

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

*BREVI NOTE SUL PROBLEMA DEL CONTENZIOSO (A. DE PALMA)*

*UNA SFIDA PER L'EUROPA: UN CODICE DEONTOLOGICO  
CONDIVISO DAI PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ.*

*CHI CONTROLLA IL CONTROLLORE? (M. PANTUSA)*

*ATTIVITÀ DEL COMITATO ETICO DI MODENA ANNO 2004*



N. 6 - MENSILE - Sped. A.P.



ANNO LIV - GIUGNO 2005

# MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARI

# SASSUOLOASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARI

**NOI VI ASSISTIAMO A CASA E IN STRUTTURE OSPEDALIERE a MODENA ed ora anche a SASSUOLO; SERVIZI DI ASSISTENZA personalizzata per anziani, malati, disabili e persone non autosufficienti**

*Dietro lo slogan “Noi vi Assistiamo a casa e in strutture ospedaliere” lavora un mondo di professionisti capaci, sensibili, in grado di risolvere ogni problema e dare risposte concrete ed immediate alle varie esigenze.*

*La nostra società è in grado di assicurare a domicilio e in ospedale un servizio di assistenza. Il servizio igienico sanitario si espleta nelle seguenti mansioni:*



**Assistenza alla mobilitazione**

(aiuto nell'alzata e messa a letto delle persone);

**Assistenza all'alimentazione**

(preparazione e somministrazione del pasto);

**Assistenza nell'igiene e cura delle persone**

(aiuto nelle operazioni di igiene personale quotidiana, ecc.);

**Controllo e sorveglianza notturna e diurna;**

**Assistenza nell'igiene e cura degli ambienti di vita;**

**Assistenza nell'igiene e cura dell'abbigliamento**

(lavaggio, stiro, ecc.);

*Presso i nostri uffici, che potete visitare, è sempre disponibile una persona, che accoglie anziani, familiari e chiunque abbia bisogno di informazioni, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.30.*

***“I nostri servizi permettono alle persone anziane e disabili di restare al proprio domicilio il più a lungo possibile ritardando o evitando l'ingresso in strutture di ricovero e di ospedalizzazione o favorirne le dimissioni”***

I nostri servizi di  
**SOSTEGNO A DOMICILIO E IN STRUTTURE OSPEDALIERE**  
possono essere: salutarì, continuativi, part-time, giornalieri/notturri,  
fine settimana.

**MODENASSISTENZA**

**059-22.11.22**

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 Marco Baraldi

### *Consigliere Segretario*

dr Michele Pantusa

### *Consigliere Tesoriere*

dr Stefano Reggiani

### *Consiglieri*

dr Antonino Addamo - dr Lodovico Arginelli

dr Luigi Bertani - dr Adriano Dallari

dr.ssa Azzurra Guerra - dr Giacinto Loconte

dr Beniamino Lo Monaco - dr Paolo Martone

prof Francesco Rivasi - dr Francesco Sala

dr.ssa Laura Scaltriti

### *Consiglieri Odontoiatri*

dr Marco Fresa - dr Roberto Gozzi

## COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

### *Presidente*

dr Giovanni Bertoldi

### *Componenti:*

dr Geminiano Bandiera

dr Roberto Olivi

### *Revisore dei conti supplente:*

dr.ssa Silvia Bellei

## COMMISSIONE ODONTOIATRI

### *Presidente*

dr Roberto Gozzi

### *Segretario*

dr Vincenzo Malara

### *Componenti*

dr Riccardo Cunsolo

dr Giancarlo Del Grosso

dr Marco Fresa

### *Direzione e Amministrazione:*

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

Email: [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)

[www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)

### *Direttore Responsabile*

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO

N° 83 del 28/6/52

### *Editore*

Ordine dei Medici Chirurghi e  
Odontoiatri di Modena

### *Comitato di Redazione:*

dr A. Addamo - dr L. Arginelli

dr L. Bertani - dr A. Dallari

dr.ssa A. Guerra - dr P. Martone

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

### *Realizzazione Editoriale:*

Pol. Mucchi - Via Emilia Est. 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977



EDITORIALE .....	4
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA .....	5
ATTIVITA' DELL'ORDINE .....	6
NORMATIVA .....	8
FEDERAZIONE NAZIONALE .....	10
INSERTO CENTRALE :	
Attività del Comitato Etico di Modena anno 2004 .....	13
FORUM .....	17
ENPAM .....	20
ECM .....	22
LA DISCUSSIONE .....	23
ARTE E DINTORNI .....	25

In copertina:

"Un miracolo di Sant'Ambrogio"

Olio su tela, cm 97x147 - Galleria Estense - Modena

Opera di Sigismondo Caula

# AVANTI UN ALTRO ...

**SPERANDO CHE IL NUOVO MINISTRO  
SAPPIA ASCOLTARE ANCHE I MEDICI**



**C**ome si conviene fra persone per bene, ci corre l'obbligo di dare il benvenuto al neo Ministro della Salute Francesco Storace.

Ed è un augurio sincero, perché sentiamo il bisogno di riallacciare un rapporto che, negli ultimi anni, con il suo predecessore Sirchia si era abbondantemente sfilacciato.

D'altro canto un Ministro della Repubblica che ha pervicacemente rifiutato di incontrare i rappresentanti dei medici di qualsiasi associazione e che aveva promesso alla Federazione degli Ordini una serie di tavoli di confronto sui grandi temi della professione, salvo poi non convocarne alcuno, se n'è andato senza grandi rimpianti da parte di nessuno.

Ciò è avvenuto nonostante alcune sue iniziative siano state obiettivamente di spessore scientifico, come la guerra al fumo di tabacco e le campagne di educazione sanitaria sugli stili di vita.

Ma la politica è un'altra cosa ed investe direttamente le responsabilità di programmazione e soprattutto di coinvolgimento degli operatori che di quei programmi diventano i primi attori. Cioè i medici. E

con Sirchia tutto ciò non è avvenuto.

Questa vicenda offre peraltro allo scrivente l'occasione per riaffermare un principio al quale crede fermamente, spesso sussurrato da molti, ma raramente dichiarato ad alta voce. Esiste una netta differenziazione tra competenze professionali e capacità politica. Ed è quanto mai opportuno, a mio parere, che un ministro della Salute della nostra benamata Repubblica non sia un medico. L'esperienza di De Lorenzo e Sirchia ha insegnato in questo senso molte cose.

Detto questo l'auspicio è che il Ministro Storace segua con maggiore attenzione le problematiche dei medici italiani che per troppo tempo sono rimaste inascoltate. Dobbiamo onestamente dire che le sue prime dichiarazioni sulla terapia Di Bella ci hanno lasciati un po' sconcertati ma, si sa, la politica ha i suoi *do ut des*. Egli ha davanti a sé un anno che potrebbe anche diventare proficuo e denso di risultati. Scegliendo naturalmente buoni consiglieri.

Gli facciamo per questo molti auguri di buon lavoro.

*Il presidente*



**POLIGRAFICO  
MUCCHI**

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



proprio di questi giorni il sì del Parlamento U.E. alla libera circolazione fra i 25 stati membri, dei professionisti, sia autonomi sia dipendenti, a condizione che sia riconosciuta nel paese ospitante la qualifica professionale ottenuta nel paese di origine, in base al principio del mutuo riconoscimento. A larghissima maggioranza gli europarlamentari hanno adottato in seconda lettura la relazione di Stefano Zappalà, con gli emendamenti negoziati con il Consiglio.

La componente nazionale odontoiatrica e medica, sempre molto sensibile a queste problematiche, ha ritenuto inderogabile la necessità di proporre criteri uniformi di riconoscimento in tutti i paesi europei per tutti i titoli extracomunitari di odontoiatria e medicina; ha richiesto con forza un emendamento alla direttiva del Parlamento Europeo, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, che preveda l'istituzione di un organismo europeo supranazionale, composto da rappresentanti dei paesi membri, che valuti i titoli extracomunitari per un riconoscimento valido per tutta l'U.E. e che nel contempo possa costituire un organo tecnico in grado di proporre parametri di qualità che permettano di accreditare la formazione conseguita nelle Università di tutti i paesi della comunità e di quelli che si accingono a farne parte.

Può essere piccola cosa, ma in un comparto odontoiatrico totalmente sbilanciato e in grave stato di sofferenza, potrà essere la proverbiale goccia che farà tracimare il vaso già colmo. Bisogna dire basta!

Il Ministero della Salute ha chiesto di conoscere il fabbisogno degli esercenti l'odontoiatria, per ciascuna regione, al fine di determinare il dato a livello nazionale, per quanto concerne le immatricolazioni ai corsi di laurea per l'anno accademico 2004-2005. I dati richiesti sono indispensabili per richiedere una drastica riduzione del numero dei posti che consentono l'accesso al corso di laurea.

La preparazione professionale di ogni singolo studen-

te deve rispettare gli standard minimi previsti dalle direttive comunitarie; il soprannumero degli studenti impedisce di fatto il raggiungimento di questo obiettivo. È indispensabile da subito attivarci per giungere al numero programmato.

Nel 1991 gli odontoiatri erano 22.136, nel 2002 erano 50.149, nel 2003 erano 51.545. In un solo anno sono aumentati di 1.126 unità, con un rapporto dentisti-pazienti inferiore a 1 a 1.000 (anche qui a Modena).

Il rapporto medio europeo è di 1 a 2000 e nel 2002, da un recente studio della Kay Stone fondato su una rilevazione campione, nel solo 2002 si sono avuti, rispetto al 1999, 1.600.000 pazienti in meno.

In Italia sono presenti 36 corsi di laurea di Odontoiatria e 17 corsi di laurea in Igiene Dentale. In un momento forse tra i più bui, difficilissimo, caratterizzato dalle risorse limitate, sia pubbliche che private, con il rischio latente di vanificare il ruolo di vigilanza etico e deontologico sugli iscritti da parte degli Ordini con conseguenze negative sulla tutela della salute dei pazienti. Si dovrà affrontare con serenità, ma con la dovuta fermezza, un dibattito chiaro e franco con il mondo accademico sul numero dei corsi di laurea. È imperativo farlo: ne va della sopravvivenza di un odontoiatria di qualità.

Problema non ultimo: gli studi di settore per l'odontoiatria SK21U sono stati recentemente validati e c'è il rischio che aggravino il prelievo fiscale di noi odontoiatri già in preda ad una crisi strutturale ed economica. E il quadro nazionale qual è? Vedete voi! Per il secondo trimestre consecutivo il prodotto interno lordo italiano è diminuito dello 0,5% tra gennaio e marzo rispetto al trimestre precedente, con il tendenziale annuo che precipita dal + 0,8% di fine 2004 al - 0,20 %; per gli economisti è "recessione tecnica" e il deficit di quest'anno, già in tensione, rischia di schizzare ben oltre il 4%.

R. Gozzi

L'iniziativa dell'Ordine di Modena sui tutor va avanti. Se ne sono occupate molte testate giornalistiche nazionali e riportiamo a mo' di esempio quella apparsa sul Corriere Medico del 18 aprile u.s.

Seguiremo con la massima attenzione queste problematiche che riguardano la professionalità di tanti colleghi nella nostra provincia.

L'idea è dei presidenti degli ordini di Modena e Como dopo la soddisfazione espressa dagli aspiranti medici

## Proposta: crediti Ecm per ogni mese da tutor

SANREMO – Ora gli esami di stato rischiano di saltare. L'ordine del giorno del consiglio nazionale della Federazione degli ordini (Fnomceo) ha preso atto che la presenza dell'ordine nella nuova formula è all'acqua di rose e, anzi, è un peso dover selezionare tutor di medicina generale che sanno di non essere retribuiti malgrado ospitano il tirocinante in studio per un mese. E così il consiglio dei ministri ha approvato una mozione, presentata dai presidenti modenese e comasco Nicola D'Autilia e Pier Giuseppe Conti: chiede un esame con cui il medico mostri le abilità sviluppate e che ai generalista-tutor siano riconosciuti almeno 10 crediti per mese di lavoro fino a un massimo della metà dei crediti disponibili nell'anno, nonché (o in alternativa) un rimborso simbolico. Chiede anche un albo regionale dei tutor.

Altri problemi: domande e risposte del quiz si conoscono prima, e i promossi delle ultime prove in per-

centuale (99,5 per cento) non si distaccano da quelli del vecchio esame. Ma torniamo ai tutor. «L'attività di valutatore richiede coinvolgimento, mettere a disposizione lo studio, seguire l'abilitando. Un riconoscimento occorre – dice D'Autilia – ma il ministro della Salute ritiene che valutare non sia attività con contenuti formativi: gli abbiamo ripetutamente chiesto che al generalista, se non incentivi economici, vadano crediti Ecm ma la sua risposta è stata negativa». Allora i presidenti dei corsi di laurea di Bologna, Modena, Parma e

Ferrara si sono rivolti al ministro dell'Università Letizia Moratti affinché sia il suo dicastero (co-gestore della prova in base al decreto 445 del 2001) a normare la funzione dei tutor valutatori-formatori, a riconoscere la loro attività in crediti Ecm e a inserirli tra il personale docente universitario con un'indennità di formazione a carico delle regioni. L'attuale decisione degli ordini minaccia un esame di stato, che peral-

tro piace a tutti i futuri medici; in particolare piace la prova di medicina generale. Una ricerca dell'Università di Milano dimostra che il grado di soddisfazione dei discenti è alto rispetto a tutti e tre i corsi (chirurgia, medicina, medicina generale) con un punteggio tra 7 e 8; altrettanto buona (media voto 8,2) è la valutazione data dai discenti della qualità della preparazione del corso di laurea in medicina. E la soddisfazione rispetto al medico di famiglia-valutatore è in linea con le altre. Anzi, rispetto alla corsa, emerge l'impressione di un clima meno distaccato. La parola "amichevole" è stata selezionata 140 volte tra i circa 300 intervistati, mentre 175 volte è stata scelta la parola "professionale". Tra i "plus" segnalati c'è la maggior disponibilità del generalista cui fa da contraltare la sua minor formalità.

«La ricerca nasce dall'esigenza di verificare il tirocinio in corso d'opera con ordine e ospedali – spiega Augusto Malcovati, presidente del

consiglio dei corsi di laurea milanese – e il giudizio complessivo degli studenti è lusinghiero. Al di là del questionario con domanda chiusa tra luglio 2004 e questa sessione di marzo (oltre 300 abilitandi), sono state sottoposte anche domande a risposta aperta affinché venissero sottolineati aspetti positivi e negativi: sono emersi altri due elementi. Primo: ciascun tirocinante vorrebbe un tutore; purtroppo per ottenere il rapporto di un tirocinante per ogni valutatore serve uno sforzo organizzativo immane. A Milano siamo riusciti a

ottenere qualcosa del genere nei corsi ospedalieri. Per la medicina generale il discorso è difficilissimo ma i risultati sono tanto positivi che vorremmo inserire la disciplina anche tra gli insegnamenti pre-laurea. Come mobilitare tuttavia i generalisti per 310 studenti a tornata senza compenso economico? Pensiamo a una via d'uscita con la regione Lombardia che intende far riconoscere il tutoreggiato ai fini Ecm».

*Il neolaureato è obbligato a un tirocinio prima dell'esame di abilitazione*

*Restano pochi i generalisti che accettano in studio i giovani medici*

Tratto dal Corriere Medico del 28 aprile 2005

## L'ORDINE INCONTRA IL TRIBUNALE DEI DIRITTI DEL MALATO

Su richiesta del presidente signora Beatrice Ficarelli si è svolto presso la sede dell'Ordine un incontro con una delegazione della sezione modenese del Tribunale dei diritti del malato. Sono stati portati all'attenzione dell'Ordine alcuni problemi di comune riscontro per i pazienti: le liste d'attesa per le prestazioni specialistiche, le visite domiciliari per i pediatri e i medici di medicina generale, la tipologia delle prestazioni sanitarie in ambulatorio. Il dr. D'Autilia ha fornito ampia consulenza su tutti i temi trattati pur nella consapevolezza che alcuni aspetti come l'organizzazione delle visite specialistiche da parte dell'AUSL risenta inevitabilmente di molteplici fattori, spesso indipendenti dai professionisti.

È stato ribadito da entrambe le parti l'impegno a calendarizzare ulteriori incontri per un confronto che valorizzi la tutela del cittadino-paziente.

## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO

giovedì 28 aprile 2005

Il giorno giovedì 28 aprile 2005 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi (vice presidente), Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia (presidente), Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala D.ssa Laura Scaltriti.  
Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Approvazione verbale 4/4/2005
2. Variazioni agli albi professionali
3. Comunicazioni del Presidente
4. Esame della bozza di nuovo Codice Deontologico
5. Analisi proposta corso di fotografia (Pantusa)
5. Proposta convegno sulla " malpractice "
6. Mostra medici artisti (Arginelli)
7. Delibere amministrative ( Reggiani)
8. Delibere di pubblicità sanitaria
9. Varie ed eventuali.

### VARIAZIONI AGLI ALBI PROFESSIONALI

Seduta di Consiglio del 28.4.2005

#### ALBO MEDICI CHIRURGHI

Iscrizione per trasferimento		N. Iscriz.
ANTODARO	FRANCESCO	5926
FALZONE	ANTONIO	5927

#### Cancellazione

KOVACS	EMESE	5001
PINNA	ANTONIO DANIELE	5380

#### Revoca dell'annotazione all'Albo Medici Chirurghi art. 5 Legge 409/85

BALLESTRAZZI	PAOLO	2879
FACCHIN	ANNA MARIA	1986

#### ALBO ODONTOIATRI

#### Iscrizione Albo Odontoiatri con contemporanea iscrizione Albo Medici Chirurghi

BALLESTRAZZI	PAOLO	661
LUCA'	RAFFAELE VESALIO	660

## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI

martedì 26 aprile 2005

Il giorno martedì 26 aprile 2005 - ore 21,10 - presso la Sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Sono Presenti: Dott. Marco Fresa, Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara (segretario).

Ordine del giorno:

1. approvazione verbale seduta del 16/3/2005;
2. comunicazioni del Presidente;
3. normativa autorizzazioni: delibera regionale 327 del 23 febbraio 2004;
4. terne esami di stato – corso di laurea in odontoiatria;
5. opinamento eventuali parcelle odontoiatriche.

## La Segreteria dell'Ordine

informa che nei mesi di Luglio e Agosto  
verranno rispettati i seguenti orari:

dal lunedì al venerdì  
dalle ore 10.00 alle ore 13.00



Rispondendo alle numerose sollecitazioni dei colleghi operanti sul territorio che si ritrovano spesso ad affrontare il tema delle certificazioni per infortunio sul lavoro e/o malattia professionale, l'Ordine ha chiesto ai colleghi dell'INAIL di esplicitare alcuni aspetti di questo particolare problema.

Riteniamo di fare cosa utile pubblicando la lettera che le colleghe D.ssa Croci e Dott. D'Andrea hanno redatto in merito.

Premessa la funzione sociale dell'INAIL nella tutela della salute del lavoratore, siamo lieti di usufruire di questa preziosa occasione per rinverdire il prolungato e storico rapporto di collaborazione con Voi Colleghi nell'intento di agevolarci reciprocamente nello svolgimento quotidiano della nostra professione.

Sarà quindi utile soffermarci su alcuni punti degli obblighi d'informativa del medico in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale.

Tenuto conto degli accordi esistenti da anni tra le parti circa i **certificati** numericamente redigibili, invitiamo i Colleghi a formulare una **prognosi congrua** con la diagnosi iniziale ancorché supportata oltre che dalla descrittiva del quadro obiettivo anche delle terapie specifiche e dagli eventuali accertamenti in corso.

Cogliamo l'occasione per ricordare che **il concetto di stabilizzazione clinica**, che si raggiunge quando la patologia non è più emendabile o migliorabile con i trattamenti medici e chirurgici, **non coincide con quello medico – legale** poiché nel giudizio di idoneità al lavoro si tiene anche conto dell'attività lavorativa specifica svolta dal soggetto.

Per esempio, diversa sarà, la data di ripresa del lavoro di un impiegato o di un muratore affetti entrambi da sofferenza vestibolare post – traumatica, per gli intuibili rischi connessi alla specifica attività di operaio edile!

Da rilevare, al riguardo, che il giudizio medico legale di stabilizzazione clinica trova supporto nelle consulenze specialistiche effettuate in Sede dai Colleghi clinici esperti nelle diverse branche (ortopedia, chirurgia della mano, ORL, oculistica, neurologia, chirurgia, radiologia).

Nell'ipotesi di quadro clinico non più migliorabile, si ricorda ai Colleghi che all'atto della definizione di un infortunio sul lavoro o di una malattia professionale riconosciuta dall'Ente, i Dirigenti medici dell'Istituto valutano contestualmente i postumi invalidanti che possono essere oggetto di indennizzo o di rendita mensile (cosiddetto danno biologico ex D.L.vo 38/2000).

Ciò presume particolare rilevanza nelle ipotesi di successive **richieste di RICADUTA** dopo la definizione del caso che potranno essere accolte solo **nell'evidenza di una reale riacutizzazione** degli esiti menomativi già valutati!

Pertanto tali richieste saranno prese in considerazione solo se adeguatamente supportate da esame obiettivo e/o strumentale probanti la riacutizzazione clinica.

Si ricorda, infine che, dopo la visita all'assicurato presso il centro medico legale della Sede INAIL, il Dirigente medico redige sempre una scheda informativa indirizzata al medico curante, contenente oltre alla diagnosi ed agli eventuali suggerimenti terapeutici e diagnostici, il giudizio medico - legale circa l'accoglimento e/o la contestazione del caso o della ricaduta (vedi relativa modulistica allegata).

Grati per la collaborazione, siamo a Vostra disposizione per chiarimenti e/o ulteriori informazioni:

INAIL	D.ssa M. Croci	tel. 059/884444
	Dott. G. D'Andrea	tel. 059/884497

## IL TRIENNIO DELLA MEDICINA GENERALE SLITTA AL 2006

Il Ministro ha deciso di non pubblicare nel 2005 il bando della medicina generale.



## FAC SIMILE MODULI

CENTRO MEDICO LEGALE I.N.A.I.L. – MODENA

Inf. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

SCHEMA INFORMATIVA PER IL MEDICO CURANTE

del Sig. \_\_\_\_\_

Oggetto: accertamento medico-legale per infortunio o malattia professionale.

Si comunica che in data odierna è stato sottoposto a visita specialistica presso il C.M.L. di Modena il suo assistito.

**Diagnosi:** \_\_\_\_\_

**Trattamento sanitario:**

terapia medica/chirurgica/riabilitativa \_\_\_\_\_

accertamenti strumentali \_\_\_\_\_

**Provvedimenti medico – legali:**

1. **Comporta** uno stato d'inabilità temporanea totale.

2. **non comporta** uno stato d'inabilità temporanea totale:

in tal caso, gli eventuali accertamenti, cure medico-chirurgiche e riabilitative devono essere espletate fuori dall'orario di lavoro.

Qualora ciò non fosse possibile, l'istituto procederà al rimborso delle ore di lavoro perdute, documentate ai sensi della circolare n. 49/81 della Direzione Generale I.N.A.I.L. (e successive modificazioni).

A. il caso è di competenza dell'I.N.A.I.L.

B. il caso non è di competenza I.N.A.I.L.

Rinvio al curante \_\_\_\_\_

Qualsiasi certificazione deve essere inviata agli Enti competenti (I.N.P.S., ect)

Modena, \_\_\_\_\_

Il consulente del C.M.L. – I.N.A.I.L.

CENTRO MEDICO LEGALE I.N.A.I.L. – MODENA

Inf. M/P \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

SCHEMA INFORMATIVA PER IL MEDICO CURANTE

del Sig. \_\_\_\_\_

Oggetto: richiesta di visita medica per ricaduta di infortunio o M.P.

Si comunica che in data odierna è stato visitato presso il C.M.L. di Modena il suo assistito ed è stata riscontrata la seguente **diagnosi:**

**Provvedimenti medico – legali:**

Il quadro clinico evidenziato:

- **Comporta** uno stato di inabilità temporanea totale e si consiglia

A. terapia \_\_\_\_\_

B. Accertamenti strumentali \_\_\_\_\_

- **Non comporta** uno stato di inabilità temporanea totale \_\_\_\_\_

in tal caso, gli eventuali accertamenti, cure medico-chirurgiche e riabilitative devono essere espletate fuori dall'orario di lavoro.

Qualora ciò non fosse possibile, l'istituto procederà al rimborso delle ore di lavoro perdute, documentate ai sensi della circolare n. 49/81 della Direzione Generale I.N.A.I.L. (e successive modificazioni).

Modena, \_\_\_\_\_

Il consulente del C.M.L. – I.N.A.I.L.

## IVA, CONTROLLI ANCHE SUGLI ANNI PASSATI

### Se questa è giustizia...

*La notizia non è di quelle che ci fa particolarmente piacere.*

*In estrema sintesi l'Agenzia delle Entrate ha iniziato a richiedere ai medici che hanno effettuato certificazioni e/o consulenze negli anni che vanno dal 1999 al 2004 l'IVA non applicata a suo tempo. Considerando che la sentenza europea sui criteri di applicabilità dell'imposta risale al novembre 2003 e che le prime circolari applicative, peraltro richieste dalla FNOMCeO, sono state emanate nell'estate dello scorso anno – 2004 – e hanno trovato effettiva applicazione solo nei primi mesi dell'anno in corso.*

*La Federazione nazionale si è subito mossa per chiedere chiarimenti presso il ministero competente ed opponendosi fin dall'inizio alla impostazione interpretativa da parte pubblica.*

**Invitiamo i colleghi della nostra provincia a segnalare tempestivamente al nostro Ordine eventuali richieste che pervengano dalla locale Agenzia delle Entrate su IVA non applicata a certificazioni e consulenze medico-legali negli anni dal 1999 al 2003.**

Il Presidente N. D'Autilia

# UNA SFIDA PER L'EUROPA

## UN CODICE DEONTOLOGICO CONDIVISO DAI PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ

**S**i è svolto a Sanremo il convegno europeo promosso dalla FNOMCeO sul tema di un Codice Deontologico comune. I lavori che si sono protratti per due giorni hanno visto la partecipazione di molti politici e rappresentanti delle istituzioni (per esempio Rodotà). Al termine è stato stilato un documento che costituisce la base per ogni futura iniziativa in tema di regole per lo svolgimento della professione sanitaria nel nostro continente.

### LA CARTA DI SANREMO DEI MEDICI EUROPEI 2005

I Rappresentanti degli Ordini e delle Associazioni professionali dei medici europei, riuniti a Sanremo il 15 e 16 aprile 2005 per iniziativa dell'Ordine di Imperia e della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-chirurghi e Odontoiatri (Fnomceo), hanno colto l'occasione della recente promulgazione della Carta Costituzionale Europea, per dare vita ad un importante confronto sulla condizione e sul ruolo della professione medica in un'Europa che in questi ultimi anni ha molto allargato i suoi confini.

Il confronto non poteva limitarsi alla valutazione di una semplice e generica elencazione nominalistica di comuni valori europei, esposta al rischio di molteplici interpretazioni e soluzioni nazionali, etniche e ideologiche inevitabilmente divergenti, stante le "diversità" storiche, culturali, religiose, legislative e dei Servizi sanitari presenti nei Paesi dell'Unione.

Per questi motivi il confronto ha preso le mosse proprio dalla **constatazione delle diversità di alcuni temi cruciali** per proporre all'attenzione dei Parlamenti e delle Istituzioni **la ferma volontà dei medici europei di partecipare attivamente alla costruzione dialettica di un'Europa "unita", anche sotto il profilo sanitario, sulla base di obbiettivi comuni resi sempre più necessari dalla libera circolazione dei cittadini e dei medici.**

Pur consapevoli delle difficoltà di un cammino unitario europeo, che non può ignorare le tradizioni, gli ideali e le aspirazioni delle identità nazionali, **i medici europei riaffermano l'importanza del loro ruolo sociale, e dei principi etici e deontologici** che debbono guidare il loro operato per la tutela della salute dei cittadini, in una realtà caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione, da una crescente immigrazione proveniente da tutto il mondo, dal degrado ambientale e dalle ineguaglianze sociali.

**L'identità culturale di un'Europa unitaria in un mondo globalizzato non può sperare in uno sviluppo sostenibile fondato soltanto sulla pur indispensabile integrazione economica e politica dei Paesi che ne fanno parte, o su interventi burocratici di dubbia efficacia e legittimità, ma reclama l'impegno indispensabile e la valorizzazione culturale, intellettuale e civile dei valori e dei principi comuni della professione medica.**

I medici europei, nelle due giornate di lavori, hanno elaborato ed approvato **Il Documento che segue, inteso come materiale propeudeutico, in una prospettiva europea, in vista di successivi e più approfonditi confronti, sia interni che esterni alla professione:**

#### 1. LA SALUTE

La salute non è una merce, ma un "bene" multidimensionale, spesso anche indotto dall'industria della salute nelle società più ricche (oltre all'assenza di malattia, misure preventive, guarigione e qualità

della vita, anche bellezza, giovanilismo e sessualità eroica).

I cittadini di ogni età, sesso, razza, fede religiosa, credenze e condizioni sociali, hanno diritto ad avere le migliori cure indispensabili e assistenza sociale e sanitaria possibile, compatibilmente con le risorse disponibili, e indipendentemente dai modelli di organizzazione sanitaria esistenti nelle loro realtà di vita e di lavoro.

#### 2. AUTONOMIA, INDIPENDENZA E RESPONSABILITÀ DEI MEDICI

L'Autonomia, l'indipendenza, la libertà e la responsabilità del medico, senza collusive compiacenze pubbliche o private e conflitti di interesse, sono la condizione irrinunciabile per garantire le cure migliori e "prendersi cura" delle persone che ne abbiano bisogno.

Il medico, nelle sue decisioni, dovrà sempre tener conto "in scienza e coscienza" delle più aggiornate, e provate, acquisizioni della ricerca scientifica e rispettare il principio di un'equa distribuzione tra i cittadini delle risorse economiche disponibili, senza che queste **"raccomandazioni"** mortifichino la sua dignità umana e professionale.

#### 3. CONSENSO E LIBERTÀ DI CURA DEI CITTADINI

**I cittadini hanno il diritto di esprimere liberamente la propria volontà di curarsi o di non curarsi**, senza pretendere tuttavia che il medico abbia il dovere di soddisfare comunque richieste di cura che non condivide.

Il medico ha altresì il dovere di rispettare il diritto delle persone ad essere informate sul loro stato di salute, evitando toni brutalmente veritieri, di informarle sui motivi delle sue proposte di cura e di preoccuparsi che le informazioni fornite risultino comprensibili

#### 4. I RAPPORTI TRA I MEDICI E I CITTADINI

Nonostante che i successi della medicina moderna non trovino riscontro in nessuno dei secoli precedenti, mai essa ha attirato tanti dubbi e tante critiche come ai nostri giorni.

È auspicabile che il crescente e preoccupante contenzioso amministrativo, rivendicativo e giudiziario, che caratterizza oggi le relazioni tra medici e cittadini -e minaccia la sopravvivenza degli stessi servizi sanitari -ritrovi *composizione* in una nuova **"alleanza terapeutica"**, fondata sul rispetto dei diritti e dei doveri reciproci come indispensabile soluzione.

#### 5. LA SICUREZZA DEI PAZIENTI E LA CLINICAL GOVERNANCE

La sicurezza dei pazienti rappresenta un problema in tutti i sistemi sanitari avanzati e complessi, perché la medicina è una professione rischiosa e sono sempre possibili errori umani, tecnologici, organizza-

tivi e di leadership gestionale, variamente intrecciati.

La gestione del rischio clinico implica la necessità di **identificare le cause degli errori** nei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti (spesso frutto di una concatenazione di eventi), di **"imparare" da essi** e intraprendere le **azioni correttive** necessarie per ridurli al minimo, così evitando che si ripetano in futuro.

Ciò postula anche l'esigenza che il management "economico aziendale" delle organizzazioni sanitarie, pubbliche e private, attento soprattutto ai costi della "offerta", collabori e valorizzi una **Clinical Governance** che permetta ai sanitari di assumersi la responsabilità diretta della qualità dei servizi, del risk management e del rapporto costo/efficacia delle loro decisioni.

## 6. SOLUZIONI ALTERNATIVE ALLE CONTROVERSIE IN TEMA DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

La lentezza della Giustizia civile, in alcuni Paesi, nel soddisfare in modo efficace la domanda di tutela giudiziaria di chi si ritenga danneggiato dai medici, i costi della tutela legale e delle assicurazioni, ed il prolungato danno di immagine del professionista, anche in caso di tardiva sentenza assolutoria, sono all'origine del ricorso alla cosiddetta **"medicina difensiva"**, praticata da medici conseguentemente intimoriti di imputazioni, e di un diffuso malessere sociale.

I medici europei, sottoscrittori del presente documento, sollecitano i legislatori nazionali ad estendere a tutti i paesi dell'Unione soluzioni, alternative al processo dinanzi ai giudici, già assunte in alcuni di essi con successo: **Camere di conciliazione arbitrale e Fondi pubblici per l'indennizzo di danni meno gravi.**

Istituzioni alternative alle quali il cittadino abbia interesse e volontà di ricorrervi liberamente.

## 7. LA FORMAZIONE PROFESSIONALE CONTINUA

La rapida obsolescenza delle conoscenze e delle competenze del medico, l'incessante rinnovamento delle tecnologie sanitarie, le prospettive di modificazioni demografiche, l'aumento delle malattie croniche e delle fragilità sociali in una società multietnica e multiculturale, si riflettono inevitabilmente sui compiti, le funzioni e le attività dei medici e sulle incertezze progettuali nell'organizzazione della sanità.

Esse richiedono ai medici notevoli capacità di adattamento, individuale e di gruppo, e una formazione continua (**lifelong learning**).

La formazione continua dei medici, tuttavia, deve consistere in un processo di cambiamento globale della persona, che concili lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze cliniche con l'adattamento socioculturale a nuove istanze organizzative ed etico sociali, e non nella pedissequa acquisizione "obbligatoria" di crediti, amministrati dalla burocrazia.

## 8. DIRITTO E PROBLEMI BIOETICI

L'impetuosa innovazione scientifica e tecnologica, i progressi della chirurgia protesica, la diffusione dei trapianti, le terapie della sopravvivenza e l'assistenza al morente, le mutilazioni genitali femminili, le tecniche riproduttive, gli sviluppi e le prospettive della genomica, e la rivendicazione dei diritti delle persone a decidere del proprio destino, e degli scienziati alla libertà della ricerca, pongono ogni giorno al medico problemi etici nuovi ed inquietanti, ed alla società occasioni di conflitto.

Essi investono insieme il mondo economico e quello della politica, ma mettono anche a dura prova l'idea stessa di società pluralista, costretta a confrontarsi con ideologie e fedi religiose diverse, modelli culturali e convinzioni radicate, e sistemi di valori regolati, com'è facile constatare, da leggi diverse nei vari Paesi dell'Unione.

Un tempo il diritto rappresentava il "minimo etico", la sintesi socia-

le di valori condivisi accettata all'interno di "quella" società.

Oggi, in una realtà europea di pluralismo legislativo, si pone il **problema se le norme giuridiche possano e debbano contenere dettami ispirati alla morale, o se il recupero dei valori etici, socialmente riconosciuti, debba essere delegato all'autodisciplina professionale, e ai codici deontologici.** Una bella sfida per l'Europa unita!

## 9. BIOETICA, DIRITTO E DEONTOLOGIA

Il Diritto mostra evidenti limiti e ritardi nel garantire norme tempistiche che affrontino i rapidi cambiamenti dei rapporti tra scienza e società, tra potere della medicina e libertà delle persone.

I Codici deontologici di contro acquisiscono sempre più capacità di sostegno e di guida ad una buona pratica medica sulla base di raccomandazioni, convenzioni e direttive sopranazionali di natura etica.

Tuttavia l'esame comparato della situazione europea conferma la diversità del significato e del valore dei codici deontologici tra i vari Paesi, anche in relazione alla natura giuridica, pubblica o privata, degli Ordini e delle Associazioni nelle quali vengono redatti.

In alcuni, come in Italia, le prescrizioni deontologiche sono "Regole interne" autonome, che non assumono i caratteri della norma giuridica, dalla quale sono indipendenti, e sono applicabili, in sede disciplinare, solo nei confronti degli appartenenti alla categoria. In altri, come in Francia, il codice deontologico, proposto dai medici ma approvato dal Governo, assume la veste di una fonte primaria di diritto, mentre in altri ancora, come nel Nord Europa, i codici contengono regole autonome della categoria liberamente e volontariamente sottoscritte dai membri delle associazioni.

### Conclusione Carta di Sanremo

Anche se lo scenario delle cure è divenuto sempre più ampio e complesso, popolato da figure professionali diverse ed interconnesse, e dominato dal pensiero tecnocentrico e dalla comunicazione istantanea, i firmatari di questo documento **riaffermano** l'irrinunciabilità della indipendenza, dell'autonomia e della responsabilità professionale del medico, quale garanzia per la tutela della salute dei cittadini, tenuto conto dei rapporti rischio/beneficio e costo/efficacia delle loro decisioni.

**Sottolineano** altresì l'importanza del dialogo, della partecipazione umana e dell'ascolto, da parte del medico, dei bisogni e delle attese delle persone malate.

**Auspicano** che l'incontro con i malati si svolga in un clima rinnovato di "alleanza terapeutica" e di reciproco rispetto, fondato sul diritto del cittadino di esprimere liberamente la propria volontà di curarsi e quello del professionista di vedere rispettata la propria dignità..

**Convengono** che la formazione continua sia un dovere del medico, a garanzia della qualità delle prestazioni professionali, ma anche che i relativi programmi corrispondano ai suoi bisogni e che lo aiutino a realizzare nel lavoro il proprio progetto di vita.

**Confermano** che i codici deontologici dei medici, ispirati alla Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina ed ai documenti del Consiglio d'Europa, dinanzi alle scelte etiche sempre più inquietanti e difficili che i progressi della scienza pongono ai medici, costituiscono strumenti insostituibili di sostegno e guida per una buona pratica di cura e assistenza.

L'incontro di Sanremo rappresenta dunque un'importante occasione per rafforzare in Europa il valore della professione Medica e Odontoiatrica, per continuare il dialogo ed il confronto con i colleghi europei, i parlamenti degli Stati membri, ed il Consiglio d'Europa, e per auspicare il riconoscimento dei codici deontologici nel diritto internazionale.



**Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri**

**DEL BARONE: ANCORA UN CASO DI ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE MEDICA?**

*“Una professione, quella medica, sempre più assediata; la salute dei cittadini messa ancora a repentaglio”* è il primo commento del Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri Giuseppe Del Barone alla notizia dell’avvio di una campagna nazionale rivolta ai farmacisti, **“Progetto aria in farmacia”**, con il quale si intende coinvolgerli nell’automedicazione responsabile del paziente affetto da forme di rinite allergica.

“Siamo di fronte – ha aggiunto Del Barone – ad un chiaro e preoccupante caso di esercizio abusivo della professione medica, a tutto danno della salute dei cittadini nel momento in cui si delega al farmacista, nell’angolo del “consiglio”, la facoltà di proporre, al cittadino di turno, questo o quel prodotto ed eventualmente l’intervento o meno del medico. Non si deve dimenticare infatti che la diagnosi e la cura di ogni tipo di patologia è un atto medico e come tale non può essere delegato ad altri professionisti. Senza contare – tornando al caso specifico – che una rinite allergica, che con il messaggio dato da questa iniziativa si tende a sottovalutare, se mal diagnosticata e curata nel 50% dei casi può evolvere in asma bronchiale o peggio”.

“La inopportunità di avviare la campagna informativa – ha concluso Del Barone – mi ha spinto ad inviare al Ministro della Salute e alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti, una nota di diffida nel dare il via a questa iniziativa, nel 2002 delegata ai soli medici, sollecitando nel contempo un incontro volto a definire, con spirito di collaborazione ma decisi a difendere la salute dei cittadini, i termini della questione”.

Caro Collega,

a fine anno si terranno le elezioni per il nuovo Consiglio del triennio 2006 – 2008. Nelle ultime tornate elettorali non si è ottenuto il quorum per validare in prima convocazione l’evento: traducendo in soldoni questo significa che l’Ordine sostiene una spesa che equivale a non poter fornire ai colleghi dai sette ai nove corsi di informatica, lingue, fotografia digitale o due o tre convegni. Tutti gli eventi di cui parlo sono accreditati ECM.

Ti invito pertanto, nel tuo solo interesse, a partecipare alle votazioni in prima convocazione. Sono certo che, avendo compreso le ragioni della mia richiesta ti sforzerai di aderire.

Grazie a nome dell’intero Consiglio.

*Il Segretario  
M. Pantusa*

# ATTIVITÀ DEL COMITATO ETICO DI MODENA ANNO 2004

**L'**attività dei Comitati Etici (CE) si trova da qualche tempo al centro di una crescente attenzione nella nostra regione, in Italia ed in Europa relativamente a ruoli, compiti e modalità operative nei confronti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di riferimento e di tutti coloro di cui essi devono essere referenti effettivi o potenziali (professionisti e ricercatori, pazienti/cittadini e loro associazioni, sponsor).

A seguito della legge costitutiva dei CE -D.M. del 18/3/98- si è andata definendo in Italia una situazione di grande ricchezza e fermento, e anche di notevole variabilità nelle modalità operative, nei criteri di funzionamento e nelle finalità ultime del proprio operato. Da ultimo, la nuova Direttiva Europea 2001/20/CE sulla sperimentazione clinica -recente-

mente recepita anche dall'Italia (Decreto L.vo n.211 del 24/6/03 entrato in vigore il 1/1/04) -pone compiti in parte nuovi ed in parte modificati rispetto alla situazione precedente.

Queste novità rendono ancora più impellente la necessità di valorizzare l'attività dei CE nei confronti delle aziende presso le quali essi operano e dei professionisti, sia quelli direttamente impegnati in attività di ricerca sia quelli che vedono e cercano nei CE un possibile riferimento per l'arricchimento e la verifica della dimensione etico-scientifica della propria attività, si ritiene quindi utile portare a conoscenza l'attività del CE Provinciale di Modena relativamente all'anno 2004.

S. Santachiara

Segretario Comitato Etico Provinciale di Modena

A partire da Gennaio 2004 fino a Dicembre 2004, il Comitato Etico Provinciale di Modena ha valutato **168** sperimentazioni, così ripartite per Enti di appartenenza:

Azienda Ospedaliera: 73

Università: 36

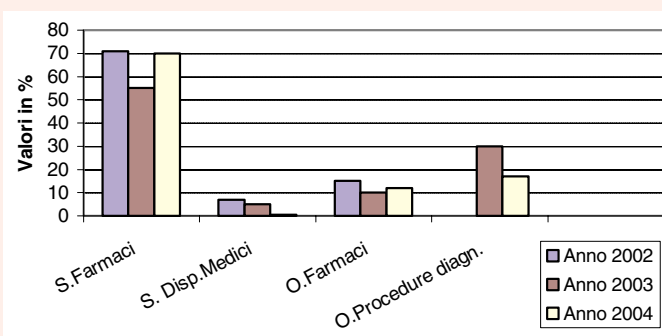
Azienda USL: 52

Altre strutture sanitarie private per cui il Comitato Etico di Modena rappresenta il Comitato Etico di riferimento: 7

Gli studi sponsorizzati sono stati **139 (82.7%)**, quelli non sponsorizzati **29 (17.2%)**.

In ottemperanza a D.M n.211 del 24/06/03 sono stati rilasciati **12** Pareri Unici (quindi per 12 studi, il Centro Coordinatore è quello di Modena).

La maggior parte delle sperimentazioni è rappresentata da studi clinici con farmaci che hanno costituito il 70% di tutti i protocolli presentati, ma sono stati valutati anche numerosi studi osservazionali (30%) di cui più della metà con procedure diagnostiche.



**Figura 1: Distribuzione studi Sperimentali e Osservazionali negli ultimi tre anni di attività**

**Legenda: S.: studi sperimentali - O.: studi osservazionali**

Come evidente dal grafico (Figura 1), nel 2004 il numero degli studi sperimentali (con farmaci) è aumentato con un incremento pari al 1,2% rispetto all'anno precedente.

Sono tuttavia diminuiti gli studi sperimentali con i dispositivi medici, mentre un leggero aumento (di circa lo 0,8%) è stato notato negli studi osservazionali che prevedevano l'uso di farmaci.

Per quanto riguarda, invece la Fase di sperimentazione dei protocolli valutati dal Comitato Etico, quella che risulta maggiormente presente è la Fase III (valore 70%), seguita dalla Fase II (valore 19%) e in ultimo dalla Fase IV (13%).

Nel 2004 solo due studi sono stati presentati come studi di Fase I: nella documentazione che accompagnava tali protocolli era presente (ai sensi del DPR 439/2001) l'autorizzazione da parte della Commissione operante presso l'Istituto Superiore di Sanità.

Nelle successive Tabelle e Grafici sono evidenziati i valori in

TIPOLOGIA DEI PROTOCOLLI VALUTATI	N°	%
SPERIMENTAZIONI con farmaci	118	70
SPERIMENTAZIONI con dispositivi medici	1	0.5
STUDI OSSERVAZIONALI con farmaci	20	12
STUDI OSSERVAZIONALI con dispositivi medici	1	0.5
STUDI OSSERVAZIONALI per procedure diagnostiche	28	16.6
<b>TOTALE</b>	<b>168</b>	<b>100</b>

✓ **Studi sperimentali interventistici: 119**

✓ **Studi osservazionali: 49**

percentuale delle diverse fasi di studi negli ultimi tre anni di attività del Comitato Etico e, in particolare, nella Figura 2 sono poste a confronto le percentuali relative al numero di studi nelle diverse Fasi di studio negli anni dal 2002 al 2004.

ANNO 2002		
FASE	n° PROTOCOLLI	%
II	26	30
III	57	67
IV	2	2
Totale	128	100

ANNO 2003		
FASE	n° PROTOCOLLI	%
II	26	20
III	90	70
IV	12	10
Totale	128	100

ANNO 2004		
FASE	n° PROTOCOLLI	%
I	2	1
II	22	19
III	79	70
IV	16	13
Totale	118	100

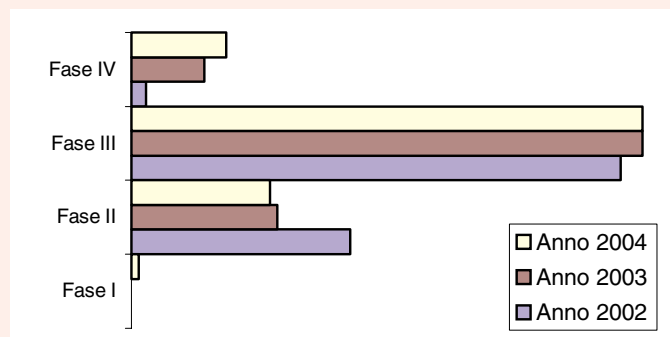


Figura 2: Distribuzione Fasi di sperimentazione negli ultimi tre anni di attività

La ricerca farmacologica copre diverse aree terapeutiche e tra le categorie più studiate ci sono i farmaci antineoplastici ed immunomodulatori (70%), sangue ed organi ematopoietici (12,5%) e

del sistema respiratorio (7%). In Figura 3 sono riportati i reparti che hanno principalmente condotto ricerca nell'ultimo anno di attività del Comitato Etico Provinciale di Modena.

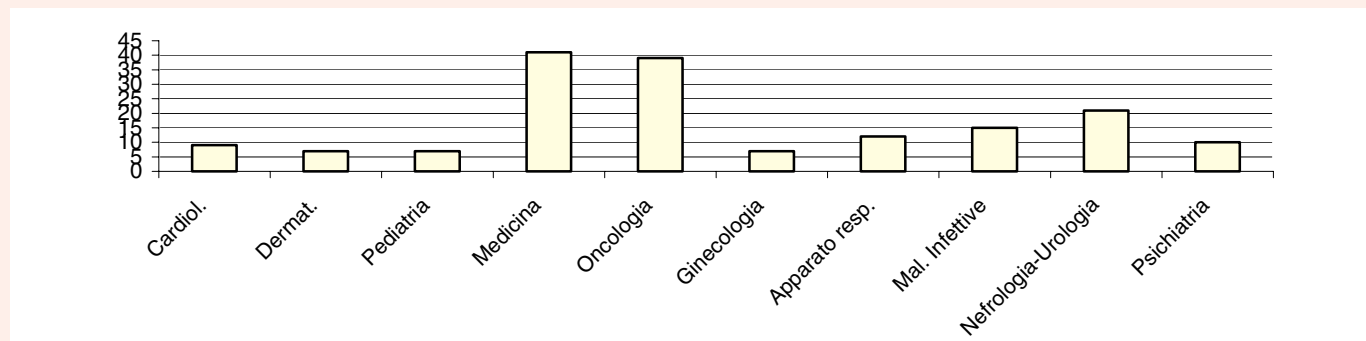


Figura 3: Unità operative di sperimentazione (di tutte le Aziende Sanitarie della Provincia di Modena)

Legenda: l'indicazione dell'Unità Operativa di Medicina si intende comprensiva di numerosi reparti quali

- Medicina
- Chirurgia generale
- Oftalmologia
- Gastroenterologia
- Pediatria
- Psichiatria
- Chirurgia vascolare
- Servizio dietetico
- Reumatologia
- Unità Trapianti di fegato e multiviscerale
- Radiologia
- Geriatria
- Farmacologia

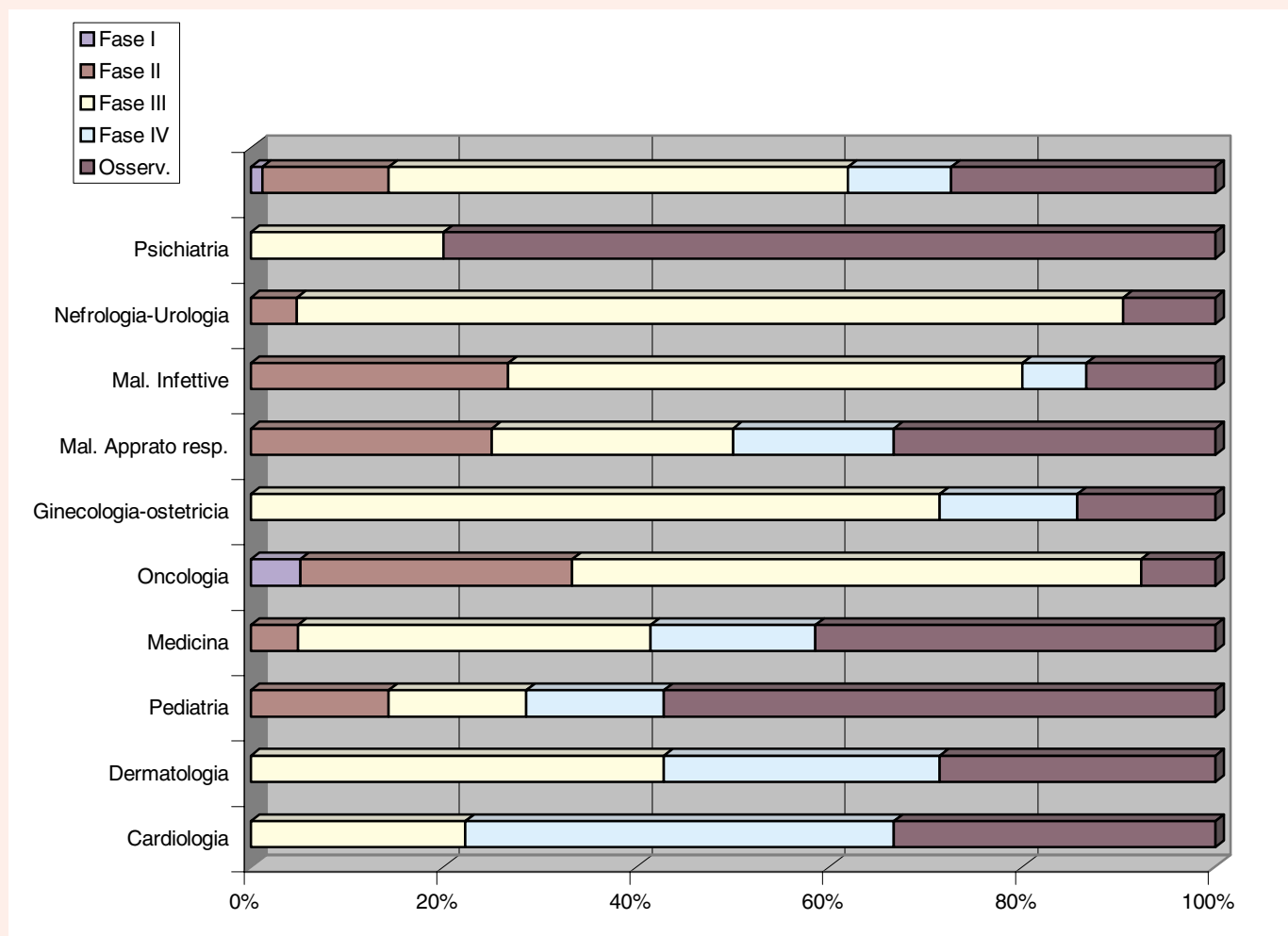


Figura 4: Reparti e tipologia delle Fasi di sperimentazione

La Tabella che segue mette in evidenza il confronto relativo alle decisioni (approvazione, non approvazione, etc.) del Comitato Etico nell'anno 2003 e 2004.

Tali dati sono stati comparati nel momento in cui è avvenuto il monitoraggio dell'attività, al fine di ottenere dati significativi. Il numero totale delle sperimentazioni approvate è di 133 pratiche (pari al 79%) -di queste solo 61 (36%) sono state approvate in prima istanza-, non approvate 4 (2,5%), approvate a condizione 27 (16%) e sospese in attesa di chiarimenti 4 (2,5%).

DECISIONI	N° PRATICHE 2003	N° PRATICHE 2004	% (2004)
APPROVATE	89	133	79
NON APPROVATE	8	4	2,5
APPROVATE A CONDIZIONE	84	27	16
SOSPESE IN ATTESA DI CHIARIMENTI	33	4	2,5
Tot.	214	168	100

Quindi per molte sperimentazioni il CE non ha espresso un parere definitivo alla prima valutazione, ed è stato necessario rivalutarle alla luce di chiarimenti richiesti.

Le sperimentazioni per cui non si esprime un parere definitivo possono essere sospese, quando necessitano di un ulteriore riesame del Comitato Etico o approvate a condizione, ed in questo caso è compito della Segreteria verificare l'aderenza alle condizioni richieste dal Comitato Etico.

Delle 4 pratiche non approvate in prima istanza, 1 risultava uno studio sperimentale di Fase III e le altre 3 studi osservazionali. Tutti questi studi sono stati valutati in due sedute da parte del Comitato Etico: non approvate entrambe, dopo una prima sospensione in attesa di chiarimenti.

Delle 168 pratiche presentate nel 2004,

Le pratiche che ad oggi hanno raggiunto un **parere definitivo** sono state 137:

- ✓ 4 non approvate (2,3%)
- ✓ 133 approvate (79%)

Le pratiche che ad oggi **non hanno raggiunto un parere definitivo** (sospese in attesa di chiarimenti o approvate a condizione) sono 31 :

- ✓ 4 sospese in attesa di chiarimenti (2,3%)
- ✓ 27 approvate a condizione (16%)

- Delle 137 pratiche che hanno raggiunto un parere definitivo:
  - 61 pratiche hanno ottenuto la definitiva approvazione subito alla prima seduta;
  - 60 pratiche erano state precedentemente approvate a condizione in attesa di chiarimenti, poi definitivamente approvate;
  - 8 pratiche erano state sospese in attesa di chiarimenti e poi approvate in seconda istanza;
  - 1 pratica è stata non approvata e poi approvata successivamente;
  - 2 pratiche sono state sospese in attesa di chiarimenti in due sedute e poi approvate;
  - 1 pratica è stata prima sospesa in attesa di chiarimenti, poi approvata a condizione e in terza istanza approvata dopo lo scioglimento dei vincoli posti dal Comitato Etico;
  - 4 pratiche sono state sospese in attesa di chiarimenti e poi definitivamente non approvate.

- Delle 31 pratiche che non hanno raggiunto un parere definitivo:
  - 2 pratiche inizialmente non approvate sono state rispettivamente sospesa in attesa di chiarimenti e approvata a condizione;
  - 1 pratica inizialmente sospesa in attesa di chiarimenti è stata approvata a condizione.

### RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ INERENTE LE TEMATICHE IN MATERIA DI BIOETICA E DI FORMAZIONE

#### Attività inerente le tematiche in materia di bioetica e di formazione

#### ✓ **Rinnovo mandato triennale Comitato Etico (15/02/04)**

Dai rappresentanti dei tre enti istitutivi viene sottolineato l'apprezzamento per il lavoro svolto dal Comitato Etico Provinciale di Modena, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo per l'esame dei protocolli di ricerca. Per questo sono stati confermati tutti i componenti del precedente Comitato Etico., integrandone la composizione con nuove figure professionali al fine anche di rilanciare l'attività sul fronte della valutazione e discussione circa le tematiche di bioetica.

Infatti, nel Comitato precedente è stato più volte espresso uno stato di sofferenza in quanto non è stato sempre possibile trovare all'interno le competenze ed il tempo da dedicare a tali compiti. Quindi è il motivo per cui progressivamente si è sentito il bisogno di allargare il Comitato stesso dando la possibilità di riorganizzare le attività, in modo tale che la revisione dei protocolli sia uno dei compiti del Comitato Etico, ma non l'unico.

Viene confermato il Prof. Spinsanti come Presidente del C.E.

#### ✓ **Adesione al Progetto "Ricerca e Innovazione" della Regione Emilia Romagna (Pri ER)**

Dal mese di aprile 2004 si è costituito un gruppo di confronto promosso dall'Area Ricerca e Innovazione della Regione Emilia Romagna presieduta dal Prof. Liberati Alessandro.

Il D.M. del 18.03.98 di costituzione dei Comitati Etici dava loro il compito istituzionale della approvazione dei protocolli di ricerca, sottolineando molto l'indipendenza dei Comitati. Questo ha fatto sì che nel giro di poco tempo si siano costituiti in Italia circa 290 Comitati.

Ci sono delle regioni che hanno costituito un unico Comitato per la ricerca a livello regionale come il Piemonte e l'Umbria ed invece altre regioni come l'Emilia Romagna hanno costituito

comitati indipendenti a livello delle singole aziende sanitarie. Questa proliferazione ha avuto l'aspetto positivo di valorizzare l'indipendenza che ha evidenziato la necessità di confronto perché ogni comitato è sovrano e autonomo, ma sente che sarebbe utile confrontarsi con gli operati degli altri Comitati Etici. Proprio il Comitato di Modena circa due anni fa aveva preso una iniziativa spontanea di andare a creare una situazione di incontro con gli altri Comitati Etici della Regione. Fortunatamente questa iniziativa è stata continuata e ripresa dalla istituzione regionale (Area Ricerca e Innovazione-PRI-ER), che ha convocato i 18 Comitati Etici presenti in Regione.

I referenti di tali Comitati (per il nostro Comitato Etico: Presidente, Segretario, due componenti individuati dal Presidente) si ritrovano una volta al mese; le tematiche di interesse comune, sulle quali in prima istanza ci si è confrontati sono state:

- *Analisi comparativa statuti/regolamenti-standardizzazione delle modalità di richiesta.*
- *Problematiche legate alla proprietà dei dati e vincoli alla pubblicazione nei protocolli di sperimentazione. Modalità di dichiarazione dei potenziali conflitti di interessi dei membri dei CE.*
- *Criteri di valutazione degli studi osservazionali.*
- *Proposte per studi di analisi e confronto delle modalità operative dei diversi CE, valutazione modalità consenso informato.*
- *Definizione bisogni formativi e informativi dei CE della Regione Emilia Romagna.*
- *Modalità di monitoraggio degli studi.*

- ✓ **Formulazione Parere riguardo il modulo di consenso informato per "Banca tessuti" richiesta dal Prof. Conte;**
- ✓ **Richiesta di giudizio etico e di autorizzazione per l'esecuzione di trapianto di tessuto adiposo tra gemelli omozigoti;**
- ✓ **Proposte per attivare delle procedure codificate per rispondere a quesiti di competenza bioetica da parte degli sperimentatori, operatori sanitari degli enti istitutivi e cittadini;**
- ✓ **Partecipazione a Convegni:**

- "ACCANIMENTO TERAPEUTICO ED EUTANASIA" –Modena, gennaio 2004 (Dr.ssa Bonacini)

- "LA RICERCA CLINICA IN ITALIA: LA SITUAZIONE ATTUALE E LE PROSPETTIVE DI APPLICAZIONE DELLA NUOVA NORMATIVA EUROPEA" –Modena, gennaio 2004 (Dott. Santachiara, Dott. Borghi, Prof. Silingardi, Dr.ssa Morselli, Sig. Pfnister, Dr.ssa Bonacini)

- "RAPPRESENTANTI DELLA CITTADINANZA NEI C.E. PER LA SPERIMENTAZIONE" –Padova, marzo 2004 (Sig. Pfnister)

- "LA VALUTAZIONE DELL'INNOVATIVITA' DEI DISPOSITIVI MEDICI" –Milano, giugno 2004 (Dr.ssa Bonacini)

- "COMITATI ETICI E RICERCA OSSERVAZIONALE: TEORIA E PRATICA" –Roma, luglio 2004 (Dr.ssa Bonacini)

- "RICERCATORI E COMITATI ETICI" –Milano, novembre 2004 (Dr.ssa Bonacini)

*Il Presidente del Comitato Etico Provinciale di Modena  
S. Spinsanti*



## Brevi note sul PROBLEMA del CONTENZIOSO

**P**er loro natura le procedure sanitarie comportano necessariamente dei rischi, ancorché i margini di errore consentiti siano alquanto ristretti e le questioni attinenti gli “eventi avversi” in sanità possono essere affrontate da diversi punti di vista:

- le cause che hanno generato un forte aumento di denunce e di richieste di risarcimento;
- le basi giuridiche della responsabilità professionale dei professionisti della salute;
- le modalità di gestione del contenzioso;
- le azioni finalizzate a prevenire gli eventi avversi e le azioni giudiziarie.

La prevenzione degli eventi indesiderati trova nel “Risk Management” un efficace strumento per ridurre la frequenza degli incidenti professionali, dei danni ai pazienti e i costi che ne derivano (non solo in termini economici); secondo una più corretta è un’attività finalizzata al miglioramento continuo della qualità delle cure.

In questo contesto la gestione del contenzioso si realizza - a rischio concretizzato - con l’identificazione del rapporto di causalità fra cure erogate e danno accertato, nonché con la sua valutazione, favorendo azioni volte ai processi di transazione extragiudiziale laddove affiora l’ipotesi di responsabilità professionale (latamente intesa, vale a dire secondo l’orientamento prevalente della giurisprudenza della Cassazione civile, tesa a tutelare la parte debole del

rapporto, ovvero il cittadino danneggiato o presunto tale).

In tale ottica assumono importanza rilevante alcuni “pilastri” sui quali fondare l’attività di valutazione dei casi, elementi fondamentali per un corretto approccio alla gestione del contenzioso:

- informazione e consenso al trattamento sanitario (meglio relazione/comunicazione);
- la tenuta della cartella clinica/documentazione sanitaria in genere;
- l’utilizzo di linee guida, procedure, protocolli.

### CONSENSO INFORMATO

La relazione di cura ha subito sostanziali modifiche in relazione alla progressiva rilevanza dell’aspetto psichico o psicologico o comunque non strettamente organico della salute, corrispondendo a un notevole aumento di consapevolezza del diritto alla tutela della salute, costituzionalmente garantito, da parte degli interessati.

In realtà l’informazione, il coinvolgimento e la comunicazione inseriscono anche le persone giuridicamente considerate incapaci: i minori, proporzionalmente alla loro età e maturità, i disabili psichici e intellettivi, in rapporto alla loro capacità di comprensione, gli anziani con deterioramento cognitivo, rispetto alla loro residua competenza decisionale, devono comunque essere informati, indipendentemente dalla necessità di coinvolgere

fotocomposizione  
progettazione grafica  
stampa su plotter  
fotoritocco

service Mac e Pc  
imposizione macchina  
uscita in pellicola  
stampa digitale

colof  
comunicazione e grafica  
tel. 059 776576 - fax 059 7702525

nel processo i genitori, il tutore per gli interdetti, il curatore per gli inabilitati o l'amministratore di sostegno per coloro che ne abbiano fatto richiesta e per i quali la salute sia uno degli ambiti di gestione e/o cogestione con l'amministrato.

L'informazione non deve essere solo una trasmissione asettica di dati e di notizie, ma indicare al paziente le alternative, terapeutiche e non, che siano possibili; presuppone una comunicazione e quindi una relazione, che sola garantisce la qualità delle cure.

### CARTELLA CLINICA E DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La principale finalità della cartella clinica e della documentazione sanitaria in genere (es. referti di visite specialistiche, di esami strumentali, ecc.), consiste nell'assicurare al cittadino-paziente un'adeguata documentazione dell'assistenza sanitaria prestatagli, con la funzione precipua di garantire la formulazione della diagnosi e della relativa terapia, vale a dire il perseguimento di decisioni cliniche appropriate rispetto al caso concreto.

Il ruolo fondamentale è espletato dalla cartella durante il ricovero, dopo il quale mantiene una rilevanza clinica (in caso di ulteriori trattamenti sanitari) e acquista rilievo anche dal punto di vista medico-legale, di ricerca e di studio; lo stesso discorso vale per la restante documentazione sanitaria. Dopo il D.Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, consente anche la valutazione del rispetto dei principi di efficienza e di efficacia delle prestazioni, delle modalità di erogazione delle stesse, il controllo della qualità delle cure, della spesa sanitaria e quindi della tutela della salute pubblica, nel-

l'ottica di un'adeguata allocazione delle risorse disponibili.

Per quanto attiene alla compilazione essa deve essere puntuale, contestuale all'effettuazione dei trattamenti sanitari diagnostici e/o terapeutici da descrivere nel preciso ordine cronologico e fedele rispetto al reale accadimento degli eventi e alla loro successione. Infatti, dovendo l'atto pubblico (quale è la cartella clinica e la documentazione sanitaria redatta da pubblico ufficiale) costituire prova sino a querela di falso di quanto in esso contenuto e descritto, si rende indispensabile una registrazione veritiera dei fatti accaduti, in maniera possibilmente non opinabile e il più obiettiva possibile, allo scopo di fornire un'adeguata rappresentazione degli eventi.

In proposito va considerato che la diligente compilazione della cartella clinica rappresenta il principale strumento di conoscibilità con cui dimostrare l'iter diagnostico-terapeutico seguito e la sua idoneità/appropriatezza, non solo al fine di assistere adeguatamente il paziente, ma anche a scopo medico-legale in caso di contenzioso, di verifica della qualità delle cure e di gestione del rischio clinico.

I requisiti formali si possono così individuare:

- luogo, data e ora della prestazione;
- firma e timbro del medico;
- anamnesi, con specificazione della fonte da cui è stata raccolta (interessato/a, familiari o altre persone in caso di impossibilità del/la paziente per le condizioni di salute, deficit mnesici, ecc.);
- esame obiettivo generale e locale;
- trattamenti sanitari eseguiti e consenso informato agli stessi.

**Tuttia Casa**  
BPER Mutuo Famiglia

**1,5%\***  
tasso fisso per i primi 6 mesi  
fino al **90%** del valore della casa  
durata fino a **30** anni

Banca popolare dell'Emilia Romagna  
GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna  
La banca per la famiglia

www.bper.it 800-205040

\* Confronta con il TAEG (Tasso Annuo Effettivo Globale) e con il TAEG (Tasso Annuo Effettivo Globale) di altri mutui a tasso fisso. Il TAEG (Tasso Annuo Effettivo Globale) è il costo totale del mutuo, comprensivo di tutte le spese, tasse, imposte, commissioni e oneri accessori. Il TAEG (Tasso Annuo Effettivo Globale) è espresso in percentuale sul valore nominale del mutuo. Il TAEG (Tasso Annuo Effettivo Globale) è calcolato sulla base di un esempio di mutuo a tasso fisso di importo pari a 100.000 Euro, durata di 30 anni, con un tasso nominale di 1,5% e con le condizioni contrattuali e i costi indicati in Via

Il tutto deve essere registrato in maniera intelligibile<sup>1</sup>, senza correzioni, abrasioni, sbianchettature, contraffazioni (si potrebbe integrare l'ipotesi di reato ex art. 476 c.p., falsità materiale in atto pubblico commessa da pubblico ufficiale).

Quindi, accanto a requisiti formali, come chiarezza dei dati ivi contenuti e intelligibilità degli stessi, è necessario soddisfare anche requisiti sostanziali, come la correttezza delle registrazioni annotate nella cartella clinica e la loro completezza.

Omettere la registrazione di quanto clinicamente emerso e direttamente constatato o degli esiti degli accertamenti praticati integra il reato di omissione di atti d'ufficio, ai sensi dell'art. 328 c.p.<sup>2</sup>.

Preme sottolineare che l'adeguata compilazione della documentazione sanitaria, rappresenta il modo migliore di contrastare presunte ipotesi di responsabilità correlate a un operato non corretto dei sanitari, in quanto fornisce una dimostrazione oggettiva della qualità assistenziale, dell'attenzione prestata al paziente e alla sintomatologia riferita, alla mutata obiettività clinica in caso di complicanze e/o di patologie sopravvenute, di quanto è stato possibile o impossibile fare alla luce della "miglior scienza ed esperienza del momento storico", in base ai mezzi diagnostico-terapeutici a disposizione dei sanitari e della struttura.

In tale ottica devono essere assolutamente evitate annotazioni tardive o postume rispetto agli accadimenti di rilevanza clinica, non volendo neppure prendere in considerazione quelle non corrispondenti a verità. Una documentazione sanitaria carente, contrariamente a quanto comunemente si creda, non è di alcuna utilità nell'occultamento di eventuali errori professionali, mentre al contrario rappresenta di per sé una palese manifestazione di una condotta negligente da parte degli operatori dell'équipe che ha avuto in cura la persona.

In proposito si suggeriscono alcuni spunti finalizzati a un crescente miglioramento della qualità della documentazione sanitaria attraverso una sensibilizzazione capillare di tutti gli operatori sanitari rispetto al problema, rappresentando i rischi derivanti da un'irregolare e/o inadeguata compilazione della cartella clinica/documentazione sanitaria, monitorizzando costantemente i livelli di appropriatezza compilativa, discutendo le criticità e individuando di volta in volta i necessari correttivi.

## LINEE GUIDA

In estrema sintesi possiamo considerarle percorsi clinici verso la corretta diagnosi e il trattamento, validati nel contesto della sperimentazione e basate su prove di efficacia, rappresentando un valido approccio al problema della riduzione del rischio e della gestione del contenzioso perché consentono di:

- superare prassi arbitrarie e desuete
- garantire omogeneità di procedure
- assicurare governabilità al sistema sanitario
- evitare accertamenti inutili e trattamenti inappropriati
- effettuare **l'autocontrollo** degli errori da parte dei professionisti.

È solo diffondendo la cultura della sicurezza e ristabilendo la fiducia reciproca fra cittadini e servizi sanitari, attraverso una corretta e trasparente comunicazione che si riuscirà a modificare, nel tempo, l'atteggiamento difensivistico dei professionisti e penalizzante/colpevolistico degli organi giudicanti, contenendo quei riflessi negativi sull'attività medica che tutti possiamo osservare.

A. De Palma  
Responsabile Unità Operativa di Medicina Legale  
Azienda U.S.L. di Modena

<sup>1</sup> Garante per la protezione dei dati personali, "La cartella clinica deve essere leggibile", accoglimento del ricorso presentato da un paziente che lamentava l'illeggibile grafia dei sanitari che avevano redatto la sua cartella clinica. L'Azienda Ospedaliera è stata condannata al pagamento delle spese di procedimento (calcolate in 250 Euro) e a rilasciare una trascrizione leggibile (dattiloscritta o, comunque, comprensibile), della cartella clinica stessa entro un termine stabilito (Newsletter del 31 marzo 2003).

<sup>2</sup> Art. 328 c.p. "(Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione) Il pubblico ufficiale, o l'incaricato di un pubblico servizio che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dei casi previsti dal primo comma, pubblico ufficiale, o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a Euro 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa." (procedibilità d'ufficio).

# GRANDE RISULTATO A MODENA

*Il nostro Dott. Giacinto Loconte, consigliere dell'Ordine di Modena, è stato eletto con una larga messe di voti alla consulta regionale dell'ENPAM.*

*La nostra è una duplice soddisfazione, sia per il risultato ottenuto sia per essere riusciti a portare un così cospicuo numero di colleghi al voto.*



## ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI NAZIONALI DI CATEGORIA IN SENO AL COMITATO CONSULTIVO DEL FONDO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

- per la categoria dei Medici di Medicina Generale di assistenza primaria Dott. CARRANO Francesco
- per la categoria dei Medici Pediatri di libera scelta Dott. COLISTRA Claudio
- per la categoria dei Medici di Medicina Generale addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza territoriale Dott. CRUDELE Fernando

## ELEZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEI COMITATI CONSULTIVI DEI FONDI SPECIALI REGIONE EMILIA ROMAGNA

- Fondo dei Medici di Medicina Generale Dott. LOCONTE Giacinto
- Fondo Specialisti Ambulatoriali Dott. VATRELLA Salvatore
- Fondo libera professione quota "B" del Fondo Generale Dott. DI LAURO Maurizio

## CONTRIBUTO PREVIDENZIALE DOVUTO AL FONDO DELLA LIBERA PROFESSIONE – "QUOTA "B" DEL FONDO GENERALE DICHIARAZIONE DEI REDDITI LIBERO PROFESSIONALI ENTRO IL 31 LUGLIO 2005

Anche per quest'anno, l'attività del professionista sarà limitata alla comunicazione all'Ente, tramite il Modello D, del reddito derivante dall'esercizio della libera professione medica e odontoiatrica anno 2004. La dichiarazione dei redditi libero-professionali dovrà essere effettuata entro il **31 luglio 2005**, utilizzando i Modelli D/2005, personalizzati, che saranno recapitati al domicilio degli iscritti. Coloro che non venissero in possesso di uno dei suddetti modelli o che lo smarrissero, potranno reperire il modello D/2005 non personalizzato sul sito Internet: [www.enpam.it](http://www.enpam.it), o presso la segreteria dell'Ordine. In tal caso è necessario indicare sul modello i dati personali richiesti e, obbligatoriamente, il codice ENPAM.

**Si fa presente che il vigente regime sanzionatorio, in caso di ritardo dell'invio del Modello D, prevede l'applicazione di una sanzione in misura fissa pari a € 120,00.**

Le successive operazioni di calcolo del contributo verranno effettuate – sulla base dei dati indicati nei modelli D/2005 – a cura degli Uffici E.N.P.A.M.. Al termine dell'elaborazione degli importi dei contributi dovuti, saranno inviati a tutti gli iscritti tenuti al versamento – per il tramite della Banca Popolare di Sondrio – appositi bollettini MAV, da pagare in unica soluzione entro il **31 ottobre 2005**. Unitamente ai MAV sarà inviato un prospetto esplicativo del calcolo effettuato per determinare l'importo del contributo.

### PER INFORMAZIONI ENPAM

presso la sede dell'Ordine è disponibile un servizio che osserva il seguente orario

lunedì 10 – 12 / mercoledì 10 – 12

tel. 059/247714 – fax 059/247719 e-mail: [enpam@ordinemedicimodena.it](mailto:enpam@ordinemedicimodena.it)

*Riceviamo dalla collega D.ssa Raspanti di Bologna la sentenza che volentieri pubblichiamo e che riguarda i contributi antecedenti al 1995 versati dalle ASL all'ENPAM.*

## **ENPAM: RICONOSCIUTI I CONTRIBUTI DEGLI ODONTOIATRI SPECIALISTI AMBULATORIALI**

**Sentenza D.ssa Rita Raspanti**

Nello scorso aprile, dopo anni di iniquo trattamento previdenziale verso i laureati in odontoiatria specialisti ambulatoriali interni, è stato finalmente esteso a tutti gli interessati il diritto a veder riconosciuti i contributi antecedenti al 1995 (anno di iscrizione degli Odontoiatri all'ENPAM) versati dalle ASL all'ENPAM; il presupposto giuridico che ha reso possibile tale soluzione politica è stato offerto dalla sentenza della Corte d'Appello di Bologna – Sezione del Lavoro, da me promossa nel 1998 contro l'ENPAM e la ASL di Modena.

Sono estremamente soddisfatta della soluzione di questo annoso problema per tutti i colleghi, e desidero sottolineare il percorso della vicenda nel tempo, perché per anni ho lottato per il raggiungimento di tale obiettivo.

Nel 1996 l'ENPAM improvvisamente "si accorse" di aver incamerato i contributi relativi a circa 500 laureati in Odontoiatria specialisti ambulatoriali esterni (oltre 3.500.000 di euro) e propose alle ASL di richiederne la restituzione, senza darne comunicazione agli interessati. Oltre 8 anni della mia attività di specialista ambulatoriale, svolti esattamente nelle stesse condizioni e col medesimo contratto dei colleghi Medici, non avevano più valore di fini previdenziali e pensionistici, contravvenendo al principio costituzionale che ogni lavoratore italiano ha il diritto – dovere ad una forma previdenziale.

Mossa da questa palese ingiustizia, decisi di intervenire, dapprima diffidando la mia ASL a richiedere la restituzione dei miei contributi (cosa che fu disattesa), poi ottenendo, assieme alla collega D.ssa Rini, una netta presa di posizione della Regione Emilia Romagna inviata a tutte le allora 20 USL regionali; poi ancora chiedendo appoggio ai sindacati a cui ero iscritta (AIO e SUMAI e ANDI) senza significativi risultati; ancora partecipando ad assemblee con i dirigenti ENPAM ove mi venne letteralmente strappato il microfono di mano... Infine, contattai tutti i colleghi emiliani coinvolti per intraprendere un'azione legale comune, ma, complice l'età della pensione ancora lontana, nessuno si mostrò effettivamente interessato.

A questo punto nel 1998 intrapresi, prima e unica in Italia, un'azione legale patrocinata dall'Avv. Gualtiero Pittalis conclusasi brillantemente nel 2000 con la sentenza d'appello che "...dichiara il diritto della D.ssa Rita Raspanti ad essere iscritta al Fondo speciale per i Medici ambulatoriali gestito dall'ENPAM, sin dall'inizio della sua attività lavorativa in regime di convenzionamento con il S.S.N.; condanna conseguentemente l'ENPAM ad iscrivere la D.ssa Raspanti con decorrenza di cui sopra nel Fondo speciale anzidetto e a computare nell'anzianità contributiva della stessa Raspanti tutti i contributi versati nel Fondo speciale medesimo;..."

Questa sentenza ha costituito un precedente giuridico imprescindibile e ha creato i presupposti per il raggiungimento del positivo risultato di questi giorni a favore di tutti gli altri colleghi; purtroppo ci sono voluti altri 5 anni dalla mia sentenza, e la mediazione dei sindacati di categoria AIO, ANDI, SUMAI, per ottenere un risultato a cui l'ENPAM avrebbe ormai difficilmente potuto sottrarsi in quanto qualsiasi altra soluzione sarebbe stata legalmente attaccabile!

Rimane certamente l'amarezza per essermi dovuta esporre completamente da sola, sia in termini economici che di impegno emotivo, per affrontare un problema che coinvolgeva un'intera categoria e che avrebbe meritato un intervento corale di tutti gli interessati, ed un fattivo e più tempestivo interessamento sindacale.

*R. Raspanti*

### **POLIZZA SANITARIA ENPAM/GENERALI**

È stato prorogato al 31/7/2005 il termine ultimo per aderire alla polizza sanitaria.

# SI' ALLA FORMAZIONE NO AL COMMERCIO DEI CREDITI ECM

DECISA PRESA DI POSIZIONE DELL'ORDINE DI MODENA SU UN'INIZIATIVA EDITORIALE

---

Al Presidente delle FNOMCeO  
Dott. Giuseppe Del Barone

Ai componenti del Comitato Centrale  
FNOMCeO

Oggetto: lettera del provider ECM n. S/904

Caro Presidente

ho ricevuto nei giorni scorsi la lettera che ti allego in copia e che ti invito a leggere con attenzione. Non ti nascondo il mio stupore prima e la mia indignazione poi nel verificare fino a che punto si può arrivare nel proporre eventi formativi che si fregiano della sigla ECM.

Nonostante infatti il collegamento visivo e sostanziale con una rivista di prestigio come The New England Journal of Medicine, si rimane a dir poco stupefatti di fronte alla terminologia utilizzata per proporre l'accreditamento attraverso la così detta formazione a distanza.

A me pare che dizioni come crediti gratuiti, sconto sui successivi, punti esclamativi a volontà e così via non siano particolarmente consoni alla nostra professione e depongano per un approccio al tema della formazione che potrei definire in maniera molto eufemistica "mercantile".

Ho sottoposto ieri sera al Consiglio dell'Ordine la missiva che immagino sia arrivata a molti se non a tutti i medici italiani e all'unanimità si è deliberato di inviarti una decisa nota di protesta affinché la FNOMCeO si faccia interprete di una iniziativa che sottolinei il carattere poco professionale e molto commerciale di questa penosa vicenda.

Non mi dispiacerebbe che tu ne accennassi in occasione del prossimo Comitato Centrale.

Ti ringrazio per l'attenzione con la quale vorrai leggere queste mie righe e ti saluto cordialmente.

*Il Presidente*  
*N. D'Autilia*

**I**niziamo da questo numero del Bollettino un percorso informativo e di riflessione che dovrà portare a una soluzione ragionevole, onerosa il meno possibile, condiziona il più largamente possibile, atta a rendere gli studi professionali dei medici, oltre che un luogo in cui si pratica una buona medicina, anche un luogo assolutamente sicuro per i pazienti e gli operatori. Il testo che segue definisce le strutture che dovranno

no essere autorizzate e di conseguenza fissa per i professionisti interessati l'obbligatorietà della autorizzazione stessa.

Non riporto ovviamente la legge regionale che fissa i criteri in dettaglio in quanto il ponderoso volume si trova e può essere scaricato dal sito dell'Ordine all'indirizzo <http://www.ordinemedicimodena.it/> alla sezione "la professione".

La Regione Emilia Romagna approva la delibera per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie (Delibera della Giunta regionale 23 febbraio 2004, n.327-pubblicata sul Bollettino Ufficiale Regione Emilia Romagna n.28 del 27.2.2004)

È stata approvata dalla Giunta regionale la delibera che ridefinisce le procedure e i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie  
"APPLICAZIONE DELLA L.R. 34/98 IN MATERIA DI AUTORIZZAZIONE E DI ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE DELLE STRUTTURE SANITARIE E DEI PROFESSIONISTI ALLA LUCE DELL'EVOLUZIONE DEL QUADRO NORMATIVO NAZIONALE. REVOCA DEI PRECEDENTI PROVVEDIMENTI."

*L'autorizzazione è indispensabile al funzionamento della struttura e mira a garantirne la sicurezza.*

*L'accreditamento fornisce lo status di soggetto idoneo ad operare per conto del Servizio sanitario nazionale ed è finalizzato a garantire la qualità dell'intero processo assistenziale. Con la delibera vengono ricondotti in una unica normativa i provvedimenti necessari a dare applicazione alla legge regionale 34/98 contenente le "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private".*

*L'autorizzazione al funzionamento riguarda tutte le strutture pubbliche e private che erogano servizi sanitari. Prevede il possesso di requisiti - strutturali, impiantistici, di attrezzature - che attengono tipicamente alla destinazione sanitaria di una struttura.*

*Per tutti gli ospedali, ambulatori, poliambulatori, laboratori analisi pubblici e privati già in possesso di autorizzazione, la delibera definisce nuovi requisiti in particolare riguardo alle procedure per la prevenzione del rischio biologico, vale a dire il rischio di contrarre infezioni. I nuovi requisiti vengono applicati in tutte le strutture costruite ex novo e in tutti gli ampliamenti o ristrutturazioni di strutture esistenti.*

*La delibera prevede la necessità di autorizzazione al funzionamento - fino ad ora non richiesta - anche per gli studi professionali odontoiatrici, di chirurgia ambulatoriale, e, in generale, per gli studi professionali le cui attività possono comportare rischi per la sicurezza del paziente (ad esempio strutture in cui si fanno endoscopie).*

Dal testo si evince un concetto molto restrittivo secondo il quale (e secondo la lettera della legge stessa) parrebbe che anche il praticare una medicazione, se cruenta, ponga il professionista nella necessità di far autorizzare lo studio.

Il legislatore sembrerebbe aver fatto di tutte le erbe un fascio, rendendo praticamente quasi impossibile l'applicazione della legge stessa salvo voler chiudere la quasi totalità degli studi medici in attesa dell'espletamento degli onerosi lavori di ristrutturazione e dell'adeguamento degli impianti necessario a ottenere l'autorizzazione a esercitare la professione negli studi medici.

L'assessore regionale alla sanità, Bissoni, ha inviato in seguito ad una richiesta di chiarimenti una nota esplicativa ad una Associazione professionale poi trasmessa successivamente alle commissioni provinciali istituite (presso il Dipartimento di sanità Pubblica) per il parere sulla autorizzazione delle strutture sanitarie e sulle attività mediche negli ambulatori che se da un lato tende a semplificare le cose, dall'altro crea una specie di terra di nessuno suggerendo che ciascun medico auto certifichi l'attività che svolge nel proprio studio, assumendosene piena e completa responsabilità.

Ve ne riporto di seguito il testo.

Oggetto: Autorizzazione all'esercizio di studi professionali.

Con riferimento alla nota del 7 febbraio 2005 si fa presente che i provvedimenti di questa Regione concernenti la tematica in oggetto riguardano l'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 8 ter dei D.lgs n. 229199. ed è solo nell'ambito di tale percorso che va collocata la lettura delle disposizioni concernenti l'autorizzazione all'esercizio degli studi professionali.

Dalla formulazione della norma discende che il legislatore nazionale, nel dettare i principi cui ispirarsi per regolamentare il regime autorizzatorio degli studi, ha inteso stabilire che lo stesso non debba riguardare indistintamente tutti gli "studi professionali", ma solo quelli ove si svolgono "prestazioni di chirurgia ambulatoriale "procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità» o "prestazioni che comportino un rischio per la sicurezza del paziente".

La norma, infatti, a parte la categoria degli studi odontoiatrici che viene presa in considerazione in quanto tale, indipendentemente dalla tipologia di attività espletata e dalle caratteristiche organizzative, stabilisce che gli altri studi, quelli "medici e di altre professioni sanitarie vadano valutati caso per caso in quanto il loro assoggettamento o meno alla necessità di autorizzazione all'esercizio è condizionata, oltre che dalla tipologia di attività espletata, anche dalla presenza o meno di attrezzature (ove attrezzati ...) indispensabili per l'esecuzione delle prestazioni.

Appare evidente infatti che in uno studio odontoiatrico non si può che esplicitare attività aventi natura invasiva, (comportanti, quindi, quel rischio per la sicurezza del paziente in cui va ricercata la motivazione della previsione normativa), e lo stesso studio è comunque caratterizzato dalla presenza di attrezzature con univoca ed oggettiva finalizzazione; nel caso invece di studi dedicati all'esercizio di altre discipline specialistiche, lo svolgimento o meno di attività comportanti quel rischio cui la norma fa riferimento dipende da scelte autonome del singolo professionista in merito all'attività esercitata sui singoli pazienti, e l'unica caratteristica oggettivamente riscontrabile è l'eventuale presenza di attrezzatura indispensabile per svolgere attività di tipo invasivo.

Appare pertanto evidente che l'esercizio di attività chirurgica occasionale e minimamente invasiva, come quella richiamata nella nota che qui si riscontra, non determina di per sé la necessità di autorizzazione dello studio né il possesso dei requisiti previsti dalla deliberazione di Giunta regionale n. 327104 per gli ambulatori chirurgici.

Tali requisiti, di grande impegno strutturale ed impiantistico, sono evidentemente necessari solo qualora l'attività comporti l'erogazione sistematica di prestazioni da cui discenda un effettivo rischio per il paziente, unica circostanza, quest'ultima, che giustifica la stabile dotazione di attrezzature complesse. le condizioni descritte difficilmente sono riscontrabili nel contesto organizzativo di uno studio professionale in quanto le attività tipiche di tali sedi erogative, pur comportando, a volte, incisioni superficiali da eseguire in anestesia locale, non sempre richiedono riparazione mediante sutura e, tra l'altro, il più delle volte sono eseguibili con strumenti a perdere.

È evidente come, in tali casi, da un punto di vista operativo, l'ipotesi concretamente praticabile e più appropriata appare essere quella che il professionista organizzi il proprio lavoro selezionando le eventuali attività che comportano procedure maggiormente invasive o più rischiose, organizzandosi per eseguirle presso una sede esterna al proprio studio, sia essa ambulatorio chirurgico o struttura dotata di sala operatoria autorizzate.

Non vi è dubbio, infatti, che le motivazioni alla base della normativa che estende la necessità di autorizzazione anche ai locali in cui si svolge attività sanitaria da parte del singolo professionista sia quella di assicurare maggior garanzia di sicurezza per il paziente e, di conseguenza, che il percorso autorizzatorio debba essere attivato solo nell'ipotesi in cui le condizioni strutturali e impiantistiche e le dotazioni tecnologiche abbiano effettiva incidenza nel ridurre le probabilità di complicanza o di esito negativo dell'intervento. Qualora, invece, tali condizioni di rischio dipendano esclusivamente dai comportamenti e dalle competenze tecnico-professionali dello specialista, l'autorizzazione assumerebbe valore esclusivamente formale e burocratico, esorbitando, in tal modo, dalla previsione normativa.

In conclusione, quindi, fatti salvi i casi sopra richiamati in cui la complessità organizzativa e tecnologica è presupposto indispensabile per evitare i summenzionati rischi per il paziente, i provvedimenti regionali in esame demandano all'autodeterminazione e alla responsabilità del professionista, la valutazione circa la necessità di ottenere l'autorizzazione per il proprio studio in relazione ad una analisi del rischio per i pazienti derivante dall'attività concretamente svolta e delle più complessive potenzialità del contesto di cui lo studio sia dotato.

Non è facile decidere cosa fare anche e soprattutto perchè le istituzioni vorrebbero evitare imposizioni e piuttosto creare un percorso condiviso che porti a un risultato soddisfacente e ragionevole come è avvenuto per l'autorizzazione degli studi odontoiatrici. L'Ordine è stato scelto come interlocutore privilegiato in rappresentanza di tutti i medici ed è, consapevole delle difficoltà, pronto a garantire ogni sforzo che conduca a buon fine la ricerca di chiarimenti.

Questo "sasso in piccionaia" vuole essere un *primum movens* per una raccolta di pareri che aiuti il

nostro Ordine professionale a suggerire soluzioni ottimali e condivise.

Aspettiamo il vostro contributo ricordando che la sicurezza non può avere un prezzo e pertanto mettere in funzione presidi e procedure che la salvaguardino, anche se ragionevolmente onerosi, resta un obiettivo da perseguire con la massima fermezza e che le polemiche, non temperate dal buon senso, non conducano in alcun posto.

M. Pantusa





### Sigismondo Caula

Nasce a Modena nel 1637.

In pieno 600 si contende con **Francesco Stringa** il ruolo di protagonista nei rapporti con la committenza ecclesiastica e con la corte, con qualche nota di rivalità.

Caula rimane sempre un consigliere esterno, mentre Stringa diviene sovrintendente della galleria.

Sigismondo prende prestissimo una strada insolita per la pittura modenese e sceglie di completare la sua formazione, iniziata con il **Boulanger**, recandosi a **Venezia**.

Collabora infatti con Boulanger in imprese decorative cittadine, come quella del soffitto del “**Pantheon Atestinum**”, Chiesa di Sant’Agostino a Modena.

Durante la reggenza di **Laura Martinuzzi**, che segue **Francesco II**, Caula con **Tommaso Costa**, **Sebastiano Sanzani**, ed il fiammingo **Van Galder**, fornisce cinque quadri per il Palazzo Bentivoglio di Gualtieri.

Questi anni sono interrotti dal viaggio a Venezia (1667-1670).

Ne riferisce prima di tutti il **Lazzaretti**.

E’ probabile che questo avvicinarsi ai contemporanei veneziani ed a quelli del grande secolo precedente come **Veronese** e **Tintoretto**, sia condizionato dal gusto per la pittura veneta da parte di **Alfonso IV** e del suo consigliere Boschini.

Al “ritorno in patria” da una dimostrazione di quanto visto ed appreso, dipingendo la grande tela con “San Carlo Borromeo che visita gli appestati”, per la Chiesa di San Carlo a Modena.

Dopo il ritorno a Modena, per oltre trent’anni è pittore di corte con vari incarichi.

Si occupa di feste, di allestimenti teatrali, di macchine allegoriche e fornisce dipinti per il palazzo ducale di Sassuolo.

Decora il soffitto per la **Chiesa di San Barnaba**, nel primo decennio del settecento, in collaborazione col bolognese **Jacopo Antonio Mannini**.

Caula in quest’impresa, come già avvenuto in Sant’Agostino, si occupa delle figure.

Ma la sua maggiore impresa decorativa è la Cupola di Sant’Antonio di Fiorano, con la “Gloria di Maria Bambina”, eseguita tra il 1681 ed il 1682. La cupola venne poi restaurata nel 1866 da **Adeodato Malatesta** che ridipingeva ex novo alcune parti.

L’ascendenza veneta ed i modi addolciti con grandi dosaggi di ombre nel costruire le figure, oltre ogni definitezza e durezza strutturale, sono diventati il suo linguaggio caratteristico ed inconfondibile.

Muore a Modena nel 1724.

Alcune sue opere:

“*San Carlo Borromeo comunica agli appestati*” Per quanto concerne il Santo sulle nubi potrebbe essere un San Rocco o un San Lazzaro. Olio su tela, cm. 66x46,5 - Carpi (Mo) - Casa di Risparmio.

“*Lo sposalizio delle Vergini*” Olio su tela, cm. 266x185 – Finale Emilia (Mo) - SS. Filippo e Giacomo.

“*S. Elena e la prova della vera Croce*” Olio su tela, cm. 66x56 – Parma - Pinacoteca Nazionale.

“*Un miracolo di Sant’Ambrogio*” Olio su tela, cm. 97x147 – Modena - Galleria Estense (opera di copertina)

## ASSOCIAZIONE MEDICI ED ODONTOIATRI ARTISTI - 18° MOSTRA

Care amiche e cari amici, vi comunico che, salvo imprevisti, la 18° Mostra dei Medici ed Odontoiatri Artisti si svolgerà il 25 Settembre a Villafranca di Medolla in Via Villafranca 38. L'evento ci vedrà ospiti di una magnifica magione della fine del 1600, già Villa Marigliani. Sabato ho effettuato un sopralluogo assieme al Dott. Nunzio Borelli.

L'ospitalità e la cordialità dei padroni di casa, Dr. Raisi e Dott.ssa Ghirardini, lo splendore della struttura, l'eleganza dei locali che ospiteranno la "mostra spettacolo", il buffet e la verde cornice con alberi secolari, hanno sicuramente aumentato e cementato il nostro entusiasmo sulla scelta di Villafranca di Medolla per la 18° mostra.

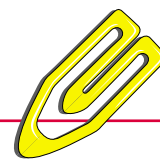
Personalmente ricordo anche certe fritelline di baccalà, cucinate dal padrone di casa ed innaffiate da un fresco spumante italiano, che hanno dato una gustosa pennellata finale. Artisti Medici, Odontoiatri, amici Sanitari, amici degli amici, vi aspetteremo numerosi con le vostre opere ed il vostro entusiasmo a Villa Marigliani il 25 settembre 2005 alle ore 16.00.

Per quanto concerne le opere, (dipinti, fotografie e sculture) verranno ritirate presso il mio studio di Via Bazzini, 88 a Modena, il lunedì, mercoledì, giovedì dalle ore 15.00 alle ore 19.00 ed il martedì e venerdì dalle ore 9.30 alle ore 13.15, dal 22 agosto in poi. Le opere degli amici di San Felice, Guastalla, Sorbara, Medolla, Carpi, ecc. verranno ritirate presso lo studio medico del Dott. Nunzio Borelli di Medolla in Via 25 aprile, 15. La quota di partecipazione alle spese è di € 10,00.

Per chiarimenti telefonatemi al n. 338/9368726.

Vi aspetto e vi saluto cordialmente.

L. Arginelli



## Storielle a cura di Roberto Olivi

### Albert Einstein

Non hai veramente capito qualcosa finché non sei in grado di spiegarlo a tua nonna.

Tutto è relativo. Prenda un ultracentenario che rompe uno specchio: sarà ben lieto di sapere che ha ancora sette anni di disgrazie.

La teoria è quando si sa tutto ma non funziona niente. La pratica è quando funziona tutto ma non si sa il perché. In ogni caso si finisce sempre a coniugare la teoria con la pratica: non funziona niente e non si sa il perché.

### Woody Allen

Non è che ho paura di morire. Solo che non voglio esserci quando accadrà.

Ci sono due tipi di persone al mondo, buoni e cattivi. I buoni dormono meglio, ma sembra che le ore di veglia siano molto più divertenti per i cattivi.

Sono contrario ai rapporti prima del matrimonio: fanno arrivare tardi alla cerimonia.

Il leone e il vitello giaceranno insieme ma il vitello dormirà ben poco.

L'AMMI Sezione di Mirandola ha devoluto un contributo di € 250,00 al fondo di solidarietà orfani e vedove dei medici.

L'AMMI Sezione di Modena ha devoluto un contributo di € 362,00 al fondo di solidarietà orfani e vedove dei medici.

### NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze: Alla D.ssa Vilma Piaggi per la morte del fratello.

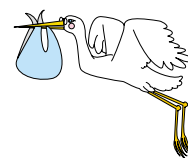
Al Dott. Giorgio Luppi per la morte del padre.

Alla D.ssa Monica Corona per la morte della madre.

### NOTE LIETE

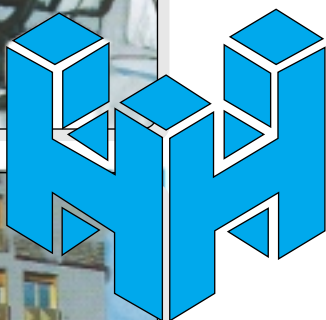
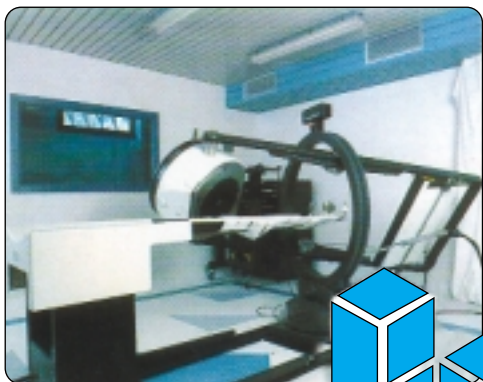
Fiocco Azzurro

Ai colleghi D.ssa Valeria Musiani e Dott. Carlo Curatola vivissimi rallegramenti per la nascita del piccolo Pasquale con l'augurio di un felice avvenire.



Riceviamo da Hesperia Hospital testo rivolto ai colleghi

# Scegli la tua Salute



SIN CERT



## 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 Cardiocirurgia dell'Università degli  
Studi di Bologna.

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

Centri Diagnostici multidisciplinari  
d'avanguardia.

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



**HESPERIA HOSPITAL**  
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO  
Via Arquà, 80/A - 41100 Modena  
Tel. 059.449.111 - Fax 059.39.48.40

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

**HESPERIA  
DIAGNOSTIC CENTER**  
POLIAMBULATORIO PRIVATO  
Via Arquà, 80/B - 41100 Modena  
Tel. 059.39.31.01 - Fax 059.449.153

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



