervento di taglio cesareo, eseguito su persona del tutto sana e priva di controindicazioni alla anestesia, deceduta soltanto a causa di un'errata manovra di intubazione, posta in essere dallo Iaquinta per le ragioni già illustrate.

Alla declaratoria di inammissibilità segue, per legge, la condanna del ricorrente al pagamento delle spese processuali, nonché (trattandosi di causa di inammissibilità riconducibile alla volontà, e quindi a colpa, del ricorrente: cfr. Corte costituzionale, sentenza 186/00) al versamento a favore della cassa delle ammende di una somma che si ritiene equo e congruo determinare in euro mille.

P.Q.M.

Dichiara inammissibile il ricorso e condanna il ricorrente al pagamento delle spese processuali e della somma di euro 1.000,00 in favore della cassa delle ammende.

INDAGINE CONOSCITIVA: “COMUNICAZIONE IN AMBITO OSPEDALIERO NELLA PROVINCIA DI MODENA: INFORMAZIONE AI PAZIENTI, CONSENSO INFORMATO, INFORMAZIONE TRA GLI OPERATORI.”

AUTORI: PROF. SANDRO SPINSANTI, DOTT.SSA ARIANNA GATTI

Introduzione

Nonostante negli ultimi anni il tema della comunicazione abbia ricoperto un ruolo di rilievo nel dibattito sulla pubblica amministrazione, il problema delle relazioni tra personale sanitario e pazienti è ancora aperto e suscita dubbi in merito all'effettiva realizzazione nella prassi quotidiana.

Il Comitato Etico Provinciale di Modena, costituito da Azienda Policlinico, Azienda USL e Università, ritenendo l'informazione e la comunicazione in ambito sanitario presupposti fondamentali per la partecipazione del cittadino alle scelte sulla propria salute, nel 2005 ha promosso un'indagine conoscitiva per verificare la situazione negli ospedali della provincia, evidenziare eventuali criticità e offrire alle Aziende e agli operatori spunti di miglioramento. Inoltre, attraverso tale ricerca, si è cercato di sensibilizzare operatori e degenti al tema della comunicazione e dell'informazione relativa al Consenso Informato.

Il progetto ha coinvolto medici, infermieri e pazienti ricoverati con l'intento di focalizzare il problema della comunicazione dai diversi punti di vista.

Materiali e metodi

E' stato istituito un gruppo di lavoro, costituito da alcuni componenti del Comitato Etico, per definire in modo più dettagliato l'ambito della ricerca: temi da affrontare e modalità operative da seguire. Il percorso si è sviluppato attraverso cinque fasi. Nella prima parte si è svolta una ricerca bibliografica per capire quale fosse lo stato attuale dell'arte e individuare meglio i punti di criticità.

In seguito sono stati redatti due questionari, uno per il personale sanitario e uno per i pazienti. Si trattava di questionari semi-strutturati volti a rilevare dati anagrafici per stratificare il campione, dati relativi alle informazioni fornite o ricevute all'ingresso in ospedale, informazioni durante il ricovero e un focus specifico sul Consenso Informato. Il questionario som-

ministrato al personale sanitario, sebbene ricalcasse gli stessi temi proposti ai pazienti, presentava delle specificità in ordine al trattamento delle “cattive notizie” e alla comunicazione interna.

Tabella 1 – Questionario pazienti QUESTIONARIO PAZIENTI

1. Sesso
2. Età
3. Nazionalità
4. Titolo di studio
5. Professione
6. Ricorda da chi ha ricevuto le informazioni organizzative (orari di visita, figure di riferimento, pasti...)?
7. Quali informazioni ha ricevuto?
8. Al momento del ricovero le è stato chiesto se voleva che le informazioni che la riguardano fossero trasmesse ad altri?
9. All'interno del reparto le è stato fornito materiale informativo?
10. L'ha trovato comprensibile?
11. È stato informato periodicamente sul suo stato di salute?
12. Ha avuto un medico di riferimento?
13. Sa che cos'è il Consenso Informato?
14. Se sì (alla 13), Le è mai stato richiesto il Consenso Informato?
15. Chi le ha fornito le informazioni sul trattamento proposto?
16. Le è stata fornita una copia del Consenso Informato firmato?
17. Ritiene che le sia stato concesso il tempo necessario per decidere se sottoporsi al trattamento sanitario proposto?
18. Nella sua opinione, a cosa serve il modulo di Consenso Informato?
- 14/bis. Se no (alla 13), durante il ricovero, le è stato chiesto di firmare qualche modulo?
- 15/bis. Si ricorda per quale motivo?

19. E' complessivamente soddisfatto delle informazioni ricevute all'interno dell'ospedale?
20. Ripensando alla sua esperienza, c'è qualcosa che cambierebbe? Su cosa e come avrebbe desiderato essere informato?
21. Cosa ha apprezzato di più nel rapporto con gli operatori?

Tabella 2 – Questionario personale sanitario
QUESTIONARIO PERSONALE SANITARIO

1. Sesso
2. Età
3. Qualifica professionale attuale
4. Anni di servizio professionale
5. Anni di servizio nel Presidio attuale
6. Nella vostra Unità Operativa, chi fornisce le informazioni organizzative al paziente?
7. Quali sono le prime informazioni fornite al paziente che entra in ospedale?
8. Al momento del ricovero, viene richiesto al paziente se vuole che le informazioni che lo riguardano siano trasmesse ad altri?
9. Presso la vostra Unità Operativa, ai nuovi degenti, viene abitualmente fornito materiale informativo?
10. Chi provvede alla redazione e all'aggiornamento del materiale informativo?
11. Secondo lei, i pazienti sono informati periodicamente sul loro stato di salute?
12. Ad ogni paziente viene assegnato un medico di riferimento?
13. Nel caso di "cattive notizie" (aggravamenti, prognosi severa...), con quali modalità avviene la comunicazione al paziente o ai familiari?
14. Parlando con i pazienti ha mai avvertito il rischio di un eccessivo coinvolgimento emotivo?
15. Presso la vostra Unità Operativa, per quali procedure è richiesto il Consenso informato?

16. Esiste un elenco scritto delle procedure per cui è richiesto il Consenso informato?
17. Chi informa i pazienti per ottenere il Consenso informato nelle varie procedure?
18. Escludendo le urgenze, in quale momento è richiesto il Consenso informato?
19. E' capitato che i pazienti, dopo essere stati informati, rifiutassero di sottoporsi ad un trattamento?
20. Al paziente viene fornita copia del Consenso informato?
21. Dove viene conservato il modulo di Consenso Informato firmato?
22. Nella sua opinione, cosa rappresentano i moduli di Consenso informato scritto?
23. Il vostro reparto è dotato di una sala riunioni?
24. C'è l'abitudine ad incontrarvi periodicamente tra di voi?
25. Con quale frequenza?
26. Ha suggerimenti per migliorare gli aspetti comunicativi nel suo reparto e con i pazienti?

Una terza fase operativa, presso i diversi ospedali, prevedeva la somministrazione dei questionari ai pazienti disponibili e prossimi alla dimissione (max 5 per reparto) e agli operatori designati (primario, medico di reparto, capo-sala e infermiere).

Il campione intervistato è risultato avere una composizione qualitativa simile all'universo che rappresenta (età, genere...), tuttavia i dati che seguono non pretendono di rappresentare in modo statisticamente significativo la realtà indagata. Sebbene il numero di interviste svolte non sia molto elevato, si è ritenuto sufficiente per evidenziare delle tendenze e offrire elementi di conoscenza e suggestioni sulla situazione della comunicazione negli ospedali della provincia.

Tabella 3 – Ospedali e Unità Operative coinvolti

Ospedale U.O.	medicina	chirurgia	oncologia	ortopedia	pediatria	ginecologia	radiologia	anestesia
Policlinico	X	X	X	X	X	X	X	X
Baggiovara	X			X			X	X
Carpi	X	X	X	X	X	X	X	X
Pavullo	X	X		X	X	X	X	X
Vignola	X	X		X			X	X
Mirandola	X	X	X	X	X	X	X	X

La quarta fase del progetto prevedeva la raccolta e analisi dei dati e infine, l'ultima fase, una valutazione dei dati con la collaborazione di tutti i membri del Comitato Etico.

Risultati

L'indagine ha avuto una durata complessiva di cinque mesi (settembre 2005 – gennaio 2006) ed ha coinvolto tutti i reparti previsti dal disegno di ricerca.

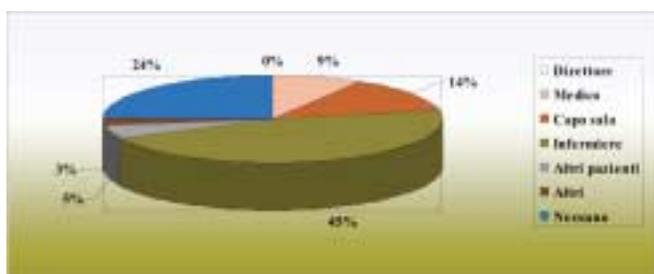
I pazienti intervistati (n. 94) sono stati in leggera maggioranza donne, italiani e di età piuttosto avanzata (48% ultra-sessantacinquenni).

Circa la metà (49%) erano quindi pensionati e con un basso titolo di studio. Anche il personale sanitario intervistato (n. 129) era in prevalenza femminile (61%), di età compresa tra i 45 e i 54 anni (39%) e con esperienza professionale ventennale (35%).

• Le risposte dei pazienti

Il 45% dei pazienti ha dichiarato che, al momento del ricovero, le informazioni organizzative sulla gestione del reparto sono state fornite dagli infermieri; è però molto significativo che il 24% degli intervistati non abbia ricevuto alcuna informazione di questo tipo.

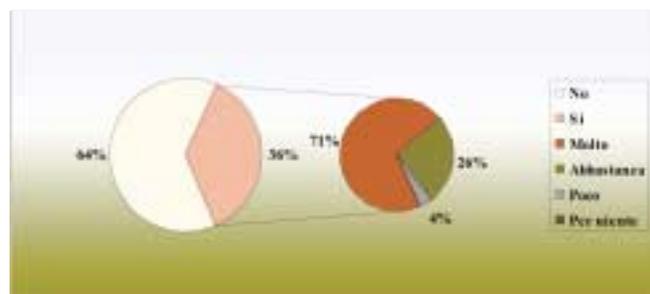
Domanda 6 - Al momento del ricovero, da chi ha ricevuto le informazioni organizzative?



Di tutti gli intervistati solo il 36% ha dichiarato di aver ricevuto del materiale informativo sul periodo di degenza (opuscoli informativi, volantini...) e tra coloro che l'hanno ricevuto la larga maggioranza (71%) l'ha trovato molto comprensibile.

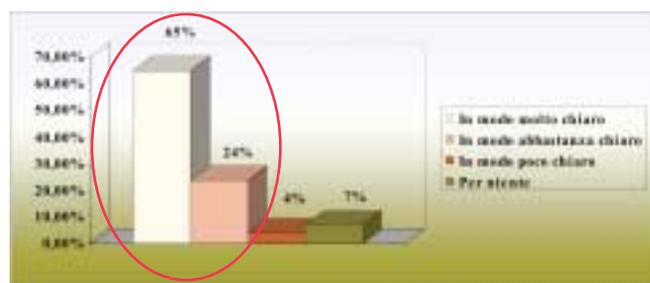
Questo significa che esiste una buona costruzione di un percorso informativo per i pazienti, che però non trova adeguata applicazione nella prassi quotidiana dei reparti.

Domanda 9 -10 - All'interno del reparto le è stato fornito materiale informativo? L'ha trovato comprensibile?

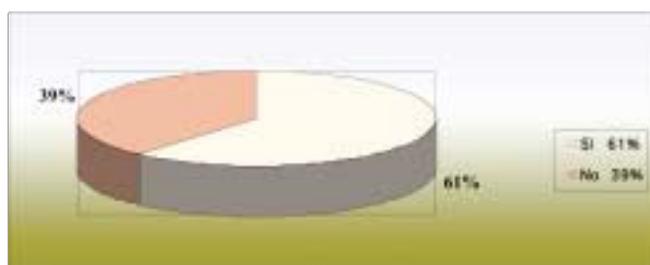


L'89% dei pazienti intervistati ha dichiarato di aver ricevuto un'adeguata informazione sul proprio stato di salute e il 61% di aver avuto un medico di riferimento che forniva aggiornamenti e a cui rivolgersi per chiedere chiarimenti.

Domanda 11 - E' stato informato periodicamente sul suo stato di salute?



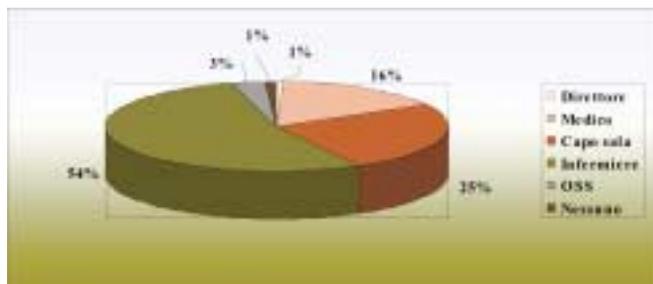
Domanda 12 - Ha avuto un medico di riferimento?



• Le risposte del personale sanitario

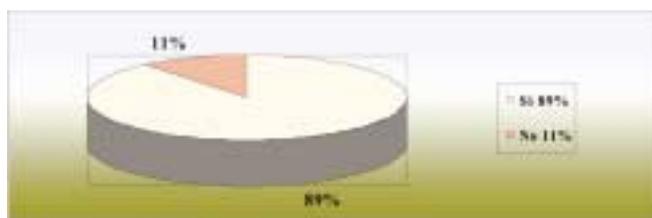
Il 54% degli operatori sanitari ha dichiarato che al momento dell'ingresso del paziente in ospedale le informazioni sull'organizzazione della vita nel reparto vengono fornite dagli infermieri e solamente l'1% ha sostenuto che nessuno si occupa di questo aspetto.

Domanda 6 – Al momento del ricovero, nella vostra Unità Operativa, chi fornisce le informazioni organizzative al paziente?



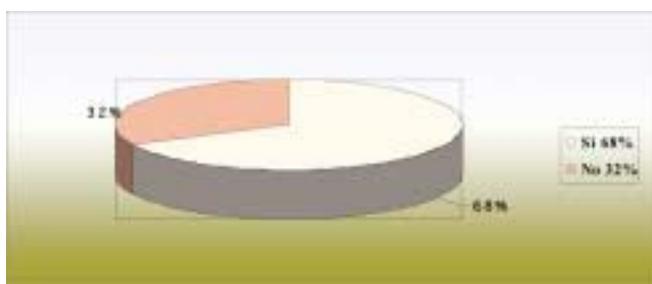
Inoltre la grande maggioranza degli operatori (89%) ritiene che ai nuovi degenti viene abitualmente fornito materiale informativo (volantini, opuscoli...) sul reparto che li ospita.

Domanda 9 – Presso la vostra Unità Operativa, ai nuovi degenti, viene abitualmente fornito materiale informativo?



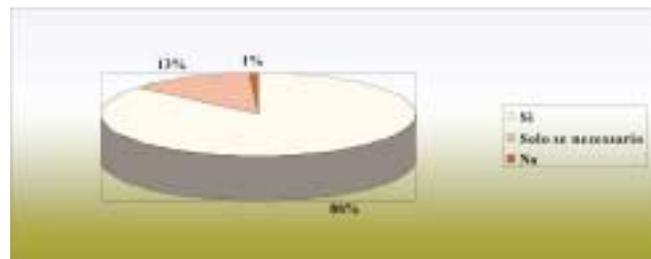
I dati riguardanti il rispetto delle norme sulla privacy sono piuttosto negativi, circa il 30% degli intervistati ha dichiarato che abitualmente non viene richiesto ai pazienti il permesso per divulgare le informazioni sulla propria salute ad altri sebbene si tratti di una prassi che dovrebbe essere obbligatoria.

Domanda 8 – Al momento del ricovero, viene richiesto al paziente se vuole che le informazioni che lo riguardano siano trasmesse ad altri?

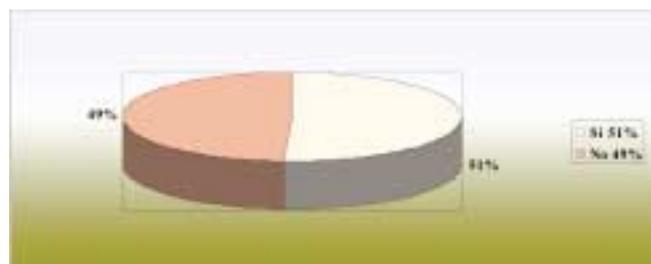


Le informazioni sullo stato di salute ai pazienti, risultano ricoprire un ruolo importante nella comunicazione tra operatori sanitari e degenti e infatti l'86% degli intervistati ritiene che i pazienti ne siano adeguatamente informati, sebbene solo nella metà dei casi (51%) ad ogni ricoverato venga assegnato un medico di riferimento.

Domanda 11 - Secondo lei, i pazienti sono informati periodicamente sul loro stato di salute?



Domanda 12 - Ad ogni paziente viene assegnato un medico di riferimento?

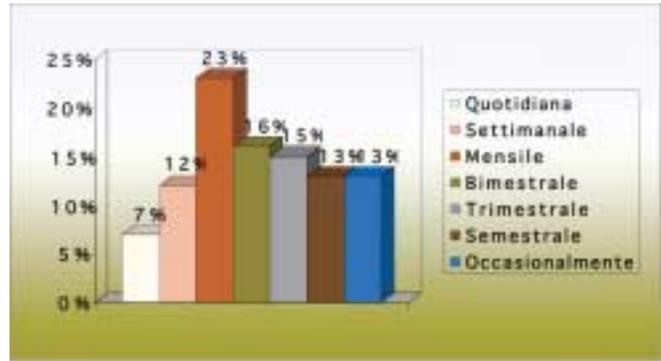


Una sezione del questionario somministrato al personale sanitario riguardava la gestione delle "cattive notizie", da cui è emerso che non esiste una procedura codificata, ma esistono prassi consolidate che lasciano spazio alla sensibilità delle parti coinvolte.

Da un lato è una situazione che valorizza il ruolo del medico e permette la necessaria elasticità per adattarsi alle esigenze del paziente, ma lascia spazio anche ad eventuali errori di gestione.

Della comunicazione al paziente o ai familiari generalmente (93% dei casi) se ne occupano i medici o il primario e nel 79% dei casi avviene nello studio medico, ma nel 21% in luoghi più inadeguati come la stanza dei degenti priva di barriere divisorie o in corsia.

Domanda 13 - Nel caso di "cattive notizie" (aggravamenti, prognosi severa...), con quali modalità avviene la comunicazione al paziente o ai familiari?



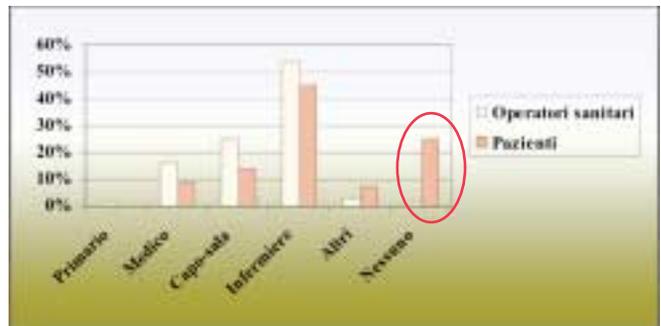
• L'informazione in ospedale

Dal confronto di alcune risposte fornite dai pazienti e dal personale sanitario, emergono visioni molto differenti, soprattutto in merito alle informazioni che esulano problemi strettamente clinici.

Gli operatori generalmente sovrastimano - rispetto alle esigenze dei pazienti - la quantità delle informazioni fornite: il divario tra i due dati è particolarmente evidente nel dato "Nessuno" in cui la differenza tra le due risposte è circa del 19%.



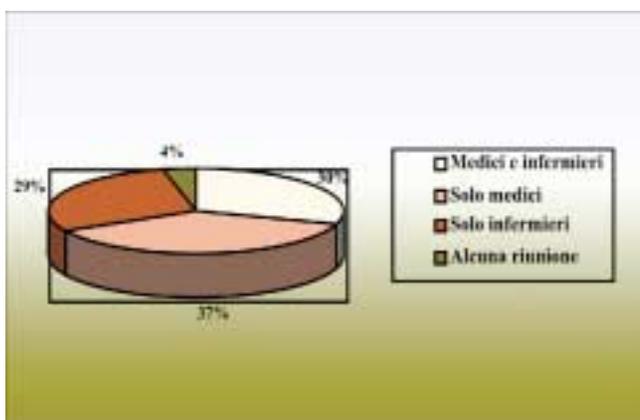
Domanda 6 - Chi fornisce le informazioni organizzative al paziente che entra in ospedale?



La comunicazione interna delle Unità Operative, valutata in base all'abitudine a svolgere riunioni tra gli operatori, risulta buona.

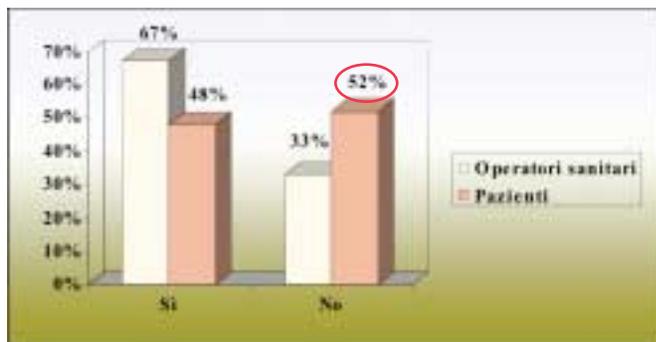
Analizzando però la frequenza con cui avvengono queste riunioni risulta che il 41% sono con cadenza trimestrale, semestrale o addirittura occasionale, a significare che non sono parte integrante della gestione del reparto.

Domande 24/25 - C'è l'abitudine ad incontrarvi periodicamente tra di voi? Con quale frequenza?



Anche sul tema della tutela della privacy si sono evidenziate alcune criticità.

Domanda 8 - Al momento del ricovero, viene richiesto al paziente se vuole che le informazioni che lo riguardano siano trasmesse ad altri?

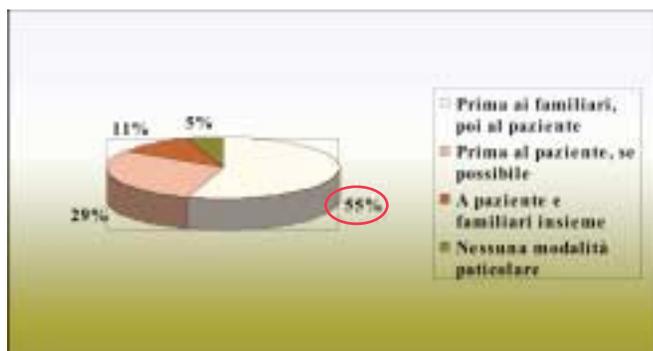


Per ammissione degli operatori, circa nel 30% dei casi non viene richiesto il permesso per comunicare informazioni sullo stato di salute a persone diverse dal diretto interessato a cui si aggiunge un ulteriore 19% di scarto tra quanto dichiarato dal personale sanitario e quanto effettivamente recepito dai pazienti.

Le motivazioni addotte da medici e infermieri per il mancato adempimento di questa prassi spesso riguardano l'avanzata età dei degenti o il carattere di urgenza di certe situazioni.

Anche dalle domande presenti nel questionario somministrato al personale sanitario, in merito alla gestione delle "cattive notizie", risulta chiaro che l'attuale prassi è distante da quanto richiederebbe la normativa sulla privacy.

Domanda 13 - In quale modo avviene la comunicazione di "cattive notizie"?

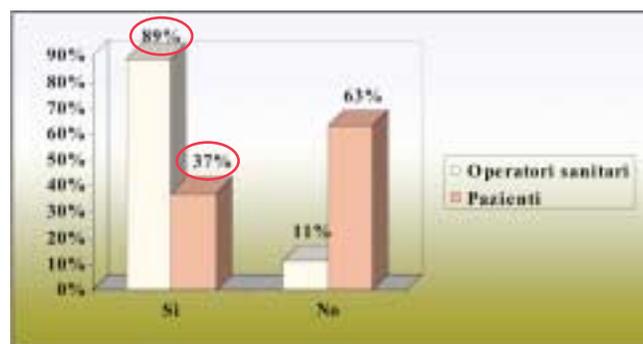


Un altro dato significativo riguarda la fornitura di materiale informativo, come opuscoli o depliant

esplicativi, presso i reparti di degenza: tra le risposte dei pazienti e quelle degli operatori esiste uno scarto del 52%.

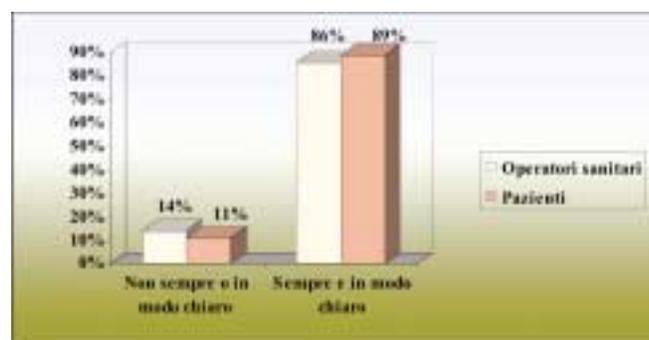
Un divario così elevato potrebbe in parte essere dovuto ad un'ambiguità nella formulazione della domanda sul termine "fornire", ma rimane comunque discrepanza tra la percezione dell'informazione fornita rispetto a quella effettivamente ricevuta dai cittadini.

Domanda 9 - Ai nuovi degenti, viene abitualmente fornito materiale informativo?

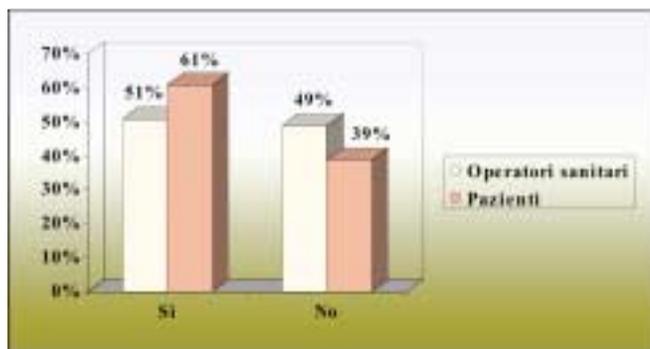


I dati relativi alle informazioni sulla salute, invece, evidenziano che le risposte sono molto corrispondenti e talvolta la qualità del servizio percepito dal cittadino è superiore rispetto a quello che gli operatori ritengono di aver fornito, segno, probabilmente, che le notizie organizzative riguardanti il periodo di degenza e le informazioni sulla tutela della privacy sono considerate secondarie dal personale sanitario.

Domanda 11 - Secondo lei, i pazienti sono periodicamente informati sul loro stato di salute?



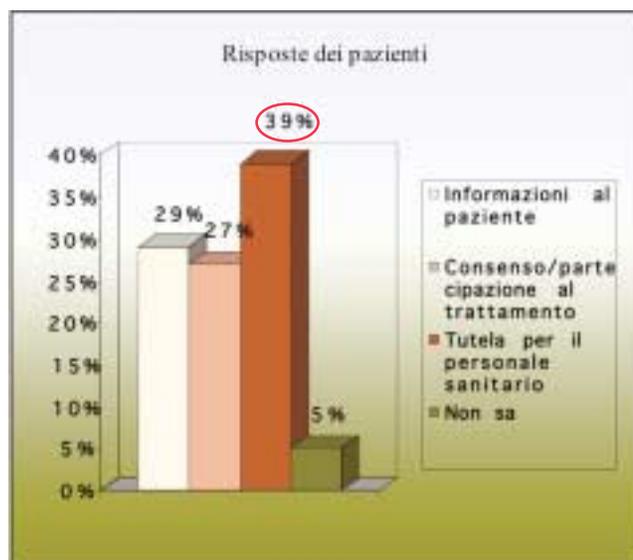
Domanda 12 - Ad ogni paziente viene assegnato un medico di riferimento?



• Focus sul Consenso Informato

Circa la metà (53%) dei pazienti intervistati conosceva il modulo per la raccolta del Consenso Informato e nella maggior parte dei casi (84%) perché lo aveva dovuto firmare. Tra coloro, invece, che avevano dichiarato di non conoscere il Consenso Informato in realtà non conoscevano semplicemente il termine, Risulta interessante osservare la diversa percezione che hanno pazienti e operatori sanitari del Consenso Informato: secondo i cittadini lo scopo principale del documento è tutelare legalmente la struttura sanitaria e il sanitario scaricando parte delle responsabilità sul cittadino (spesso veniva indicato come "liberatoria"), mentre secondo gli operatori è principalmente un mezzo di informazione per il paziente.

Domande 18/22 – Nella sua opinione, cosa rappresenta il modulo per il Consenso Informato?



Osservazioni

• Asimmetria informativa

Oltre ai dati emersi, la ricerca si presta a formulare ulteriori osservazioni di più larga portata che potrebbero essere oggetto di futuri approfondimenti.

Innanzitutto il problema dell'asimmetria informativa non è facilmente aggirabile, occorre tenerne conto nella valutazione della comunicazione che intercorre tra personale sanitario e pazienti come elemento imprescindibile. Il problema è inoltre aggravato dalla bassa scolarità che spesso si riscontra nei pazienti a causa dell'età molto avanzata: diversi studi¹ hanno dimostrato che a minore scolarità generalmente corrisponde maggiore incidenza di malattia.

Si pone quindi il problema di cercare di definire l'informazione opportuna da fornire ai pazienti ricoverati, considerando la loro parziale capacità di recepire effettivamente quanto detto.

Come già sottolineato dal documento *Informazione e consenso all'atto medico* (1992) del Comitato Nazionale per la Bioetica, "l'informazione è finalizzata non a colmare la inevitabile differenza di conoscenze tecniche tra medico e paziente, ma a porre il soggetto (il paziente) nella condizione di esercitare correttamente i suoi diritti e quindi di formarsi una volontà che sia effettivamente tale; in altri termini, porlo in condizione di scegliere".

L'informazione dovrà, dunque, essere differenziata in rapporto sia alla capacità dei soggetti di comprendere, sia alle decisioni che sono chiamati a prendere.

Può essere ipotizzato che, a fronte di un modulo di consenso uguale per tutti, si provveda a fornire, anche attraverso supporti differenziati, una infor-

mazione a misura della capacità recettiva e del coinvolgimento auspicato nelle decisioni.

- **Il tempo per informare, il tempo per decidere**

Riconoscendo che, al momento, il processo di informazione al paziente è ancora carente, occorre evidenziare due paradossi che lo rendono particolarmente critico: I) il senso comune vorrebbe che il personale sanitario informasse correttamente sui trattamenti diagnostico-terapeutici ogni paziente, magari senza allarmarlo inutilmente. Sarebbe opportuno fornire informazioni sull'efficacia dei trattamenti proposti, anche comparando diverse possibilità, fornire dati su eventuali complicazioni, ecc.. A fronte di questa esigenza c'è però da considerare che per non più del 10-15%² di tali trattamenti esistono prove convincenti di efficacia e sicurezza. II) La somministrazione delle informazioni per ottenere il consenso, richiederebbe che fosse seguito un iter logico, anche dal punto di vista temporale. Attualmente nell'ambito della degenza, non è previsto, un tempo di "riflessione" sulle informazioni ricevute per decidere se e come aderire alle proposte di trattamento e non è quantificato nei piani di lavoro il tempo necessario agli operatori sanitari per informare adeguatamente molti pazienti, sempre più critici, in un rapporto di comunicazione perché anziani, perché ansiosi, perché meno supportati dalla famiglia, perché stranieri o perché talvolta influenzati da convincimenti culturali peculiari etc..

Non è possibile determinare a priori e in astratto il tempo necessario per fornire quella informazione che renda effettivamente possibile un "empowerment" nel cittadino, proporzionale alla sua volontà di rendersi corresponsabile delle scelte sanitarie.

Quello che invece può essere predisposto, con la collaborazione delle diverse figure professionali, è il percorso informativo che idealmente dovrebbe fare il malato. Sarà necessario prevedere quali figure sono coinvolte (medico di medicina generale, specialista, ruoli professionali non medi-

ci...) e le rispettive funzioni. Inoltre è opportuno prevedere la circolazione delle informazioni tra i professionisti coinvolti, e non solo verso il paziente.

- **La tutela della privacy**

Nell'ambito dell'indagine conoscitiva la problematica privacy tocca trasversalmente molti dei temi affrontati. Pur riconoscendo l'importanza di questo aspetto e le inadempienze che talvolta si riscontrano a causa della scarsa sensibilità al tema e degli ambienti inadeguati, bisognerebbe individuare nuove procedure a tutela delle persone a cui una sorta di "protezionismo comunicativo" potrebbero essere causa di ansia e tensioni evitabili.

Pur nel rispetto della lettera e dello spirito delle nuove norme introdotte dalla legge sulla privacy, è necessario prevedere una gradualità nell'applicazione, così da favorire una transizione culturale non traumatica.

Nel progetto formativo rivolto ai sanitari bisognerebbe raccogliere i loro suggerimenti su una lista di priorità: comportamenti di tutela della privacy da introdurre subito e da controllare con rigore, distinti da comportamenti auspicabili, ma non urgenti.

- **Conclusioni**

Il Comitato Etico provinciale di Modena, osservando i dati emersi dall'indagine, ha verificato l'effettiva presenza di lacune nel sistema comunicativo sanitario. È nata quindi l'idea di suggerire ai tre Enti di riferimento l'istituzione di percorsi di formazione e sensibilizzazione, per tutto il corpo professionale, sul tema della centralità della comunicazione nel modello culturale della nuova sanità. Inoltre è intenzione del Comitato Etico organizzare alcuni eventi pubblici in cui divulgare i dati dell'indagine e favorire una riflessione allargata sulla informazione \ comunicazione in sanità.

¹ Epidemiologia & prevenzione, 1999, 23, 153-160; dati PPS della Provincia di Modena, 2005

² Smith R. "The ethics of ignorance", J Med Ethics 1992; 18: 117.

Hanno collaborato i componenti del Comitato Etico Provinciale di Modena:

PROF. SPINSANTI SANDRO (Presidente) *Istituto Giano – Roma*
 PROF. SILINGARDI VITTORIO (Vice-Presidente) *Docente Univ. di Oncologia Università di Modena*
 DOTT. SANTACHIARA SAVERIO (Segretario) *Farmacia Azienda Policlinico*
 PROF. ALBERTAZZI ALBERTO *Resp. Nefrologia e Dialisi Azienda Ospedaliera*
 PROF. BEDUSCHI GIOVANNI *Responsabile Medicina Legale Università di Modena*
 PROF. BERTOLINI ALFIO *Professore ordinario di Farmacologia Università di Modena*
 DOTT. BORGHI ATHOS *Medicina II Azienda Policlinico*
 DOTT.SSA CAMINITI CATERINA *Biostatistico Servizio di Epidemiologia Università di Parma*
 DOTT. D'AUTILIA NICOLINO *Presidente Ordine Provinciale dei Medici di Modena*
 DOTT.SSA DE MARCO ELEONORA *Presidente I Sezione Civile Tribunale di Modena*
 DOTT.SSA DE PALMA ALESSANDRA *Medicina Legale Azienda USL*
 DOTT. FERRARI ALFREDO *Medico pediatra di libera scelta*
 PROF. GEMMA GLADIO *Facoltà di Giurisprudenza Università di Modena*
 DOTT. GRECO GABRIELE *Responsabile di Neurologia Ospedale di Carpi*
 SIG.RA MANTOVANI MATILDE *Capo-Sala S.R.R.F.*
 DOTT.SSA MARATA ANNA MARIA CEVEAS - *Modena*
 PROF. MASELLIS GIUSEPPE *Dirigente Ginecologia e Ostetricia Ospedale di Carpi*
 DOTT.SSA MORSELLI ALESSANDRA *Direzione Sanitaria Azienda Policlinico*
 DOTT. NERI GIOVANNI *Salute Mentale Azienda USL Modena*
 DOTT.SSA NOVACO FRANCESCA *Responsabile Formazione Azienda USL*
 DOTT. PANTUSA MICHELE *Ordine dei Medici – Modena*
 DOTT. PELOSI SABINO *Medicina Legale Azienda Ospedaliera*
 DOTT.SSA PESI TERESA *Direzione Sanitaria Ospedale Estense*
 SIG. PFINISTER MARIO *Presidente Comitato di Coordinamento interaziendale*
 DOTT. SALA FRANCESCO *Rappresentante medicina convenzionata sul territorio*
 DON SOLMI ENRICO *Doc. di Teologia morale Diocesi Modena*
 DOTT.SSA VANDELLI PAOLA *Responsabile Formazione Azienda Policlinico*

Bibliografia disponibile presso gli autori.




**POLIGRAFICO
MUCCHI**

41100 MODENA - Via Emilia Est, 1525
 Tel. 059/374096 - Fax 059/281977
www.poligraficomucchi.it

*Delegazione Regionale di Pastorale della Salute
delle Diocesi dell'Emilia Romagna*

SCUOLA REGIONALE DI PASTORALE DELLA SALUTE

Presso: Centro Famiglia di Nazareth. Via Formigina, 319. Modena
Inizio della Scuola: 13 gennaio 2007

PROGRAMMA DEL 1° ANNO (2007)

Sabati 13.01.07 - 27.01.07

S.E. Arcivescovo Mons. Benito Cocchi: Presentazione
P.Flavio Danzi, Camilliano: Linee fondamentali di Pastorale Sanitaria

Suor.Elena Bosetti: Morte e Resurrezione: i dati biblici

Sabati 10.02.07 - 24.02.07

P. Flavio Danzi, Camilliano: Linee fondamentali di Pastorale Sanitaria

Don Gabriele Sempregon: Antropologia culturale: la sofferenza nella cultura contemporanea.

Sabati 10.03.07 - 24.03.07 - 14.04.07

P.Flavio Danzi: Psicologia del malato e dell'operatore sanitario

Don Fernando Bellelli: Antropologia teologica

Sabati 05.05.07 - 12.05.07 - 26.05.07

Don Massimo Nardello: La sofferenza e la salute nella riflessione teologica

Dr Paolo Vacondio, dr Dante Zini: Le cure palliative.

Dr Fabrizio Artioli, dr Dante Zini: L'accompagnamento psicologico e spirituale dei pazienti oncologici

Prof. Giampaolo Guaraldi, dr Dante Zini: L'accompagnamento psicologico e spirituale dei pazienti psichiatrici.

Sabati 20.10.07 - 10.11.07 - 24.11.07

Don Gabriele Sempregon: Principi di bioetica e problematiche etiche nel mondo della salute

Don Agostino Varini: Sacramenti ai malati: aspetti liturgici

Don Alberto Zironi: Sacramenti ai malati: aspetti liturgici

PROGRAMMA DEL 2° ANNO (2008)

(Date da confermare)

Gennaio 2008

L'accompagnamento psicologico e spirituale ai malati pediatrici, anziani, disabili, tossicodipendenti

P. Fausto Negrini, P Flavio Danzi Camilliani: La spiritualità nella stagione della sofferenza

Febbraio 2008

L'accompagnamento psicologico e spirituale ai malati pediatrici, anziani, disabili, tossicodipendenti

Don Gabriele Sempregon: Teologia della corporeità

Marzo-Aprile 2008

P. Flavio Danzi, Camilliano: Comunicazione e relazione d'aiuto: corso teorico-pratico all'incontro con le persone

Direttore della Scuola: P. Flavio Danzi. Padri Camilliani. Bologna.

La Scuola è aperta a tutti, in particolare a coloro che visitano i malati nelle parrocchie e nelle strutture sanitarie (Sacerdoti, Operatori di Pastorale della Salute, Ministri Straordinari dell'Eucarestia) e agli operatori sanitari.

Sono attribuiti i crediti ECM per la formazione continua degli operatori sanitari. L'accreditamento per la formazione continua riguarda tutte le figure professionali sanitarie (Medici, Infermieri, Terapisti, Odontoiatri, Tecnici ecc...).

La Scuola è BIENNALE e si articola in lezioni al sabato mattina (ore 9-13), di norma due volte al mese.

La prima lezione avrà luogo Sabato 13 Gennaio 2007.

Primo Anno: dal 13 Gennaio al 24 Novembre 2007; Secondo Anno: da Gennaio ad Aprile 2008.

Quota di iscrizione alla Scuola Biennale: 80 Euro.

Iscrizioni: ENTRO IL 10.01.2007 : Segreteria della Scuola - Centro di Pastorale della Salute. Via S.Eufemia. Modena. Sig.ra Francesca Vescovini; Sig.ra Barbara Rubboli: tel 0592133811 oppure E mail: pastoralesalute@modena.chiesacattolica.it

"Per acquisire un approfondimento culturale sui significati della malattia, del dolore e della sofferenza ed elementi di base per una miglior relazione di aiuto con i malati e le loro famiglie"

PITTORI MODENESI DAL 500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI



Cappelli Evaristo

Nacque a Formigine nel 1868 e morì a Modena nel 1951.

Fu allievo dell'Accademia dal 1883 al 1889 e studiò figura con Simonazzi.

Fu il ritratto delle sorella Laura che nel 1886 attestò le sue doti pittoriche.

Nel 1895 condivise il premio Muzzioli, (dovuto allo stesso Muzzioli, che aveva prescritto un lascito di 300 lire), con Ruini e Giovanni Pellicani. Venne ricordato da un critico del tempo, come un uomo simpatico ed alla mano, senza presunzione, sorridente e con lieve punta d'ironia. L'aspetto più interessante di Cappelli fu la sua concezione impressionistica, la quale giocò un ruolo di un sottile ma sempre trasparente legame di consequenzialità sulle sue opere. Visse a San Damaso dove seguì l'attività dei campi con partecipazione. Assimilò piazze ed angoli della sua città che trasmise in un sapore di tempo lontano e presente. Il suo pennello si imprime su alcune immagini lasciando pause misteriose negli sfondi. Fu insegnante come sostituto, di figura nell'Istituto delle Belle Arti e partecipò alle mostre locali con particolare riferimento alle triennali delle Società d'Incoraggiamento. Lavorò anche come affreschista e scenografo. Tra gli affreschi ricordiamo le decorazioni nella Chiesa parrocchiale di Castelnuovo Rangone, nella ex sede della Banca Popolare.

Alcune sue opere:

“Ritratto della sorella Laura” (1886);

“Osteria della Fossalta” - olio su tela - cm 46x41,5 - (1941);

“Carro con buoi” - olio su tela - cm 72x92 - Modena, Amministrazione Provinciale (1908);

“Piazzetta delle Ova” - olio su tela - cm 66x95 - (opera di copertina);

“Paesaggio” - olio su tela - cm 45x52;

“Bozzetto per la Pala dell'Altare Maggiore della Chiesa di Collegara” - cm 28x86;

“Dama con fiori” - cm 88x110 - Modena, Amministrazione Provinciale (1881);

“Autoritratto” - olio su tela - cm 34x45 - Modena, Museo Civico (1910).



STORIELLE

A CURA DI ROBERTO OLIVI

Anatole France

Se un milione di persone crede ad una cosa stupida, la cosa non smette di essere stupida.

Proverbio indiano

Non si può fare il vaso senza il vasaio, anche se ci sono l'argilla, la ruota, il bastone e il cordoncino.



Arthur Bloch

Nulla è impossibile per colui che non deve farlo.

François de La Rochefoucauld

Raramente attribuiamo il buonsenso agli altri, all'infuori di quelli che sono d'accordo con noi.

Woody Allen

E' bello essere poveri anche perché quando ti avvicini ai settant'anni i tuoi figli non cercano di dichiararti non sano di mente per prendere il controllo delle tue proprietà.

NOTE TRISTI:

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

Al Dott. Mario Rinaldi per la scomparsa della moglie.

Al Dott. Claudio Barbari per la scomparsa del padre.

Al Dott. Antonio Zagnoli per la scomparsa della madre.

Alla famiglia per la scomparsa del Prof. Giampaolo Trentini.

Al Dott. Euro Cattini per la scomparsa del padre.

NOTE LIETE

Fiocco Azzurro

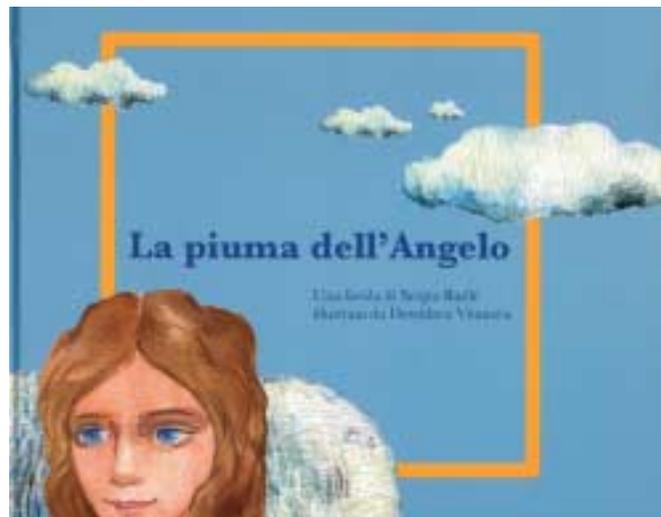
Alla collega D.ssa Francesca Braghiroli vivissimi rallegramenti per la nascita del piccolo Pietro, con l'augurio di un felice avvenire.



Che il Bollettino dell'Ordine si occupi di un libro di favole è abbastanza inusuale, ma nel caso del lavoro di Sergio Basile l'eccezione è doverosa.

Lo dice lo stesso prof. Caffo nella prefazione che "La bella favola fa riflettere su uno dei più importanti temi della vita, quello della nascita." Perché di questo si tratta, della storia di un angelo e della sua avventura terrena. Ma tutta la vicenda si svolge in un villaggio dai contorni sfumati, dall'atmosfera incantata, quella che è appartenuta alla nostra condizione di bambini, quando i "grandi" ci regalavano libri con la copertina robusta e le pagine piene di disegni multicolori e la nostra fantasia correva libera a immaginare di vivere in quei posti che non corrispondevano mai, chissà perché, alla realtà che ci circondava...

La favola è quella della nascita e della gioia che dona a chi la vive dall'interno e anche a chi la percepisce da esterno, con tutte le sfumature dei sentimenti che possono appartenere all'animo umano. Ed è la stessa tavolozza di colori nelle belle illustrazioni che accompagnano il testo a far da sfondo magico e dolcissimo alla semplice storia. L'autrice è Dessislava Vitanova e il suo tratto è nello stesso tempo fermo e poetico.



Alla base di tutto c'è un progetto, quello di valorizzare una nuova vita fin dal suo concepimento, vivendo la nascita come una delle tappe dell'evoluzione di una creatura, intesa come risorsa per tutti, a cominciare dai genitori s'intende.

Sullo sfondo abbiamo un'associazione "LA VITA DENTRO" che il ginecologo Basile ha creato per sviluppare tutti gli aspetti relativi alla gestione dei bambini prematuri, non ultimo il progetto di una "termoculla NUVOLA AZZURRA", nata da passione e da impegno che meritano il nostro più sentito e motivato appoggio. In tutti i sensi.

N. G. D'Autilia



la
MELA
periodico di annunci di lavoro

| Colorgraf |
via baracchini 12 | vignola | mo
tel. 059 776576 | fax 059 7702525
mac_colorgraf@fastwebnet.it
pc_colorgraf@fastwebnet.it

LA MELA
tel. 059 7702525 | lamelalavoro@fastwebnet.it

Augurano Buone Feste

A
chi
ama
dormire
ma si sveglia
sempre di buon
umore, a chi saluta
ancora con un bacio, a
chi lavora molto e si diverte di
più, a chi va in fretta in auto ma
non suona ai semafori, a chi arriva
in ritardo ma non cerca scuse, a chi spegne
la televisione per fare due chiacchiere, a chi è
felice il doppio quando fa a metà, a chi si alza presto
per aiutare un amico, a chi ha l'entusiasmo di un bambino
e pensieri da uomo, a chi vede nero solo quando è buio.
A chi non aspetta Natale
per essere
Migliore.

Riceviamo da Riacef testo rivolto ai colleghi



VIA CANALETTO SUD 266
41100 MODENA
TEL. 059/328332
FAX 059/454419
www.riacef.it
e-mail: riacef@tin.it

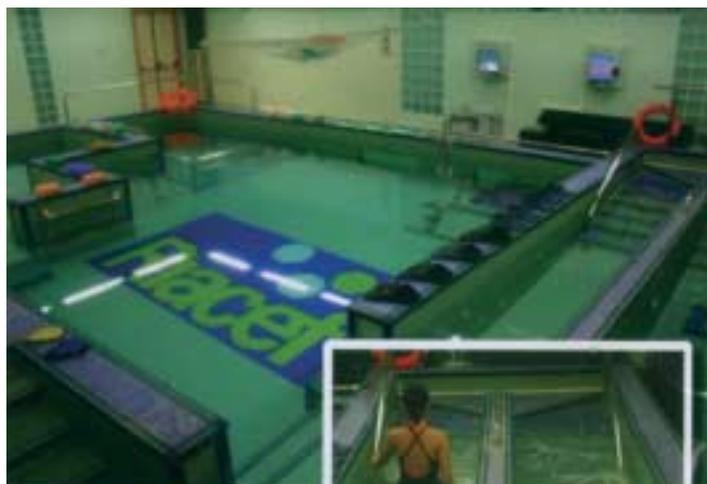
F I S I O C H I N E S I T E R A P I A

RIACEF SRL
POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO
FISIOCHINESITERAPIA
RIABILITAZIONE ORTOPEDICA E
SPORTIVA
IDROCHINESITERAPIA

DIRETTORE SANITARIO

Dott. Claudio Gavioli

Specialista in medicina dello sport



Lettera aperta ai colleghi riguardo l'importanza e l'utilità della riabilitazione in acqua.

Egregio collega,
con la presente desideriamo informarti che presso Riacef è in funzione una piscina terapeutica con una vasca ad acqua calda (32° - 35°) a diverse profondità e una vasca per il percorso vascolare. Sono ormai ampiamente riconosciuti dall'esperienza e avvallati da riscontri clinici, i vantaggi che si possono avere da tale terapia, quali:

- Assenza di peso con scarico della colonna vertebrale e facilità nei movimenti articolari
- Tonificazione e rafforzamento muscolare senza incorrere in rischi di sovraccarichi o traumi
- Aumento della sensibilità propriocettiva e dell'equilibrio
- Miglioramento della circolazione linfatica e sanguigna grazie al costante "massaggio" dovuto agli spostamenti della colonna d'acqua.
- Effetto antalgico.

In conclusione aggiungerei un altro aspetto : il comfort psicologico dovuto alla gradevolezza dell'ambiente e al rapporto costruttivo di relazione e scambio col terapeuta favorito dall'"abbraccio" globale dell'acqua.

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

Dott. Claudio Gavioli
Direttore Sanitario Poliambulatorio RIACEF

Dott. Marco Monteleone
Responsabile Area Fisiokinesiterapia



