

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

ANNO LVI - n. 6 giugno 2007 - Pubbl. mensile e 1,00 - Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.I. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Modena - Direz. e Amm.: Modena, p.le Boschetti, 8 - Tel. 059/247711 - Fax 059/247719 - E mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it www.ordinemedicimodena.it

N. 6 - MENSILE - Sped. A.P. - ANNO LVI - GIUGNO 2007

## *Giuramento professionale*

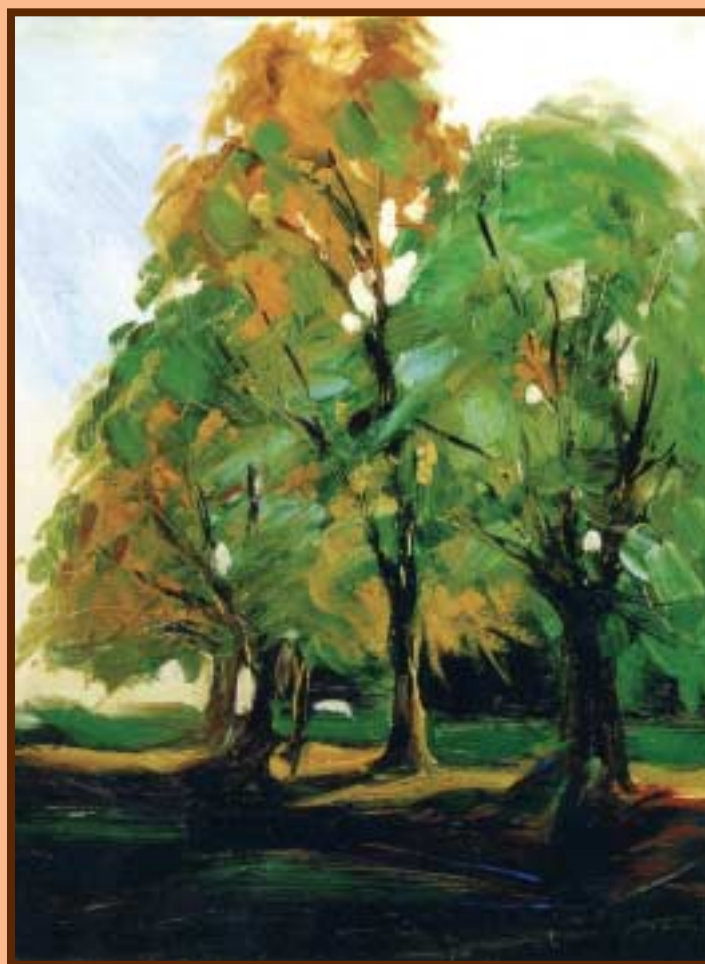
***"Errori umani ed errori dei sistemi - le responsabilità del medico"***

*Il documento nazionale FNOMCeO sul rischio clinico*

***Comitato Etico di Modena: attività 2006***

***Etica dell'informazione: la carta toscana (S. Reggiani)***

***Documento ambiente FNOMCeO - ISDE***



# MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

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



**SERVIZI  
DI ASSISTENZA  
PERSONALIZZATA**

*per.....*

**ANZIANI**

**MALATI**

**DISABILI**

**SERVIZI  
DI SOSTEGNO:**

**SALTUARI**

**CONTINUATIVI**

**PART-TIME**

**GIORNALIERI/  
NOTTURNI**

**24 ORE SU 24**

**FINE  
SETTIMANA**



*chiamateci*

**MODENASSISTENZA**

**059 / 221122**

**Via Ciro Menotti, 43 - Modena**



## CONSIGLIO DIRETTIVO

*Presidente*

Dr. Nicolino D'Autilia

*Vice Presidente*

Dr. Beniamino Lo Monaco

*Consigliere Segretario*

Dr. Stefano Reggiani

*Consigliere Tesoriere*

Dr. Antonino Addamo

*Consiglieri*

Dr. Lodovico Arginelli | Dr. Marco Baraldi

| Dr. Luigi Bertani | Dr. Adriano Dallari |

D.ssa Azzurra Guerra | Dr. Giacinto

Loconte | Dr. Paolo Martone | Dr.

Michele Pantusa | Prof. Francesco Rivasi

| Dr. Francesco Sala | D.ssa Laura Scaltriti

*Consiglieri Odontoiatri*

Dr. Roberto Gozzi | Dr. Vincenzo Malara

## COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

*Presidente*

Dr. Roberto Olivi

*Componenti*

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Carlo Curatola

*Revisore dei conti supplente*

D.ssa Marisa Zanini

## COMMISSIONE ODONTOIATRI

*Presidente*

Dr. Roberto Gozzi

*Segretario*

Dr. Mario Caliandro

*Componenti*

D.ssa Francesca Braghiroli | Dr. Vincenzo

Malara | Prof. Mario Provvionato

*Direzione e Amministrazione*

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

*Direttore Responsabile*

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

*Editore*

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

*Comitato di Redazione*

Dr. L. Arginelli | Dr. L. Bertani | Dr. M.

Cinque | Dr. C. Curatola | Dr. A. Dallari |

Dr. P. Martone | Dr. R. Olivi | Dr. M.

Pantusa | Prof. F. Rivasi

*Realizzazione Editoriale*

Poligrafico Mucchi

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

*Fotocomposizione & Grafica*

Colorgraf - Via Baracchini, 12 - Vignola

Tel. 059/776576 - Fax 059/7702525

## SOMMARIO

— ATTIVITÀ DELL'ORDINE	5
— DI PARTICOLARE INTERESSE	8
— COMITATO ETICO	14
— MISCELLANEA	22
— FNOMCeO	25
— NORMATIVA	29
— FLASH	29
— NEWS	30
— CORSI CONVEGNI E CONGRESSI	32
— TACCUINO	33
— ARTE E DINTORNI	34

# GIURAMENTO PROFESSIONALE

IL RISPETTO DELLA VITA E DELLA DIGNITÀ DEL MALATO, LA PERIZIA E LA DILIGENZA NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE: QUESTI SOLO ALCUNI DEI DOVERI CHE OGNI MEDICO DEVE RISPETTARE

## TESTO DEL GIURAMENTO

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento;
- di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario;
- di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona;
- di astenermi da ogni accanimento diagnostico e terapeutico;
- di promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica;
- di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;
- di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina;
- di affidare la mia reputazione professionale esclusivamente alla mia competenza e alle mie doti morali;
- di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;
- di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;
- di rispettare e facilitare il diritto alla libera scelta del medico;
- di prestare assistenza d'urgenza a chi ne abbisogna e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'autorità competente;
- di osservare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato;
- di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione.

Approvato dal Comitato Centrale della Federazione nazionale, il nuovo **Giuramento** costituisce un'ulteriore aggiornamento di quei principi e di quelle norme che hanno sempre ispirato il medico nell'esercizio professionale. Il processo di revisione completa quello ben più ampio ed approfondito che si è svolto negli ultimi due anni e che ha portato al



varo del nuovo **Codice di Deontologia medica** fornendo sia ai professionisti che ai cittadini una summa delle regole che restano immutate nel tempo ma delle quali si avverte periodicamente l'esigenza di un aggiornamento. Un testo quindi pregno di tensione morale e dal forte valore simbolico.

Il presidente



## SEDUTA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO GIOVEDÌ 12 APRILE 2007

Il giorno giovedì 12 aprile 2007 - ore 11,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Francesco Sala.

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

1. Variazioni agli albi professionali;
2. Delibere amministrative (Addamo).

### ALBO MEDICI CHIRURGHI

#### Prima iscrizione

MURANO ROSA

#### n. iscrizione

6107

PALOMBA	DOMENICO	6108
<b>Iscrizione per trasferimento</b>		
LABONIA	MIRELLA	6109
LEONE	PATRIZIO	6110
SAVIOLA	ALESSIA	6111
<b>Cancellazione</b>		
BARIOLA	CARLO	0031
MARRA	ROCCO	4341
TRABUCCO	LAURA	4375

### ALBO ODONTOIATRI

#### Iscrizione per trasferimento

ROSSI MARCO 0699

#### Iscrizione Albo Odontoiatri

ROSI ANTONELLA 0700

## SEDUTA DEL CONSIGLIO DIRETTIVO GIOVEDÌ 3 MAGGIO 2007

Il giorno giovedì 3 maggio 2007 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

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

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 27 marzo 2007 e del 12 aprile 2007;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Iniziative di formazione e aggiornamento nel II semestre 2007 (Gozzi, Lo Monaco, Sala);
5. Modifiche al regolamento di pubblicità sanitaria (Pantusa);
6. Quesito del Dr. Cencetti sul conflitto di interessi (D'Autilia);
7. Programma per una corretta abitudine alimentare in età pediatrica coordinata tra Università, PLS e Ordine (Martone, D'Autilia);
8. Esposto dell'Ordine sul raddoppio dell'inceneritore (D'Autilia);
9. Sistema di cure primarie e accesso degli immigrati (D'Autilia);
10. Assemblea della Casa del Professionista e dell'Artista del 9.5.2007: delega al Presidente;
11. Delibere amministrative (Addamo);
12. Delibere di pubblicità sanitaria;
13. Varie ed eventuali.



### ALBO MEDICI CHIRURGHI

Cancellazione		n. iscrizione
BAVUTTI	LISA	5614
IVAGNES PETRACCA	SABINE	5082
PASQUINELLI	CLAUDIO	3170
TEDESCHI	MAGDA	2045

### ALBO ODONTOIATRI

Cancellazione		
GIOVETTI	EUGENIA	0515
SOLI	MARCELLO	0554

## INCONTRO CON LA D.SSA PATRIZIA GUERRA

### PROBLEMI DI PRIVACY CON LE ASSISTENTI SOCIALI

**I**l presidente dell'Ordine ha incontrato il 10 maggio u.s. la D.ssa Patrizia Guerra (Comune di Modena) per affrontare insieme e tentare di risolvere le problematiche correlate al rispetto della privacy, da parte delle assistenti sociali, in ambito sanitario.

Molti medici di famiglia e pediatri di libera scelta infatti continuano a segnalare all'Ordine che in occasione di contatti, spesso telefonici vengono a loro richieste informazioni di natura sanitaria che, come noto, attengono al rispetto sia del nostro Codice Deontologico sia di quello sulla privacy.

La D.ssa Guerra ha convenuto sull'esistenza dei problemi e si è programmato un tavolo comune di approfondimento delle normative vigenti costituito da medici di famiglia, pediatri di libera scelta, Comune di Modena (assistenza servizi sociali) e AUSL.

*"L'obiettivo del tavolo di confronto" ha dichiarato il presidente D'Autilia "è quello di fornire sia ai medici sia alle assistenti sociali criteri omogenei, oggettivi e condivisi in tema di tutela della privacy".*



**POLIGRAFICO  
MUCCHI**

41100 MODENA - Via Emilia Est, 1525  
Tel. 059/374096 - Fax 059/281977  
[www.poligraficomucchi.it](http://www.poligraficomucchi.it)



# CORSO PER DIRETTORI SANITARI: UN BUON CONVEGNO

**N**onostante si parlasse di normative l'aula magna dell'Hesperia Hospital era gremita di colleghi intervenuti per ascoltare le problematiche legate alla figura del direttore sanitario.

Il dr. Gozzi, presidente della commissione albo odontoiatri, nel proporre il corso è riuscito ad interpretare le aspettative dei colleghi andando incontro all'esigenza dei sanitari di avere risposte esaustive in un ambito non sempre ben delimitato e definito. Tra i relatori c'era il comandante dei NAS, il tenente Simonetti, una occasione ghiotta per ascoltare il suo punto di vista, la d.ssa Giannini, direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica e dr. Gozzi presidente Commissione albo odontoiatri; la sala era veramente piena!

Il corso organizzato e voluto dall'Ordine con la collaborazione determinante della Commissione albo Odontoiatri, ha affrontato le problematiche, gli obblighi e gli adempimenti legati alla figura del direttore sanitario; il tutto trattato da varie angolazioni e punti di vista in funzione anche del

ruolo e delle funzioni dei relatori. Il Dr. Reggiani, direttore dell'Hesperia Hospital e il dr. Gennari, direttore di ambulatorio odontoiatrico, hanno relazionato sugli aspetti normativi tenendo conto della prospettiva di chi vive ed interpreta quotidianamente il ruolo di direttore sanitario, mentre il tenente Simonetti e il dr. Castagnetti hanno affrontato l'argomento dal punto di vista delle istituzioni preposte alla vigilanza e al controllo delle regole.

Direi che nessuno si è annoiato, considerato che sono rimasti tutti sino alla fine e non è mancato anche un po' di pepe, quando la platea ha rumoreggiato contestando garbatamente un passaggio affrontato dal Dr. Castagnetti.

In sintesi un buon convegno, i cui atti saranno tradotti in un CD per essere messi a disposizione dei colleghi interessati alla problematiche affrontate dal corso.

A. Addamo

## L'impossibile chiedilo alle fate...



Numero Verde  
**800-205040**

...per tutto il resto

c'è **FragolaBlu**

il prestito personale  
di Banca popolare  
dell'Emilia Romagna

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

rapidità e facilità di erogazione

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



**Banca popolare  
dell'Emilia Romagna**

GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

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

La banca per la famiglia

DOCUMENTO APPROVATO ALL'UNANIMITÀ DAL CONSIGLIO NAZIONALE  
DELLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI  
DEI MEDICI-CHIRURGHICI E DEGLI ODONTOIATRI

CAGLIARI 21 APRILE 2007

**"ERRORI UMANI ED ERRORI DEI SISTEMI:  
LE RESPONSABILITÀ DEL MEDICO"**

**L**a sicurezza delle cure rappresenta un obiettivo qualificante ed irrinunciabile di ogni moderna politica indirizzata al conseguimento dell'efficacia delle organizzazioni sanitarie e alla promozione della qualità dei servizi resa e percepita dai cittadini.

Lo sviluppo della medicina moderna come scienza biotecnologica e della sanità come complessa rete di servizi alla persona e alla collettività, hanno profondamente mutato le caratteristiche tecnico-professionali dell'atto medico, compresa la natura dei possibili errori e dei relativi profili di responsabilità. In una medicina povera di tecnologia ed in una sanità a bassa complessità organizzativa, il colloquio con il paziente, la semeiotica fisica, il ragionamento clinico, l'esperienza e l'autorevolezza del singolo professionista, erano alla base del processo diagnostico terapeutico; l'eventuale errore era fondamentalmente attribuibile ad un "profilo individuale" di responsabilità per manifesta imperizia, imprudenza e negligenza.

Lo sviluppo verticale delle conoscenze e delle competenze che

si distribuiscono su più profili professionali, il massiccio ingresso orizzontale nella pratica clinico-assistenziale di sofisticate tecnologie e presidi, il ruolo sempre più attivo dei cittadini nel richiedere accessibilità, efficacia e sicurezza delle attività sanitarie, hanno incrementato in modo esponenziale la complessità delle organizzazioni sanitarie. Il processo clinico assistenziale, anche sotto la spinta di esasperate politiche aziendali alla ricerca di efficienza, è diventato simile ad una linea di produzione di una merce che mantiene però un altissimo contenuto etico e civile. In questo processo ed intorno ad esso si muovono più attori con i propri ambiti di autonomia e di responsabilità ed un universo di domande e di bisogni ai quali non sempre possono corrispondere i medici e la medicina. Tutto ciò va contestualizzato all'interno di un rapporto medico-paziente in continuo cambiamento, che i medici vedono sintetizzato nel concetto di alleanza terapeutica; un contesto in cui le aspettative, più o meno giustificate, del paziente hanno una grande rilevanza. La com-

plexità tecnico organizzativa delle attività, la molteplicità delle relazioni intra ed interprofessionali, l'invasività delle nuove tecniche e tecnologie di diagnosi e cura, definiscono un sistema che tende a produrre al suo interno condizioni favorevoli al manifestarsi di errori. In questo senso, senza nulla voler sottrarre agli ambiti di responsabilità individuale, laddove presenti, l'errore in sanità modifica sostanzialmente la propria natura. Le azioni rivolte alla sicurezza delle cure devono, dunque, innanzitutto far emergere e correggere i cosiddetti errori latenti, quelli cioè che appartengono all'area organizzativo-gestionale dei processi clinico assistenziali; in questa prospettiva il "fattore umano" rappresenta quasi sempre l'ultimo anello di una catena di difetti del sistema; in altre parole è l'effettore dell'evento indesiderato.

Questa moderna visione dell'errore consente di rappresentare in modo più realistico il fenomeno del rischio clinico e soprattutto di sviluppare efficaci politiche della sicurezza e quindi della qualità, laddove l'attenzione viene fortemente indirizzata, ol-



tre che sugli operatori, sulle organizzazioni dei servizi. In questa prospettiva gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, si sono adoperati affinché prevalga una cultura diversa, "positiva" dell'errore, affermando con chiarezza, all'art. 14 del nuovo Codice di Deontologia Medica, che al medico compete "la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure".

Per tale ragione la FNOMCeO, interpretando e facendo proprie le legittime esigenze dei cittadini e della professione, ritiene che la promozione della sicurezza ed una efficace ed efficiente prevenzione e gestione del rischio clinico e degli eventi indesiderati, rappresenti un diritto dei pazienti ed un dovere dei professionisti quale elemento qualificante delle prestazioni erogate e, a tale scopo, pongono all'attenzione delle Istituzioni e di tutti i soggetti coinvolti alcune proposte concrete.

### 1) Produrre e trasmettere ai professionisti la cultura dell'errore, del rischio clinico e della sicurezza delle cure

Una efficace ed efficiente azione di prevenzione e gestione del rischio non può prescindere da una conoscenza dei determinanti del fenomeno che va considerata una vera e propria malattia del sistema sanitario. Di questa patologia sono note in letteratura le caratteristiche epidemiologiche, la tassonomia, gli strumenti di indagine, le proce-

sure di misura e valutazione, infine alcune terapie efficaci. Queste conoscenze definiscono un nuovo sottosistema cognitivo che deve entrare a pieno titolo nel core curriculum formativo dei futuri medici (e di tutti i futuri professionisti della salute) per cui riteniamo indispensabile:

- a) *introdurre nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, e specificatamente in Medicina e Odontoiatria, la necessità di acquisire un **congruo numero di Crediti Universitari (almeno 5) sul tema del rischio clinico e della sicurezza delle cure**, compresi gli aspetti legati alla comunicazione e alla deontologia.*
- b) *affrontare, nei corsi di specializzazione post laurea e di formazione in medicina generale, le tematiche della sicurezza peculiari delle attività specialistiche in causa con particolare riguardo alle tecnologie sanitarie e ai farmaci.*
- c) *prevedere che, nel prossimo triennio, nel programma ECM di ogni professionista siano previsti un congruo numero di Crediti Formativi (non meno di 25) per le attività di audit o similari in materia di sicurezza delle cure. In particolare nelle attività di elevata complessità tecnico-manuale è sicuramente utile favorire lo sviluppo di tecniche e procedure di simulazione, già largamente impegnate in tutti i sistemi "ad alta af-*

*fidabilità" ( es. aeronautica) con scopo di insegnamento, di esercizio e di verifica periodica sia degli apparati e delle organizzazioni che delle performances umane (Screen Based Simulators, Task Trainers e Simulatori in Scala Reale).*

### 2) Rafforzare ed estendere la diffusione delle buone pratiche cliniche, la valutazione delle attività sanitarie e la gestione integrata delle competenze.

La sicurezza delle cure si fonda altresì sulla produzione, diffusione ed utilizzo delle buone pratiche cliniche che contrastino la pervasività della cosiddetta "medicina difensiva" e l'enorme rischio connesso al mantenimento, nella pratica professionale, di procedure ed orientamenti diagnostico-terapeutici non più validati dall'evidenza scientifica; in questa prospettiva la sicurezza delle cure è innanzitutto una questione tecnico-professionale. Con tale obiettivo la FNOMCeO ritiene indispensabile che nelle misure legislative di ammodernamento del SSN e nella direzione di un governo clinico delle attività sanitarie, fondato su un forte ed autorevole ruolo di indirizzo e governo della qualità delle cure che prevede un ruolo "centrale" del Ministero della Salute e su una qualificata partecipazione e cooperazione di altri soggetti aventi titolo e competenze istituzionali (Regioni e Province Autonome) tra i quali la FNOM-

CeO, vengano resi operativi ed operino in rete funzionale con e/o nell'ambito di altri organismi e soggetti istituzionali:

a) **il Centro Nazionale Linee-Guida** con il compito di promuovere le attività e le procedure preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con il miglior impatto positivo in termini di salute (e sicurezza) e ottimale utilizzo delle risorse;

b) **il Centro Nazionale Technology Assessment** con le funzioni di promuovere l'introduzione di nuove tecnologie ed il loro utilizzo secondo criteri di efficacia, appropriatezza e sicurezza sulla base delle evidenze scientifiche e di ottimale impiego delle risorse.

c) **il Centro Nazionale Valutazione Servizi Sanitari** con le finalità di valutare i livelli di coerenza delle prestazioni rese, agli obiettivi e alle linee strategiche del SSN e delle innovazioni apportate dai Piani Sanitari Nazionali. In tale contesto la valutazione delle attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio clinico, soprattutto se misurate sulla efficacia degli esiti, assume particolare rilievo ed appare in grado di contribuire fortemente ad un orientamento alla qualità dell'intero sistema che deve migliorare il rapporto con i cittadini garantendo loro una maggiore sicurezza e traspa-

renza delle strutture sanitarie specie su alcuni dei più comuni eventi avversi (es. infezioni ospedaliere, errori di terapia, prevenzione delle cadute ecc.).

### 3) Progettare le organizzazioni sanitarie ed orientare la loro gestione in funzione della sicurezza delle attività.

Le caratteristiche prevalenti di errore di sistema attribuibili alla stragrande maggioranza degli eventi avversi in sanità, pongano una questione centrale a tutti coloro che portano la responsabilità gestionale dei processi di cura e cioè quella di riprogettare organizzazioni più sicure sulla base e sulla scorta degli errori non evitati ma evitabili, con o senza danni ai pazienti. Queste attività sono tipicamente "bottom-up", fondate, cioè, su una forte responsabilizzazione dei professionisti, testimoni ed attori dei processi clinico-assistenziali che mandano segnali al management, da cui si aspettano risposte pronte, adeguate ed efficaci sul rimodellamento dell'organizzazione.

Su tale base la FNOMCeO ritiene che, con provvedimento legislativo attinente ai principi fondamentali dell'ordinamento del SSN, debba essere previsto che

a) tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, siano dotate di una **funzione e/o struttura operativa dedicata alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio clinico attraverso**

le attività di prevenzione degli errori (Incident Reporting), di valutazione reattiva e proattiva degli stessi (Audit Clinico, GRC, Rassegna di Mortalità e Morbilità, Mappe di Rischio, etc) infine di corretta gestione degli eventi avversi che si manifestano nel corso e a seguito di procedure cliniche dalla comunicazione alle procedure di valutazione e riconoscimento del danno ingiusto. Il Dipartimento ospedaliero ed analoghe configurazioni organizzative e gestionali delle attività territoriali definiscono l'ambiente fisico mentre tutti i professionisti in ragione delle proprie funzioni e responsabilità gestionali rappresentano i soggetti nei quali e tra i quali far sviluppare le procedure, gli strumenti e gli obiettivi di sicurezza e la valutazione dei risultati conseguiti. Tutte le U.O. dovrebbero essere quindi vincolate all'obbligo di report periodici sui quali, tra l'altro, valutare gli obiettivi di risultato del Responsabile e dei professionisti afferenti alla U.O. **Lo stesso Direttore Generale andrebbe valutato in ragione degli obiettivi di sicurezza delle cure proposti ed effettivamente conseguiti.**

Tali funzioni e/o strutture dedicate alla sicurezza vanno coordinate con la Direzione Sanitaria Aziendale ma collocate in staff con la Direzione Generale al fine di consentire prontezza ed efficacia alle

azioni di prevenzione e correzione degli errori di sistema e alle azioni di gestione degli eventi avversi.

- b) le attività legate alla segnalazione volontaria degli errori, degli stessi eventi avversi e all'audit clinico sulla sicurezza siano del tutto volontari e confidenziali. Tali strumenti, in quanto funzionali all'interesse generale dei cittadini e della collettività, dovrebbero essere adoperati solo dai professionisti con l'impossibilità quindi di un loro utilizzo sia per l'adozione di provvedimenti 'punitivi', sia per un loro uso in corso di giudizio davanti all'Autorità Giudiziaria, ferme restando le responsabilità di ognuno in tutti gli ambiti (Civile, Penale, Amministrativo, Deontologico) e quanto altrimenti oggetto di denuncia obbligatoria.
- c) *le Regioni e le Province autonome, nell'ambito dei propri poteri debbano dotarsi di procedure e sistemi che consentano la rilevazione sistematica e registrazione degli errori, degli eventi sentinella e degli eventi avversi in ragione sia dello sviluppo delle proprie politiche della sicurezza sia da trasmettere al Centro Nazionale Sicurezza delle Cure, operante funzionalmente con il network degli altri organismi della qualità dei servizi sanitari e che preveda la partecipazione e*

*cooperazione delle istituzioni professionali, con il coordinamento dell'A.S.S.R. Tale Centro promuove l'aggiornamento e la diffusione delle buone pratiche di prevenzione e gestione del rischio clinico, affianca e sostiene iniziative regionali e locali, sviluppa il confronto fra esperienze diverse, progetta obiettivi nazionali relativi alla sicurezza, avvia e supporta iniziative pubbliche presso i cittadini per la comunicazione sulle attività sanitarie poste in sicurezza.*

**4) Ridurre costi economici e sociali del contenzioso garantendo l'accessibilità a procedure di risarcimento eque, tempestive e trasparenti, del danno derivante da trattamento sanitario.**

Questo aspetto è parte costituita della questione prevenzione e gestione del rischio clinico e definisce il punto di maggiore criticità nei rapporti tra i professionisti, le istituzioni sanitarie ed i cittadini.

Il nostro sistema giuridico prevede infatti che il danno da trattamento sanitario è risarcibile solo se derivante da una colpa (individuale o di sistema), il che comporta una oggettiva esasperazione del procedimento all'individuazione della colpa arrivando al punto di "presumerla" salvo diversa dimostrazione in capo all'incolpato (inversione dell'onere della prova). Non compete mettere in discussione il principio giuridico ma solo ri-

levarne alcune conseguenze devastanti nello specifico dei trattamenti sanitari, dove il danno si può realizzare in ragione dei limiti stessi della Medicina, ovvero rappresentare una complicità non evitabile o altrimenti non riducibile.

Questa area grigia, questa "alea della responsabilità" va rapidamente estendendosi, minacciando il rapporto fiduciario tra professionisti, pazienti ed Istituzioni Sanitarie. Il timore di un contenzioso medico legale incoraggia tra i professionisti pratiche difensive caratterizzate dall'abuso di procedure inutili (e magari dannose!) e dall'elusione di quelle efficaci ma gravate da rischi ritenuti insopportabili. L'obiettivo di un risarcimento incoraggia invece un complesso universo di veri o presunti aventi diritto (pazienti e/o familiari di questi, studi legali e peritali) ad intraprendere azioni risarcitorie a fronte di qualunque evento o esito delle cure non previsto, magari accedendo a procedure penali, più rapide e meno costose, non pregiudicando l'eventuale successivo accesso a vie civili.

Le Istituzioni sanitarie hanno, fino a pochi anni fa, completamente delegato alle Compagnie Assicuratrici o ai Brokers, laddove presenti, la gestione dei contenziosi rinunciando di fatto ad ogni ruolo in materia, con le drammatiche conseguenze di dover ancor oggi, in molte situazioni, esercitare "in difesa" il ruolo di contraente di polizze sempre meno garantiste, e più

impegnative dei bilanci. A fronte di questo scenario così variegato ed inquietante, la FNOM-CeO ritiene indispensabile:

a) una specifica disposizione legislativa che ponga a carico delle aziende sanitarie e degli Enti pubblici e privati accreditati operanti in conto e per conto del SSN, gli obblighi e gli oneri relativi alla tutela della responsabilità civile per danni alle persone derivanti da tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle erogate in regime di Convenzioni Nazionali e di quelle svolte in libera professione intramuraria. Resta invece in capo ai singoli professionisti l'onere della tutela della responsabilità per colpa grave e dolo e l'obbligo dell'intera tutela della responsabilità civile se liberi-professionisti.

b) la possibilità di provvedere a tali tutele mediante stipula di polizze assicurative o forme alternative o complementari aventi le stesse finalità e livelli di garanzia. Appare al riguardo utile individuare a livello locale (aziendale) soggetti e procedure di soluzione stragiudiziale del contenzioso, mettendo in campo tutte le attività di gestione del rischio, in ambito libero-professionale gli Ordini professionali rivestono invece un ruolo fondamentale nella composizione ed operatività delle Commissioni Conciliative;

c) prevedere tra gli strumenti anche la costituzione di un Fondo Nazionale Infortuni da Trattamento Sanitario attraverso la riserva di finanziamenti alle Regioni da portare in sottrazione agli oneri delle polizze assicurative; questo è abilitato ad indenizzare i soggetti colpiti da danni in cui sia dimostrato il nesso di causalità con una prestazione sanitaria e non necessariamente un profilo di colpa professionale.

A tale Fondo potrebbero accedere in forma indistinta le Commissioni di Conciliazione costituite a livello regionale secondo modalità e composizione che ne garantiscono la trasparenza, l'autorevolezza e la terzietà e supportate nelle valutazioni tecniche (sussistenza del nesso di causalità, quantificazione del danno etc.) da Collegi Arbitrali con esperti certificati dagli Ordini Professionali. Qualora venga accettato l'indennizzo, non deve essere consentito al paziente o i suoi familiari il ricorso all' autorità giudiziaria. Gli obiettivi sono:

- 1) 'calmierare' il settore assicurativo invertendo il trend di crescita dei premi e dei risarcimenti,
- 2) velocizzare i tempi di indennizzo col duplice scopo di tutelare i cittadini danneggiati e recuperare il rapporto di fiducia;
- 3) ridurre il ricorso a cause civili e penali che spesso hanno come movente principale la

legittima esigenza di vedere risarcito il danno;

4)- incentivare le Strutture Sanitarie a sviluppare tutto il sistema della sicurezza posto che l'accesso al suddetto Fondo è vincolato all'assolvimento di tutte le norme e le attività di Prevenzione e Gestione del Rischio Clinico.

5) I diversi profili di responsabilità del medico: l'illecito, le attività peritali, la qualità professionale, il ruolo degli Ordini

Le iniziative giudiziarie, anche quelle che formalmente esercitano una funzione di tutela quali gli avvisi di garanzia, spesso enfatizzate dalla cronaca mediatica, impattano in modo devastante la percezione che i professionisti avvertono del loro ruolo sociale e professionale. Da più parti viene rilevato come la responsabilità medica e sanitaria in caso di eventi avversi, salvo casi sporadici, largamente prescinda dalla colpa o quantomeno ne esaspera la ricerca in corso di procedimento penale a meri fini risarcitori.

A tale riguardo la FNOMCeO ritiene che:

a) la prospettata riforma del Codice Penale o un intervento legislativo specifico debba prevedere **modifiche dell'ordinamento idonee a circoscrivere la responsabilità professionale sanitaria in ambito esclusivamente indennitario,** escludendone quindi la configurazione di il-



lecito nell'ipotesi di colpa, fatta salva quella derivante dalla violazione di norme peculiari.

Cresce altresì il disagio per un contenzioso legale che si fonda su perizie commissionate dalle parti, ovvero atti professionali, che talora non rispettano soddisfacenti standards di qualità tecnico professionale. Questi fenomeni negativi vanno contrastati e la FNOMCeO richiede che:

b) *in corso di accertamento peritale da parte delle Autorità aventi diritto, si faccia ricorso a professionisti con acclarata competenza ed esperienza professionale (curriculum e anzianità professionale) e che questi, laddove la complessità della materia lo richiede, debbano comunque avvalersi di esperti **Consulenti Clinici** competenti per lo specifico settore oggetto di perizia con analoga esperienza. A tale scopo si ritiene utile la istituzione di apposito **Elenco dei periti certificati dagli Ordini professionali** cui dovrebbero afferire coloro che lo richiedono e ne hanno titolo e al quale le Autorità potrebbero attingere per le loro esigenze, ovviamente fermo restando il vincolo costituzionale della assoluta discrezionalità e libertà del Giudice*

La proposta di sganciare il giusto ristoro del danno dalla definizione di una colpa, non inten-

de sollevare i professionisti dalle loro responsabilità ma piuttosto si propone di configurare quegli ambiti tecnico-professionali, deontologici sui quali è possibile intervenire con azioni di correzione e miglioramento delle basse performances. La FNOMCeO propone dunque di:

c) *progettare ed introdurre in settori specifici progressivamente più numerosi, accanto ai sistemi vigenti di valutazione delle attività e dei professionisti, **meccanismi di valutazione della proficiency del personale sanitario**, prevedendo percorsi di riqualificazione in caso di basse performances rispetto ad indicatori predefiniti. In questo contesto assume un forte rilievo il ruolo degli Ordini quali tutori e promotori della qualità professionale prevista dalla Deontologia; questi potrebbero a pieno titolo sanzionare le basse performances anche attivando misure compensative e di recupero (ad esempio obbligo di documentare aggiornamenti specifici o svolgere attività con tutoraggio di esperti).*

L'esperienza consolidata ci dice che molto spesso alla base di un contenzioso o del fallimento della gestione di un evento avverso c'è una pessima comunicazione del/i professionista/i e della struttura. Per tali ragioni la FNOMCeO ritiene che:

d) *vada favorita la formazione*

*dei professionisti nella comunicazione con i pazienti (e i parenti) che hanno subito un danno per mantenere il rapporto di fiducia tra i cittadini ed il servizio sanitario e per tentare di diminuire il contenzioso o facilitare soluzioni stragiudiziali.*

Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO dà quindi mandato al Comitato Centrale di:

1. **attivare in tutte le sedi istituzionali iniziative idonee al conseguimento di tali obiettivi,**
2. **promuovere, su queste proposte, un vasto fronte di consenso nell'ambito delle rappresentanze mediche ed odontoiatriche e di tutte le professioni sanitarie configurate in Ordini, Collegi ed Associazioni riconosciute,**
3. **proporre alla Federazione Nazionale della Stampa, una iniziativa pubblica finalizzata alla condivisione di regole comuni nella informazione e comunicazione degli eventi avversi,**
4. **Promuovere un Forum Nazionale permanente di Audit Civico con le organizzazioni di tutela dei pazienti sui temi della sicurezza delle cure.**



# COMITATO ETICO PROVINCIALE DI MODENA

## RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2006

### INTRODUZIONE

**I**l Comitato Etico (CE) di Modena è stato istituito nel gennaio 2001 per volontà congiunta dei tre Enti Istitutivi (Azienda Ospedaliera, Azienda USL e Università), che hanno deciso di creare un unico Comitato Etico a livello provinciale anche al fine di armonizzare le modalità di **valutazione dei protocolli di ricerca a livello delle Aziende Sanitarie della Provincia di Modena** e per evitare la duplicazione di attività e la non razionale gestione delle risorse.

A seguito dell'emanazione del DM del 12 maggio 2006: "Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei Comitati Etici", nel

corso dell'anno 2006 sono state messe in atto le azioni propeedeutiche alla rinomina dei componenti, prevista entro il termine ultimo del mese di marzo 2007. Sono stati ricostituiti tutti i CE a livello nazionale. A livello della regione Emilia-Romagna è stato adottato in massima parte il modello di un unico Comitato Etico per ogni provincia. È stato quindi riconfermato anche per la provincia di Modena un unico Comitato Etico che è stato rinominato secondo i requisiti previsti da tale decreto, riconfermando per la massima parte i componenti già presenti ed integrando con ulteriori figure professionali rappresentate dal pediatra di libera scelta ed dal-

l'esperta di genetica.

Per quanto riguarda le **tematiche di bioetica** il CE di Modena prevede nel proprio regolamento i seguenti campi di attività:

- Funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche ed assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona umana;
- Proposta di iniziative di formazione/informazione/aggiornamento di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica e promozione di iniziative di sensibilizzazione su tematiche di bioetica presso i cittadini.

### 1. ATTIVITÀ RELATIVA AI PROTOCOLLI DI RICERCA CLINICA

A partire da Gennaio 2006 fino a Dicembre 2006, il Comitato Etico Provinciale di Modena ha valutato **202** sperimentazioni, così ripartite per Enti di appartenenza:

Azienda Ospedaliera	101
Università	51
Azienda USL	41
Ospedale di Sassuolo S.p.A.	3
Altre strutture sanitarie private accreditate per cui il CE di Modena rappresenta il Comitato Etico di riferimento	4
Ambulatori di MMG	2

In ottemperanza a D.M n.211 del 24/06/03 sono stati rilasciati **25 Pareri Unici**: rispetto ai 129 protocolli sperimentali con farmaci sottoposti al Comitato Etico, Modena è stato Centro Coordinatore per il 18,9% degli studi.

Gli studi sponsorizzati sono stati **105 (52%)** quelli non sponsorizzati **97 (48%)**.

ANNO	SPONSOR	NO SPONSOR
2001	66	35
2002	72	49
2003	146	74
2004	128	62
2005	118	85
2006	105	97

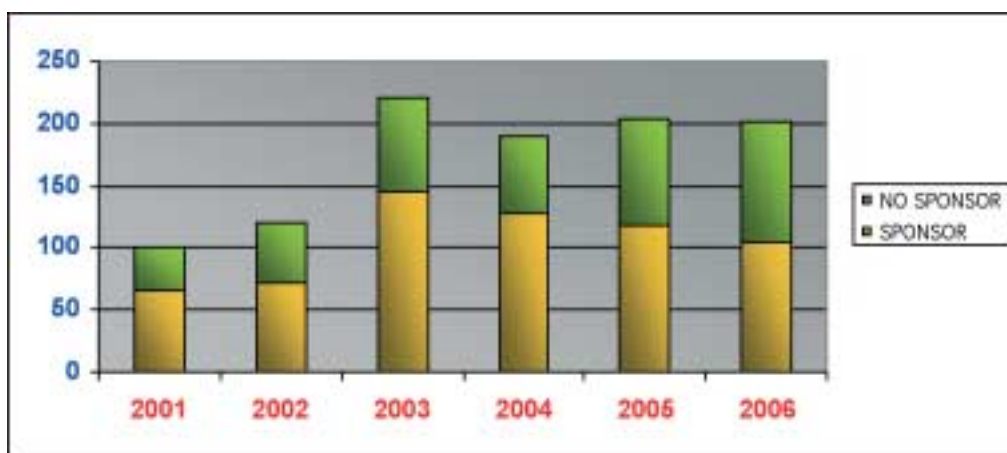


Fig. 1: Confronto studi SPONSORIZZATI e NON SPONSORIZZATI dal 2001 al 2006

La maggior parte delle sperimentazioni è rappresentata da studi clinici con farmaci che hanno costituito il 63.8% di tutti i protocolli presentati, ma sono stati valutati anche numerosi studi osservazionali (27.7%).

Nel 2006 sono stati presentati 3 studi sulle medicine non convenzionali (agopuntura).

TIPOLOGIA PROTOCOLLI PRESENTATI nel 2006	N°	%
SPERIMENTALI con farmaci	129	63.8
STUDI OSSERVAZIONALI	56	27.7
STUDI con dispositivi medici	6	2.9
STUDI MEDICINE NON CONVENZIONALI	3	1.4
ACCESSI ALLARGATI	8	3.9
<b>TOTALE</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

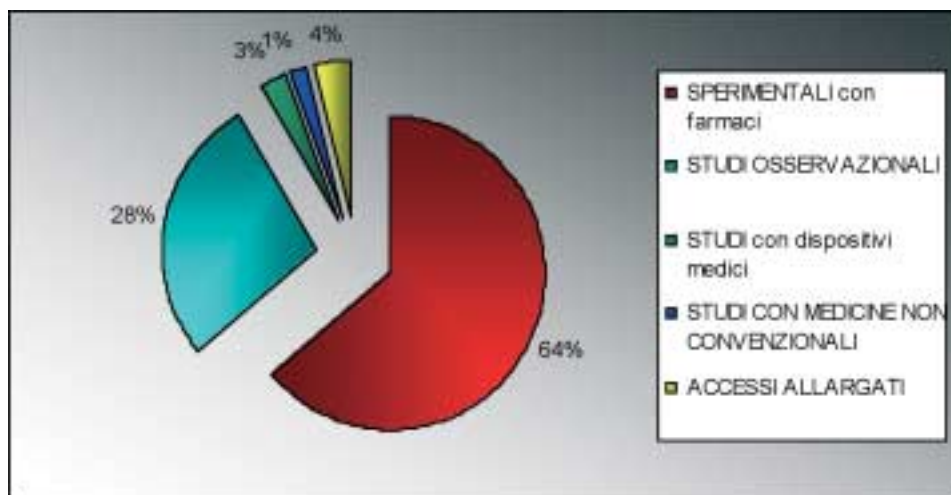


Fig. 2: Tipologie protocolli esaminati

Come risulta evidente dalla fig. 3, rispetto al 2005, nel 2006 il numero degli studi sperimentali con farmaci e degli studi osservazionali non hanno subito modifiche rilevanti. Sono tuttavia leggermente aumentati (+ 1%) gli altri tipi di studi (dispositivi medici, medicine non convenzionali e usi allargati).

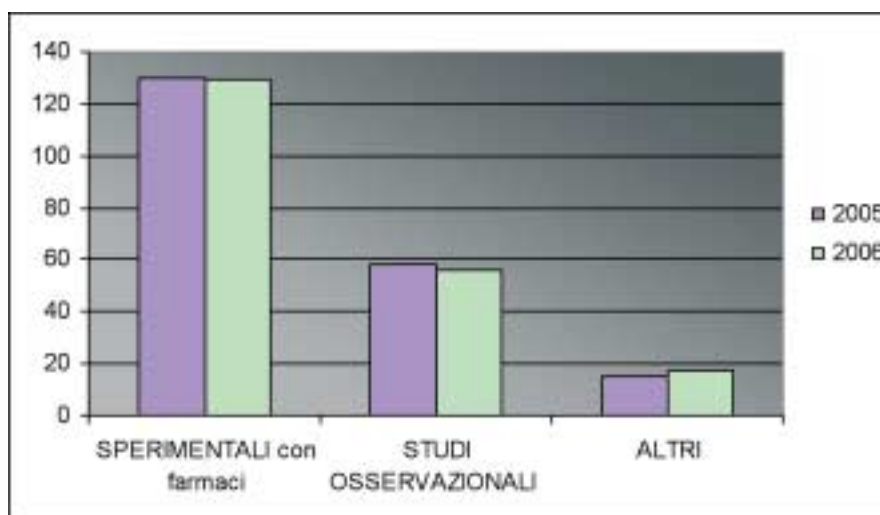


Fig. 3: Confronto distribuzione studi Sperimentali e Osservazionali 2005/2006

Per quanto riguarda la Fase di sperimentazione dei protocolli valutati dal Comitato Etico, quella che risulta maggiormente presente è la Fase III (52.5%), seguita dalla Fase II (30.3%) e in ultimo dalla Fase IV (14.7%). Rispetto al 2005 sono stati presentati 3 studi di Fase I (2.5%)

Nelle successive Tabelle e Grafici sono evidenziati i valori in percentuale delle diverse fasi di studi negli ultimi cinque anni di attività del Comitato Etico.

ANNO 2002		
FASE	N° PROTOCOLLI	%
II	26	31
III	57	67
IV	2	2
<b>TOTALE</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

ANNO 2003		
FASE	N° PROTOCOLLI	%
II	26	20
III	90	70
IV	12	10
<b>TOTALE</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

ANNO 2004		
FASE	N° PROTOCOLLI	%
I	2	1
II	22	19
III	79	70
IV	16	13
<b>TOTALE</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

ANNO 2005		
FASE	N° PROTOCOLLI	%
II	36	27
III	72	55
IV	22	18
<b>TOTALE</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

ANNO 2006		
FASE	N° PROTOCOLLI	%
I	3	2.5
II	37	30.3
III	64	52.5
IV	18	14.7
<b>TOTALE</b>	<b>122</b>	<b>100</b>

In Figura 5 sono riportate le aree specialistiche che hanno principalmente condotto ricerca nell'ultimo anno di attività del Comitato Etico Provinciale di Modena.

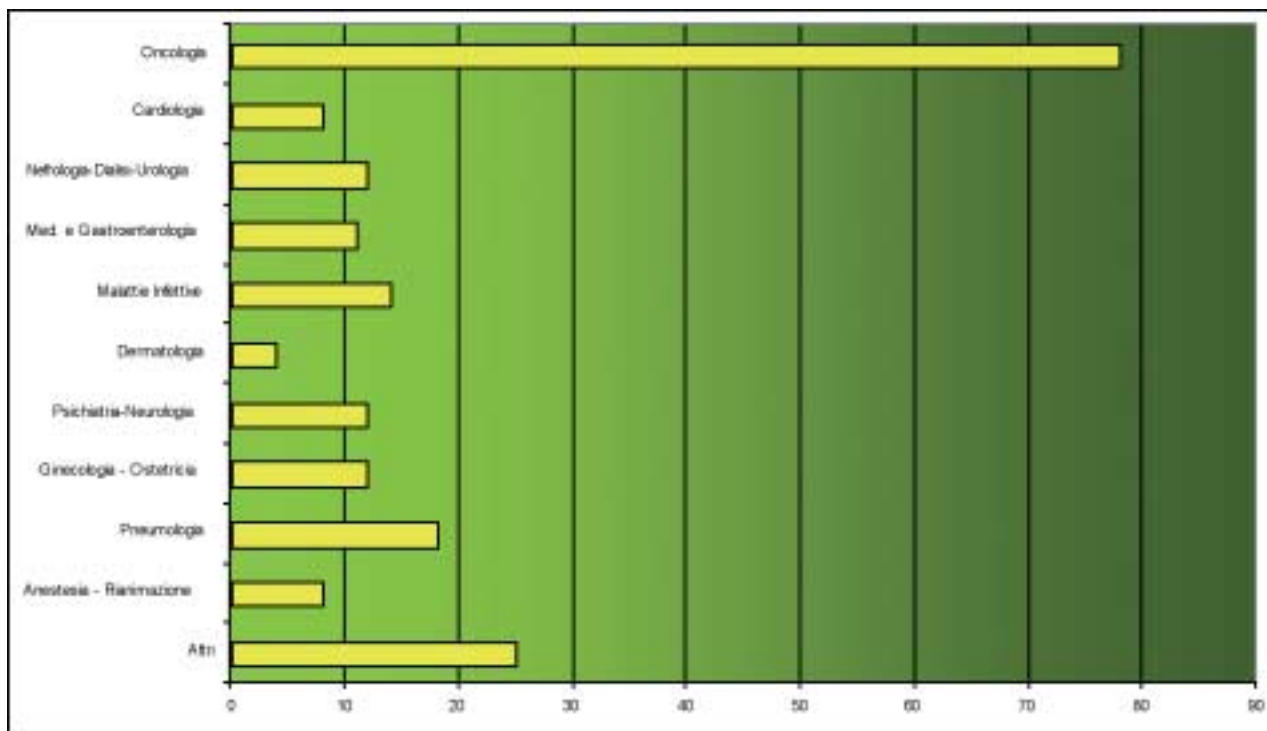


Fig. 5: Aree specialistiche di sperimentazione (di tutte le Aziende Sanitarie della Provincia di Modena)

La seguente tabella con grafico mostra la distribuzione delle diverse tipologie di sperimentazione nelle diverse aree specialistiche di tutte le Aziende Sanitarie della Provincia di Modena.

	Fase I	Fase II	Fase III	Fase IV	Osservazionali	Dispositivi	Medicina non convenzionale	Uso allargato	Totale
Oncologia	3	26	29	2	14			4	78
Cardiologia				4	2	2			8
Nefrologia Dialisi-Urologia		2	8		2				12
Med. e Gastroenterologia		1	2	2	6				11
Malattie Infettive		1	6	2	4			1	14
Dermatologia			2	1	1				4
Psichiatria Neurologia			3	1	8				12
Ginecologia Ostetricia			2		7		3		12
Pneumologia		2	7	2		3		4	18
Anestesia Rianimazione			4	2	2				8
Altri		3	9	2	9	1		1	25
<b>Totale</b>	<b>3</b>	<b>35</b>	<b>72</b>	<b>18</b>	<b>55</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>202</b>



La Tabella che segue mette in evidenza il confronto relativo alle decisioni (approvazione, non approvazione, approvata a condizione, sospesa in attesa di chiarimenti) del Comitato Etico nell'anno 2006. 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 nel 2006 è di 153 pratiche (pari al 76%). Sono rimaste non approvate 8 pratiche (4%), approvate a condizione 22 (11%) e sospese in attesa di chiarimenti 14 (7%).

*Rimangono senza valutazione del Comitato Etico 5 protocolli a causa di documentazione incompleta o rinuncia da parte dello sperimentatore o dello sponsor prima che fosse espresso un parere.*

DECISIONI	PRATICHE 2004	PRATICHE 2005	PRATICHE 2006
APPROVATE	157	164	153
NON APPROVATE	6	9	8
APPROVATE A CONDIZIONE	7	11	22
SOSPESE IN ATTESA DI CHIARIMENTI	7	6	14
NON VALUTATE	1	13	5
<b>Tot.</b>	<b>190</b>	<b>203</b>	<b>202</b>

Per molte sperimentazioni il CE non ha espresso un parere definitivo alla prima valutazione, ed è stato necessario rivalutarle alla luce di chiarimenti richiesti. Nel 2006, a fronte di 194 nuove sperimentazioni e 8 richieste di usi allargati sono stati espressi 271 pareri.

Le sperimentazioni per cui non si esprime un parere positivo 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 8 pratiche non approvate, 4 erano studi sperimentali, 3 studi osservazionali e 1 uso allargato.

#### Riassumendo:

Delle 202 pratiche valutate nel 2006:

- ◆ **161** pratiche hanno raggiunto un parere definitivo
  - 8 non approvate (3%)
  - 153 approvate (74%)
- ◆ **36** pratiche non hanno raggiunto un parere definitivo (sospese in attesa di chiarimenti o approvate a condizione)
  - 14 sospese in attesa di chiarimenti (7%)
  - 22 approvate a condizione (11%)
- ◆ **5** pratiche non valutate dal CE:
  - 1 in attesa che la documentazione sia completata
  - 2 sospeso da parte dello Sponsor
  - 2 sospeso dallo sperimentatore
- ◆ per **5** pratiche l'approvazione è stata vincolata alla ricezione di un aggiornamento semestrale, o trimestrale, per monitorare l'andamento dello studio.

Delle 161 pratiche che hanno raggiunto un parere definitivo:

- 79 pratiche hanno ottenuto la definitiva approvazione alla prima seduta;
- 3 rimangono non approvate;

- 2 pratiche sono state non approvate in prima istanza e seconda istanza;
- 1 pratica è stata non approvata poi approvata a condizione poi approvata definitivamente;
- 52 pratiche sono state approvate a condizione che fossero forniti chiarimenti poi approvate;
- 1 pratica è stata approvata a condizione che fossero forniti chiarimenti poi non approvata;
- 3 pratiche sono state approvate a condizione che fossero forniti chiarimenti poi approvate con segnalazione;
- 5 pratiche sono state approvate con segnalazione;
- 11 pratiche sono state sospese in attesa di chiarimenti poi approvate;
- 2 pratiche sono state sospese in attesa di chiarimenti poi approvate con segnalazione;
- 1 pratica è stata sospesa in attesa di chiarimenti poi non approvate
- 1 pratica è stata sospesa poi approvata a condizione infine approvata

**Occorre segnalare che rispetto al 2005 si è osservato un notevole incremento di emendamenti: si è passati da circa 79 a 181 nel 2006 (+129%).**

### MONITORAGGIO

Su tutti gli studi presenti in Segreteria dal 1998 al 2006 è stato effettuato un monitoraggio dal quale è emerso che per 194 pratiche da più di un anno non erano pervenute informazioni di alcun tipo (segnalazione eventi avversi, comunicazioni di avanzamento studio, relazione di fine anno...).

Ai responsabili della ricerca di tali studi è stato richiesto di inviare notizie in modo da aggiornare e, laddove possibile, archiviare la pratica.

- Tra gli studi presentati alla Segreteria tra il 1998 e il 2000 sono stati **chiusi 35** studi per i quali dopo diversi solleciti non si è riusciti a reperire alcuna informazione sullo stato di avanzamento;
- Degli studi del 2001/2002, 14 sono risultati ancora attivi (11%), 59 chiusi (45%), 7 mai avviati (5%) e per 49 pratiche (38%) non si è ricevuta alcuna risposta alla richiesta di aggiornamento sullo stato di avanzamento pertanto sono stati chiusi (nel tentativo di lasciare più tempo agli sperimentatori per fornire le informazioni richieste alcuni studi saranno chiusi nei primi mesi del 2007);
- Sono stati monitorati gli studi del 2003/2004 che ancora non avevano ottenuto un'approvazione definitiva (sospesi o approvati a condizione) chiedendo se gli sperimentatori avevano intenzione di rinunciare allo studio o di inviare la documentazione richiesta per l'approvazione. Solamente tre sperimentatori hanno risposto che gli studi erano effettivamente chiusi (mai avviati), per 12 studi non si è ricevuta alcuna risposta e quindi sono stati chiusi o verranno chiusi nei primi mesi del 2007;
- Gli studi del 2005/2006 approvati a condizione o sospesi (15 protocolli) sono stati monitorati: solo per cinque studi sono stati inviati i chiarimenti per procedere all'approvazione definitiva, i restanti sono stati chiusi per rinuncia da parte dello sponsor o dello sperimentatore o per mancata comunicazione sullo stato di avanzamento.

RISPOSTA al MONITORAGGIO	N° STUDI	PERCENTUALE
CHIUSURA	59	30%
NESSUNA*	106	55%
MAI INIZIATO	10	5%
ANCORA ATTIVO	14	7%
INVIO DOCUMENTAZIONE MANCANTE	5	3%
<b>TOTALE</b>	<b>194</b>	<b>100%</b>

\* Successivamente chiusi

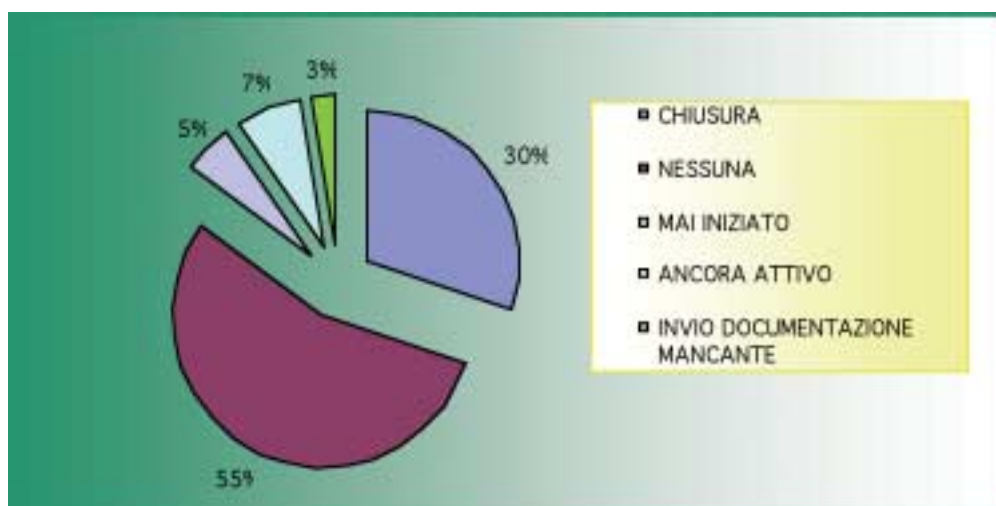


Fig. 7: Esito del MONITORAGGIO 1998-2006

## 2. ATTIVITÀ RELATIVA AI PROTOCOLLI DI RICERCA CLINICA

	2002	2003	2004	2005	2006
Eventi avversi	105	73	240	156	Da febbraio non vengono più protocollati, ma solamente archiviati.
Prese d'atto	207	362	140	304	377
Chiusure studi	8	13	11	88	128
Protocollo n°	2013	2741	3392	4873	3432

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

- Richiesta parere per l'utilizzo di sieri umani proposto dal dott. Rumpianesi responsabile Microbiologia
- Parere in merito al Consenso Informato da utilizzare nel caso di Exposure in Utero di origine paterna -versione del 19 giugno 2006
- Discussione in merito alle note aggiuntive alla attuale dichiarazione di Helsinki emerse durante l'assemblea del WMA a Washington nel 2002 e a Tokyo nel 2004 con particolare riferimento all'utilizzo del placebo
- Conclusione e divulgazione indagine conoscitiva "Comunicazione in ambito Ospedaliero nella Provincia di Modena: informazione ai pazienti, consenso informato, informazione tra gli operatori"

## NOTA DEL DR. STEFANO REGGIANI SULL'ARTICOLO DEL BOLLETTINO DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI MODENA DI MARZO 2007

**I**n riferimento all'articolo "Riflessioni sul Convegno Fiorentino: prima giornata dell'etica dell'informazione" a firma del Dr. Stefano Reggiani, consigliere segretario, pubblicato sul Bollettino di marzo n.3/2007 dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena si precisa che per un refuso tipografico è stato erroneamente riportato nel riquadro a margine, altro documento che nulla ha a che

vedere con l'argomento trattato. Era invece intenzione dell'autore portare all'attenzione dei colleghi di Modena "La Carta Toscana sull'informazione Biomedica" sottoscritta dall'Ordine regionale dei giornalisti e dalla FTOM (Federazione Toscana Ordini dei medici) come lodevole iniziativa.

Nello scusarci per l'involontario refuso e ringraziando il Dr. Antonio Panti, Presidente dell'Ordine dei medici di Firenze per la

puntuale segnalazione (già rilevata da altri colleghi), provvediamo alla opportuna rettifica su questo numero del Bollettino, con la pubblicazione del documento corrispondente all'articolo ed alle intenzioni dell'autore.

*Modena, 26 aprile 2007*

*Stefano Reggiani  
Consigliere Segretario*



### LA CARTA TOSCANA "LA BUONA PRATICA NELL'INFORMAZIONE BIO-MEDICA"



#### Preambolo

1. Il progresso tecnico-scientifico in ambito biomedico, che si è intensificato a partire dalla metà del secolo scorso, ha ampliato lo spettro delle opportunità legate al mondo della salute, nella sua accezione più vasta.

La medicina è diventata sempre più avanzata e sofisticata e la figura del medico pratico è andata progressivamente separandosi da quella del ricercatore. Sono aumentate le promesse di efficacia terapeutica, ma è cresciuto anche il tasso di incertezza che inevitabilmente accompagna tutto ciò che è connesso con la salute dell'individuo. Il rapporto fra i soggetti attivi nella relazione clinica è diventato più complesso.

Se un tempo l'accesso all'informazione bio-medica era, per più motivi, estremamente limitato e legato al rapporto biunivoco medico-paziente, oggi, invece, intervengono altri interlocutori e l'informazione raggiunge ampi strati dell'opinione pubblica, prevalentemente attraverso i mass-media e le nuove tecnologie multimediali che restano al di fuori di contesti normativi precisi.

2. La questione di offrire una informazione corretta e trasparente nel settore bio-medico si pone in termini più pregnanti, rispetto ad altri settori dell'informazione, in quanto coinvolge, in modo particolare, il mondo dei valori.

L'esigenza di linee-guida, che siano di riferimento per una "Buona Pratica" nella comunicazione bio-medica, viene sollecitata da più parti, in nome del diritto del cittadino a una informazione comprensibile, ampia e corretta e non è possibile eludere, da parte dei professionisti, quelle competenze che possono essere acquisite solo attraverso una alta formazione mirata.

Queste esigenze si ripercuotono in numerosi aspetti dell'informazione mediatica, coinvolgendo i rapporti tra strutture, professionisti, personale sanitario, cittadini, soggetti impegnati nella ricerca e gestori del mercato, spesso guidati dalla logica dei finanziamenti.

Come sottolinea la Carta internazionale della professionalità medica, "il giudizio professionale riguardante un interesse primario come la salute dei cittadini può essere influenzato indebitamente da un interesse secondario" e per questo esiste un "obbligo per i medici di riconoscere, rendere pubblici e affrontare i conflitti di interesse che si presentano nello svolgimento dei loro compiti e attività professionali". Parole che possono essere fatte proprie da tutte le professionalità coinvolte all'informazione.

3. La figura di un professionista, che sia garante dei principi di qualità nella comunicazione, è perciò esigenza irrinunciabile e risponde a quei criteri di etica della informazione che sono alla base del rapporto tra media e utente.

Solo in questo modo potrà essere garantita quella capacità di scelta autonoma e consapevole che il cittadino può esercitare esclusivamente nel momento in cui sia in possesso di una informazione adeguata. In questa prospettiva, ridurre l'asimmetria informativa diventa garanzia essenziale di democrazia.

L'importanza di un codice deontologico i cui valori siano condivisi da parte degli operatori del settore biomedico e dagli operatori dell'informazione e della comunicazione è stata più volte ribadita.

Nella convinzione che si dovrebbe avviare su tutto il territorio nazionale un'opera di approfondimento di questo aspetto cruciale di una società complessa, cioè del rapporto di fiducia fra ricercatori, medici, informatori e cittadini, che devono essere messi in grado di fare scelte autonome e consapevoli su tutto quanto riguarda la salute, proponiamo la seguente

#### **Carta Toscana sull'informazione biomedica**

Dal momento che l'informazione deve rispondere ai più alti standard di qualità propri del processo della ricerca e dell'applicazione dei risultati scientifici e tecnologici, medici e giornalisti si impegnano - nel rispetto dei distinti ruoli e nell'esercizio dei loro rispettivi diritti e doveri - a garantire ai cittadini un'informazione corretta, obiettiva, trasparente e verificata.

Essi riconoscono l'importanza che il cittadino - sia esso malato o sano - acquisisca una capacità autentica di partecipare con le sue scelte alla promozione e alla tutela della sua salute e di quella della collettività.

A tali fini gli Ordini dei Medici e dei Giornalisti della Toscana si impegnano a favorire, attuare e sostenere presso tutte le autorità competenti, in particolare nell'insegnamento universitario, le opportune e adeguate iniziative formative nei confronti dei propri iscritti e affermano i seguenti principi che tradurranno in regolamenti nei rispettivi codici deontologici.

1. **Comunicazione.** I professionisti del settore biomedico, medici e ricercatori, hanno un obbligo di



comunicazione che non attiene solo alla relazione clinica, che si articola nel complesso dei rapporti interpersonali professionali. Esiste un obbligo più generale di informare i cittadini su tutto ciò che riguarda la tutela della salute e gli strumenti per realizzarla. La relazione clinica è regolata dal codice deontologico della professione e dalle leggi vigenti dirette anche a garantire la riservatezza dei dati personali. I rapporti fra giornalisti e gli altri soggetti dell'informazione biomedica sono regolati dal codice deontologico dei giornalisti oltre che dalle leggi vigenti.

2. **Responsabilità.** Esiste una responsabilità comune dei medici, ricercatori e degli operatori dell'informazione che riguarda la diffusione di una corretta informazione. Da una parte in funzione di contribuire alle politiche o ai programmi di prevenzione, dall'altra, più in generale, nel diffondere una conoscenza precisa, oggettiva e attenta a indicare limiti e conseguenze di determinate scoperte o procedure scientifiche così da non estendere in modo illusorio gli scopi e le possibilità della medicina, superandone i limiti.
3. **Interesse generale.** In ambito medico e scientifico-sanitario è prioritaria la valutazione dell'interesse generale nel consentire la divulgazione di qualsiasi notizia e informazione.
4. **Servizio.** Il medico, il ricercatore e il giornalista collaborano affinché l'informazione sanitaria permetta la distinzione fra notizia di cronaca e quella utile per l'educazione alla salute, nell'interesse del singolo e della collettività.
5. **Trasparenza.** Le parti si impegnano a garantire il rigore scientifico delle informazioni, a prescindere da qualsiasi intreccio di interessi personali o societari per quanto legittimi essi siano. In caso di presenza di questi interessi, essi devono essere dichiarati in base al principio della trasparenza. L'aspetto commerciale che riguarda farmaci o attrezzature tecnologiche, così come la promozione di marchi individuali o societari devono essere tenuti nettamente separati (o dichiarati come tali) nella diffusione delle informazioni attraverso un canale mediatico.
6. **Qualità.** Medici, ricercatori e giornalisti condividono il fine di garantire la qualità dell'informazione impegnandosi a non trasmettere o a non diffondere notizie premature o non verificate. Gli Ordini sono disponibili a collaborare alla pratica attuazione di tale impegno.
7. **Precauzione.** In ogni caso medici, ricercatori e giornalisti si atterranno al principio della precauzione secondo il quale non verranno indicati in modo apodittico vantaggi e svantaggi di una scoperta o di una terapia fino a che questa non avrà superato una sperimentazione inoppugnabile per tempi e risultati.
8. **Completezza.** I professionisti si impegnano a fornire l'informazione più completa possibile. Le informazioni non verranno abbandonate dopo le prime uscite pubbliche, ma seguite in modo da confermare o rettificare l'esattezza di quanto comunicato in modo da non suscitare né eccessive attese, né allarme.
9. **Competenza.** Medici e giornalisti si impegnano a seguire il principio della competenza. L'informazione verrà resa pubblica quando chi l'ha elaborata è riconosciuta persona competente e chi la diffonde ha ragionevolmente acquisito strumenti per misurarne la validità e la portata.
10. **Linguaggio.** Medici, ricercatori e giornalisti dovranno verificare l'esattezza scientifica dei termini, evitando di usarli al di fuori di qualunque contesto che possa mutarne il senso o fare loro acquisire una connotazione emotiva per obiettivi di spettacolarizzazione dell'informazione.

*Federazione Regionale degli Ordini dei Medici  
Chirurghi e Odontoiatri della Toscana  
Dr. Antonio Panti*

*Ordine dei Giornalisti  
della Toscana  
Dr. Massimo Lucchesi*



## FNOMCeO – ISDE ITALIA

(FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI) – (INTERNATIONAL SOCIETY OF DOCTORS FOR THE ENVIRONMENT)

### TUTELA DEL DIRITTO INDIVIDUALE E COLLETTIVO ALLA SALUTE E AD UN AMBIENTE SALUBRE - INQUINAMENTO ATMOSFERICO URBANO, STILI DI VITA E SALUTE

*“PER L’AMBIENTE GLI UOMINI SONO RESPONSABILI, I MEDICI DUE VOLTE”*

Dal momento che i rischi per la salute sono largamente legati al degrado ambientale e ai modelli di vita, i medici devono orientare il loro ruolo professionale e civile per promuovere la salute anche attraverso scelte di tutela ambientale.

La dimostrazione che molti processi patologici trovano una loro eziopatogenesi in cause ambientali, quali l'accumulo di inquinanti nell'aria, nell'acqua, nel suolo e nel cibo, e l'esistenza su scala mondiale di gravi e irreversibili dissesti ambientali, hanno sollecitato una crescente attenzione verso questi temi.

Ambiente degradato, esposizioni occupazionali a sostanze nocive e modelli di vita scorretti sono responsabili del 75% delle patologie e delle cause di morte. Da decenni nei convegni medici si discute di salute, rischi da lavoro, ambiente e inquinamento e i ricercatori si impegnano per evidenziarne le correlazioni.

Queste attività che non vanno certamente sottovalutate, non ci sono comunque sembrate espressione della intera potenzialità dei medici e degli altri professionisti della salute nei

confronti della popolazione e dei politici.

Agli specialisti che tutti i giorni verificano, per le loro specifiche competenze, i danni che l'ambiente inquinato determina nella popolazione devono affiancarsi i medici del territorio che possono rappresentare la reale congiunzione tra sistema sanitario, popolazione e mondo scientifico.

Per far ciò è necessario superare le barriere corporative all'interno della categoria, collaborare con le altre figure di tecnici della salute e dell'ambiente, raccordarsi con quei settori professionali che più possono influenzare gli amministratori e la popolazione - in particolare i media, la scuola, il mondo giuridico e quello economico. È opportuno sostenere e consigliare le altre categorie professionali e le amministrazioni affinché promuovano politiche di prevenzione e quindi di salvaguardia ambientale, creando consenso intorno a scelte talvolta scomode e impopolari. È altresì necessario intervenire nei confronti di soggetti che perseguono iniziative non rispettose della salute e dell'ambiente di vita e di lavoro.

La nozione di responsabilità personale su cui la nostra cultura si è basata per millenni sembra ormai inadeguata. Sorge la necessità di elaborare concezioni nuove che ampliano tale nozione ad una dimensione collettiva.

Questo allargamento di prospettiva coinvolge il medico nella sua funzione sociale: il medico nella attuale società non ha più soltanto una veste nel rapporto individualizzato con il paziente ma un più ampio mandato nei confronti della collettività e della organizzazione sanitaria per gli aspetti di assistenza e di tutela della salute umana inserita nell'ecosistema.

#### **DANNO AMBIENTALE, RICADUTE SULLA SALUTE ED EVIDENZE**

**L'inquinamento atmosferico** rappresenta un grave problema di sanità pubblica dal momento che l'aria dei nostri centri urbani è resa sempre più irrespirabile dalla presenza di molteplici inquinanti.

Anche le emissioni di gas serra, di origine antropica, sono cresciute e l'effetto serra è certa-

mente una delle cause del **cambiamento climatico** che ha portato anche nel nostro Paese ad un aumento della temperatura media e a eventi climatici estremi, con la prospettiva di un profondo dissesto dell'ecosistema terrestre e di un avvenire incerto per le future generazioni.

Per la **riduzione delle emissioni di gas serra in atmosfera** – responsabili dei cambiamenti climatici – l'Italia si è impegnata (insieme ad altri 158 paesi nel mondo) a ridurre entro il 2010 l'anidride carbonica in atmosfera del 6.5% mentre in realtà dal 1990 al 2004 si è registrato un aumento dell'11,6%.

Nell'ultimo secolo la temperatura media mondiale è salita di 0,6° e l'aumento previsto entro la fine di questo secolo potrebbe essere fra 1,4° e 5,8°. In Italia l'aumento di temperatura negli ultimi decenni è stato leggermente superiore alla media mondiale. Nell'**estate 2003**, caratterizzata da una forte afa, nel nostro Paese si è osservato rispetto al 2002 un aumento di 2.222 decessi (da 17.493 a 19.715) e nel periodo compreso tra il 16 luglio e il 15 agosto l'incremento è stato del 36% nella popolazione in generale e del 40% tra le persone di 65 anni e oltre (ISS, 2005).

**Complessivamente l'inquinamento ambientale urbano è responsabile di effetti nocivi sull'apparato respiratorio e cardiovascolare, di effetti oncogeni e dell'aumento della mortalità generale.** I principali studi condotti in Europa ed

U.S.A. sulla **correlazione fra inquinamento atmosferico e cancro al polmone** sono concordi nel valutare che per ogni 10 µg/m<sup>3</sup> di PM 2.5 si registra un incremento tra l'8% ed il 14% di neoplasie polmonari. Si ricorda che l'OMS ha stimato la quota di decessi attribuibili a valori di PM10 oltre 20µg/m<sup>3</sup> in 13 città italiane con oltre 200.000 abitanti sulla base dei valori di PM10 registrati negli anni 2002-2004.

La stima è di 8220 morti/anno di cui 742 morti/anno per cancro del polmone. Da studi recenti emerge, altresì, che i decessi che si misurano o si stimano come effetto dell'inquinamento atmosferico non sono una semplice anticipazione di eventi che sarebbero comunque accaduti ma rappresentano un effetto netto di una mortalità che sarebbe stata evitata se i livelli di inquinamento fossero stati inferiori.

**È noto che i principali determinanti della qualità dell'aria sono la mobilità motorizzata, i sistemi di riscaldamento e le immissioni in atmosfera di sostanze chimiche da insediamenti produttivi e dagli inceneritori. È dunque su tutti questi elementi che si deve agire se si vuole migliorare la qualità dell'aria.**

Pertanto è solo una scelta contingente quella che come medici abbiamo fatto di richiamare l'attenzione del mondo scientifico in generale e di quello politico su uno di questi determinanti: il traffico veicolare.

**Il trasporto motorizzato, come sostiene autorevolmente anche l'OMS, è indubbiamente una delle fonti più importanti di agenti inquinanti pericolosi** quali gli ossidi di azoto, il benzene, l'ozono e soprattutto il **particolato fine (PM10 e PM 2,5) e ultrafine, ossia di dimensioni submicroniche, che producono situazioni di rischio per la salute umana e in particolare per quella dei bambini.**

Il traffico motorizzato è in aumento in tutte le città e oltre all'inquinamento atmosferico causa anche un aumento degli incidenti stradali (complessivamente in Italia causano circa 8.000 morti all'anno!), inquinamento acustico e, indirettamente, sedentarietà ed effetti psicosociali che incidono fortemente sui costi della società (Terza Conferenza Ministeriale dell'OMS, Londra 1999- "Carta europea trasporti, salute e ambiente").

## POSSIBILI INIZIATIVE

Ormai esistono, sia a livello internazionale che nazionale, indirizzi e strumenti di riferimento per la definizione di efficaci strategie di riduzione dell'inquinamento atmosferico da traffico e da altre fonti di inquinamento.

Appaiono tuttavia ancora carenti, almeno con riferimento all'ambito nazionale e regionale, significative esperienze di elaborazione e attuazione di strategie integrate, accompagnate da estese campagne di comunicazione sul significato

delle strategie stesse e da sistematiche attività di monitoraggio e valutazione dei risultati conseguiti.

Un approccio efficace dovrebbe infatti comprendere:

1. Interventi mirati a garantire la **piena integrazione delle considerazioni sulla prevenzione e riduzione dell'inquinamento atmosferico nelle politiche**: Valutazione Ambientale Strategica (VAS) di piani e programmi, Valutazione di Impatto Ambientale (VIA), Valutazione di Impatto Sanitario (VIS).
2. Interventi mirati a **ridurre la mobilità motorizzata**, soprattutto privata: Pianificazione territoriale integrata con la pianificazione dei trasporti (aree urbane ad alta densità, a destinazione mista e compatte; rivitalizzazione dei centri urbani), politiche dei tempi delle città (Legge n. 53/2000), teleservizi/e-government, telelavoro, commercio elettronico, e-banking e servizi on-line.
3. Interventi mirati a **modificare la distribuzione modale della mobilità**: promozione della mobilità ciclabile e pedonale, potenziamento e miglioramento dei servizi di trasporto pubblico, potenziamento dell'offerta di trasporto ferroviario e dell'intermodalità, valorizzazione del trasporto marittimo e fluviale, sviluppo di servizi innovativi e complementari al trasporto pubblico (*mobility manage-*

*ment*, servizi a chiamata e di taxi collettivo, *car pooling* e *car sharing*), tariffazione dell'uso delle infrastrutture, fiscalità dei carburanti, revisione in senso ambientale del bollo auto, interventi di road e area-pricing, istituzione di Zone a Traffico Limitato (ZTL) e di aree pedonali, regolamentazione e riorganizzazione della sosta, tecnologie telematiche per la gestione del traffico, moderazione del traffico.

4. Interventi mirati a **ridurre le emissioni in atmosfera**: regimi di incentivazione alla sostituzione di determinati veicoli, sostituzione del parco autobus o rinnovo delle flotte veicolari degli Enti pubblici, sistemi periodici di controllo tipo "bollino blu", carburanti alternativi (es. idrogeno, biocombustibili).
5. Interventi mirati a **modificare i modelli di vita**: campagne informative, campagne promozionali sull'uso di trasporti sostenibili, organizzazione/partecipazione a concorsi e eventi (es. domeniche ecologiche etc.), educazione ambientale, siti internet o uffici, sportelli, punti informativi dedicati.

Andrebbe, inoltre, prevista una **partecipazione allargata** ai processi decisionali e all'attuazione degli interventi; la condivisione delle decisioni è infatti indispensabile per il successo di qualsiasi strategia ed è quindi fondamentale la qualità dell'informazione, la comunicazione

più ampia e trasparente possibile e l'adeguata considerazione della percezione dei rischi nella cittadinanza. Risultano ancora poco valorizzate, in tal senso, le potenzialità offerte da alcuni strumenti innovativi di costruzione partecipata delle strategie, quali Agenda 21 locale o Città Sana.

Nelle nostre città si stanno già attuando **strategie** quali il rinnovo del parco veicolare, l'introduzione di filtri per i motori più inquinanti ect., tutti provvedimenti utili ma che non vanno nella direzione di una progressiva riduzione del numero di autoveicoli e dei Km percorsi, perpetuando comunque il fenomeno del traffico.

L'opzione corrente fondamentale per poter migliorare la salute pubblica nelle città resta quella di limitare il traffico motorizzato stradale nelle nostre città e nelle aree limitrofe attraverso: l'adozione di piani di "Moderazione del traffico" e la creazione di una rete realmente percorribile in sicurezza pedonale e ciclabile, con particolare riferimento ai percorsi casa-scuola, casa-ambulatorio, casalavoro.

### Proposte operative

Il nuovo **codice di deontologia medica** ha dedicato un articolo, il numero 5, alla "**Educazione alla salute e rapporti con l'ambiente**" che recita "*Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini.*

*A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile. Il medico favorisce e partecipa alle iniziative di prevenzione, di tutela della salute nei luoghi di lavoro e di promozione della salute individuale e collettiva."*

Noi medici siamo i primi osservatori di questi fenomeni in tutte le nostre professionalità:

- Come operatori delle Aziende Sanitarie dei Dipartimenti di prevenzione contribuiamo a rilevare la frequenza e distribuzione delle malattie ed osserviamo il progressivo consolidamento dei dati che indicano un aumento delle patologie e della mortalità da inquinamento atmosferico.
- Come medici di medicina generale constatiamo direttamente nei nostri ambulatori la diffusione sempre maggiore di patologie tumorali e soprattutto l'abbassamento dell'età di incidenza (K mammari, Linfomi ecc.)
- Come pediatri vediamo aggravarsi nei bambini residenti in zone più inquinate o più trafficate patologie come l'asma, il raffreddore primaverile, le bronchiti, le broncopolmoniti e soprattutto i tumori (in Europa negli ultimi 30 anni si è registrato un incremento dell'1,2 % annuo dei tumori fra 0 e 14 anni e dell'1,4% tra i 14-19 anni)

- Come medici specialisti in tutte le branche vediamo il costante aumento delle patologie cronic-degenerative tra cui quelle cardiocircolatorie e respiratorie che rappresentano le cause principali di mortalità e di ricovero o di disturbi nello sviluppo del sistema nervoso centrale legati all'esposizione a un vasto spettro di inquinanti chimici ambientali
- Come dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale vediamo le risorse indirizzarsi prevalentemente verso la cura, la riabilitazione e la diagnosi precoce piuttosto che verso la prevenzione primaria.
- Come medici universitari e ricercatori studiamo le correlazioni tra patologie ed ambiente insalubre e le portiamo a conoscenza degli studenti.

Tutto questo comporta:

- a) che i medici siano fortemente impegnati nella programmazione e nella messa in opera di programmi per la comunicazione del rischio, nella promozione di progetti integrati di prevenzione primaria, nella formazione, nella valutazione d'impatto ambientale e sanitario di piani, programmi e degli strumenti di pianificazione urbanistici, nella verifica di efficacia dei provvedimenti adottati. A questi fini i medici si propongono per il supporto tecnico-sanitario ai vari livelli di governo (nazionale, regionale e locale) che esercitano competenze poli-

tico-amministrative, normative e regolamentari, nei vari processi di pianificazione che incidono sulla salute collettiva. Per l'esercizio di queste funzioni, cui si aggiungono quelle prettamente sanitarie di "sorveglianza epidemiologica" e "comunicazione del rischio", i medici intendono instaurare costanti relazioni funzionali con le Agenzie Regionali per l'Ambiente, al fine di assicurare l'integrazione tra politiche sanitarie, ambientali ed energetiche prevista dall'art. 7-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992.

- b) la predisposizione di un piano d'azione condiviso da portare avanti in maniera sistematica su tutto il territorio nazionale che comprenda attività di **formazione informazione** (distribuzione di materiali informativi negli studi e nei presidi medici sui rischi derivanti dall'inquinamento atmosferico, interventi nelle scuole per sensibilizzare insegnanti e genitori), attività di **coordinamento di tutte le figure mediche del territorio** (Medici di Medicina Generale, Pediatri di famiglia, Medici che lavorano nei Dipartimenti di prevenzione o che comunque nei settori della sanità pubblica, epidemiologi, ospedalieri ecc.), **pressione nei confronti delle istituzioni locali** per una valutazione dell'impatto sulla salute delle scelte di tipo urbanistico in senso lato.





## FARMACI OFF LABEL

**S**ussiste la responsabilità per il reato di lesioni dolose, nella accettazione del dolo eventuale, nel comportamento del medico che prescriva un farmaco per una somministrazione ed utilizzazione cosiddetta "fuori indicazione" o "off label" per sfruttare alcuni particolari effetti collaterali, allorché dalla utiliz-

zazione e somministrazione del farmaco medesimo derivi per il paziente una malattia rilevante ai sensi dell'art. 582 c.p. e il paziente non abbia rilasciato al sanitario il consenso informato ad ogni possibile conseguenze derivante da un siffatto utilizzo. L'imputata, nel caso di specie, era conscia del fatto che quella somministrazione del farmaco

oltre al probabile e sperato beneficio avrebbe potuto anche produrre (come poi ha prodotto) ulteriori non necessarie menomazioni dell'integrità fisica della paziente. Così agendo ha quindi accettato il rischio dell'insorgenza di questi ulteriori effetti collaterali, ponendosi nell'alveo del c.d. dolo eventuale.

### FLASH

*Tratto da Doctornews del 9 maggio 2007*

## MEDICI E FARMACISTI ITALIANI BOCCIATI IN INGLESE

**È** quanto emerge da un'indagine telefonica, condotta su un campione di 1.200 fra medici e farmacisti. Il 61 per cento di essi non mastica la lingua, nonostante il 79 per cento la ritenga molto o abbastanza importante per la professione. E' quanto emerge da un'indagine telefonica, condotta su un campione di 1.200 fra medici e farmacisti, per capire il livello di conoscenza della lingua inglese nella sanità italiana.

In particolare, dall'indagine è emerso che il 18 per cento del campione ignora l'inglese, il 43 per cento ha un livello di conoscenza basso o elementare, il 36 per cento 'medio' e solo il 3

per cento dei professionisti 'elevato'. E a masticare di più la lingua di Sua Maestà sono i medici rispetto ai farmacisti. Alla domanda "Conoscere l'inglese tecnico per la sua professione è importante?" il 27 per cento degli intervistati dichiara che è "molto importante", mentre il 52 per cento pensa sia "abbastanza importante", il 16 per cento 'poco' e un 5 per cento lo ritiene "senza alcuna importanza". Quanto invece ai metodi utilizzati per aggiornarsi, il 41 per cento sceglie l'acquisto di riviste, libri e testi in lingua inglese, il 33 per cento lo fa attraverso internet, il 25 per cento partecipando a congressi, il 13 per cento con aggiorna-

menti messi a disposizione da aziende farmaceutiche, contro un 23 per cento che dichiara di non utilizzare nessun metodo. Ma quanto tempo dedicano all'aggiornamento gli intervistati? Chi si aggiorna lo fa per l'83 per cento con una frequenza che va dalle 4 a oltre 6 volte l'anno, mentre solo il 17 per cento si aggiorna 1-2 volte l'anno. E il 35 per cento ritiene internet il metodo di aggiornamento più efficace. Infine, il 61 per cento degli intervistati confessa di non leggere mai riviste scientifiche in inglese, il 18 per cento di farlo raramente, il 18 per cento qualche volta, il 3 per cento spesso.

Riceviamo dal Dott. Francesco Totaro, responsabile dell'Ufficio Scuole di Specializzazione dell'Università di Modena e Reggio Emilia, un'informativa inerente il bando di concorso per l'ammissione alle Scuole di Specializzazione del settore medico anno accademico 2006/2007. Il testo integrale della comunicazione inerente i requisiti per l'ammissione al concorso, il calendario delle prove e le modalità di iscrizione potrà essere scaricato dal sito [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it) alla sezione ultime notizie.

**Elenco scuole di specializzazione del settore medico  
attivate presso l'Università di Modena e Reggio Emilia suddivise per Area  
con i nominativi dei relativi direttori, indirizzi mail e numeri di telefono.**

**AREA CHIRURGICA**

Scuola	Direttore	e-mail	telefono
Cardiochirurgia	Roberto Parravicini	parravicini.roberto@unimore.it	
Chirurgia generale I	Massimo Saviano	saviano.massimo@unimo.it	059/4224364
Chirurgia generale II	Giancarlo De Bernardinis	debernardinis.giancarlo@unimo.it	059/422 2412
Chirurgia generale III	Rossi Aldo	aldo.rossi@unimore.it	
Chirurgia toracica	Uliano Morandi	morandi.uliano@unimo.it	059/422 2412
Chirurgia vascolare	Gioachino Coppi	coppi.gioachino@unimo.it	059/4222412
Chirurgia plastica	De Santis Giorgio	desantis.giorgio@unimo.it	059/4225286
Ginecologia ed ostetricia	Annibale Volpe	volpe.annibale@unimo.it	059/4224460
Neurochirurgia	Luigi Chiarini	chiarini.luigi@unimo.it	
Oftalmologia	Gian Maria Cavallini	cavallini.gianmaria@unimo.it	059/4222442
Ortopedia e traumatologia	Luigi Celli	celli.luigi@unimo.it	059/4222878
Otorinolaringoiatria	Elisabetta Genovese	genovese.elisabetta@unimore.it	059/4222402
Urologia	Giampaolo Bianchi	bianchi.giampaolo@unimo.it	059/4224766

**AREA MEDICA**

Scuola	Direttore	e-mail	telefono
Allergologia ed Immunologia	Alberto Giannetti	giannetti.alberto@unimo.it	059/4222464
Cardiologia	Maria Grazia Modena	modena.mariagrazia@unimo.it	
Dermatologia e Venereologia	Stefania Seidenari	stefania.seidenari@unimore.it	059/4222464 - 4264
Ematologia	Giuseppe Torelli	torelli.giuseppe@unimo.it	059/4224329
Endocrinologia e malattie del ricambio	Cesare Carani	carani.cesare@unimo.it	059/3961806 Osp. Baggiovara
Gastroenterologia	Alberto Giannetti	giannetti.alberto@unimo.it	059/4222250
Geriatrics	Mirco Neri	neri.mirco@unimo.it	059/3961455 Osp. Baggiovara
Malattie dell'apparato respiratorio	Luca Richeldi	richeldi.luca@unimo.it	059/4223469
Malattie infettive	Roberto Esposito	esposito.roberto@unimo.it	059/4225456
Medicina dello sport	Nino Carlo Battistini	battistini.ninocarolo@unimo.it	059/2055456
Medicina interna	Nicola Carulli	carulli.nicola@unimo.it	059/3961806 Osp. Baggiovara
Nefrologia	Alberto Albertazzi	alberto.albertazzi@unimore.it	

Neurologia	Paolo Frigio Nichelli	nichelli.paolofrigio@unimo.it	059/3961709 Osp. Baggiovara
Neuropsichiatria infantile	Ernesto Caffo	caffo.ernesto@unimo.it	059/3964294
Oncologia	Massimo Federico	federico.massimosario@unimo.it	059/4225515
Pediatria	Paolo Paolucci	paolucci.paolo@unimo.it	059/4224570
Psichiatria	Gian Paolo Guaraldi	guaraldi.gianpaolo@unimo.it	059/4224300
Reumatologia	Clodoveo Ferri	ferri.clodoveo@unimo.it	
Scienza dell'alimentazione	Luigi Agnati	luigiagnati@tin.it	
Tossicologia medica	Luigi Alberto Pini	luigialberto.pini@unimore.it	059/4224211

### AREA SERVIZI CLINICI

Scuola	Direttore	e-mail	telefono
Anatomia patologica	Francesco Rivasi	francesco.rivasi@unimore.it	059/4224808
Anestesia e rianimazione	Alberto Pasetto	pasetto.alberto@unimo.it	059/4224364
Biochimica clinica	Arnaldo Corti	corti.arnaldo@unimo.it	059/2055389
Farmacologia	Bertolini Alfio	bertolini.alfio@unimo.it	059/2055369
Igiene e medicina preventiva	Paola Borella	borella.paola@unimo.it	059/2055456
Medicina del lavoro	Giuliano Franco	franco.giuliano@unimo.it	
Medicina legale	Giovanni Beduschi	beduschi.giovanni@unimore.it	059/4224882
Medicina di comunità	Maria Angela Becchi	becchi.mariaangela@unimo.it	
Microbiologia e virologia	Chiara Casolari	casolari.chiara@unimo.it	
Patologia clinica	Aldo Tomasi	tomasi.aldo@unimo.it	
Radiodiagnostica	Pietro Torricelli	torricelli.pietro@unimo.it	059/2055369
Radioterapia	Bagni Bruno	bruno.bagni@unimore.it	059/2052304

#### Uffici di riferimento:

Scuole di Specializzazione, Lag. Del Pozzo, 71, ingresso 3, Il piano, Modena.

Indirizzi mail: moretti.annamaria@unimore.it – tel. 059/4224746; venturelli.marianna@unimore.it – tel. 059/4224997 - totaro.francesco@unimore.it – tel. 059/4222109.

Segreterie Studenti, Via Campi 213/B, Modena; tel. (059) 205 5634 – informazioni telefoniche ore 10/11 dal lunedì al venerdì - fax (059) 205 5648

Orario di apertura al pubblico

Lunedì e Mercoledì: dalle ore 15.00 alle ore 17.00; Martedì, Giovedì, Venerdì: dalle ore 11.00 alle ore 13.30.

#### Riferimenti Normativi

- D. Lgs 257/91 sulla formazione dei medici specializzandi, abrogato dal D. Lgs 368/99 a partire dal 1 novembre 2007.
- D. Lgs. 151/2001 sulla "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53"
- 6 marzo 2006, n. 172 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.109 del 12 maggio 2006) "Regolamento concernente modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina"
- Bando di concorso per l'ammissione alla Scuole di Specializzazione del settore medico e dell'area sanitaria, pubblicati al seguente indirizzo: [www.unimore.it](http://www.unimore.it), sotto il link "Bandi e Concorsi" -> Studenti e Laureati -> Scuole di Specializzazione.
- D. 29 marzo 2006 "Definizione degli standard e dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione" (pubblicato nella G.U. n. 105 dell'8 maggio 2006)

## SALUTE E ERGONOMIA



### **Dall'atto diagnostico, terapeutico, riabilitativo al reinserimento lavorativo**

NUOVO OSPEDALE DI SASSUOLO - UNITÀ OPERATIVA MEDICINA DEL LAVORO  
SALA CONFERENZE

**23 Giugno 2007**

#### MODALITA' DI PARTECIPAZIONE

*L'evento è riservato ai primi 90 iscritti*

**La partecipazione è gratuita**  
**Sono stati richiesti i crediti ECM**

*Per ragioni organizzative si richiede  
l'iscrizione entro il 18/06/2007  
inviando tramite fax o mail il modulo di  
partecipazione debitamente compilato*

*Fax*

**0536/846.375**

*e-mail*

**formazionemdl@ospedalesassuolo.it**

#### PER MAGGIORI INFORMAZIONI

**Segreteria Scientifica:**

Dott.ssa Mariani Stefania

Unità Operativa Medicina del Lavoro

0536/846.566

**Segreteria organizzativa:**

Montanini Elisa

Settore Formazione e Sviluppo

0536/846.776

formazionemdl@ospedalesassuolo.it

Il programma integrale è consultabile sul sito  
[www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)  
alla sezione aggiornamento professionale.

## D'AUTILIA NUOVO PRESIDENTE DELLA CASA DEL PROFESSIONISTA E DELL'ARTISTA

**I**l presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri dr. Nicolino D'Autilia è stato nominato presidente della Casa del Professionista e dell'Artista dall'assemblea dei soci riunitasi a Modena nella sede di P.le Bo-

schetti - 8 il 9 maggio u.s. Alla vice presidenza va l'Ing. Silvestri.

*"Mi adopererò con tutte le mie forze" ha dichiarato il neo presidente "per restituire agli Ordini professionali di Modena una sede prestigiosa e degna del*

*decoro di tanti professionisti. Sono consapevole della limitatezza delle risorse ma cercherò di coinvolgere tutti gli Ordini professionali in questa scommessa che è anche una scelta di civiltà".*

### COMUNICATO STAMPA

Il 28 marzo si sono svolte le elezioni per il rinnovo del consiglio direttivo S.N.A.M.I. per il triennio 2007-2009. Sono state attribuite le seguenti cariche: dott. Guido Venturini (presidente), dott. Daniele Giovanardi (vice presidente), dott. Antonio Luciani (segretario), dott. Roberto Mantovani (responsabile internet).

Guido Venturini presidente provinciale, addetto alla presidenza nazionale, segretario S.N.A.M.I. nord Italia.



La Segreteria dell'Ordine informa che nei mesi di luglio e agosto verranno rispettati i seguenti orari:  
**dal lunedì al venerdì  
dalla ore 10 alle ore 13**

**POLIAMBULATORIO SPECIALISTICO  
PRIVATO IN MOLINELLA (BO)**  
autorizzato e non accreditato,  
ampiamente avviato ed informatizzato,  
ricerca **neurologo-neurofisiologo**  
esperto per esecuzione di EMG, dotato  
di apparecchiatura e relativo software  
personale, nonché per eventuale  
attività specialistica ambulatoriale.

*Si richiede curriculum*  
Tel. 0516900340 (due linee)  
Fax 0516900341  
E-mail: girasole\_adler@tiscali.it



# PITTORI MODENESI DAL '500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

## VELLANI MARCHI MARIO

Nacque a Modena nel 1895 e morì a Milano nel 1979.

Nacque e visse in via Mascherella, figlio di un litografo e contrabbassista al Teatro Municipale di Modena e di una maestra di ricamo alle scuole serali San Paolo.

Nel 1914 ottenne il secondo premio al Pensionato Poletti; poi partì per la guerra e fu ufficiale nel Carso e a Gorizia per quattro anni.

Tornato a Modena si iscrisse nuovamente all'Accademia, fu allievo di **Camillo Verno** e amico di **Pio Semeghini** e **Augusto Zoboli**.

Rimase subito affascinato da Venezia nella sua prima visita nel 1912, anche se era ancora impegnato nella produzione di caricature, scenette e cartelloni pubblicitari; da ricordare **l'insegna per la prima industria di automobili dell'amico Enzo Ferrari**.

Importante fu l'incontro con il **Graziosi**, che Vellani considerò "suo maestro".

Fu in questi anni (1912-1913) che avvenne il primo accordo con Milano, quando Graziosi gli cedette il suo studio in via Vespucci, perché si trasferì a Napoli, quale titolare della Cattedra di Scultura all'Accademia.

Nel 1924 espose per la prima volta alla Biennale di Venezia e Pio Semeghini l'accompagnò nella seconda visita a Burano e lo

presentò ad Anna Maggioli, la vedova del pittore trentino Umberto Maggioli, che aveva aperto la sua casa a pittori e amici.

Vellani Marchi e Pio Semeghini furono tra i fondatori della "Scuola Buranella", che prese a supporti ispirativi Burano e Torcello e si identificò in un cromatismo particolarmente dolce, che anticipò il "chiarismo lombardo".

Nel 1925 lasciò definitivamente Modena per Milano, dove fu sce-

nografo alla Scala, collaboratore con "Fiera Letteraria" e "Illustrazione Italiana". Partecipò alle più importanti selezioni d'arte: alla biennale di Brera, alla permanente di Milano, alla prima quadriennale di Roma e via via a Londra, Pittsburg, Parigi, Tripoli ed altre importanti città.

Figlio dell'impressionismo, proiettò nella sua multiforme attività di grafico, scenografo e pittore, una genuinità calibrata dall'entusiasmo del lavoro.

### Alcune sue opere:

- "Paesaggio", olio su legno, cm 23x17,5 (opera di copertina);
- "6 tondi di vario argomento" (una fusione di capacità grafiche, umoristiche ed illustrative);
- "La Bersagliera", 1922-1923, olio su tela, cm 33,5x40;
- "Le sorelle Borsari", 1925, olio su tela, cm 20x29,5;
- "Burano", olio, cm 29x22,5;
- "La figlia del fattore", 1934, olio, cm 60x80, esposto alla quadriennale di Roma nel 1936;
- "Demolizione di S. Agata a Modena", 1934, china, cm 33x29;
- "Costumi di scena", disegno, cm 68,5x99.

## LE STORIELLE

A CURA DI ROBERTO OLIVI

È necessaria una buona memoria, dopo avere mentito.

===== P. Corbeille

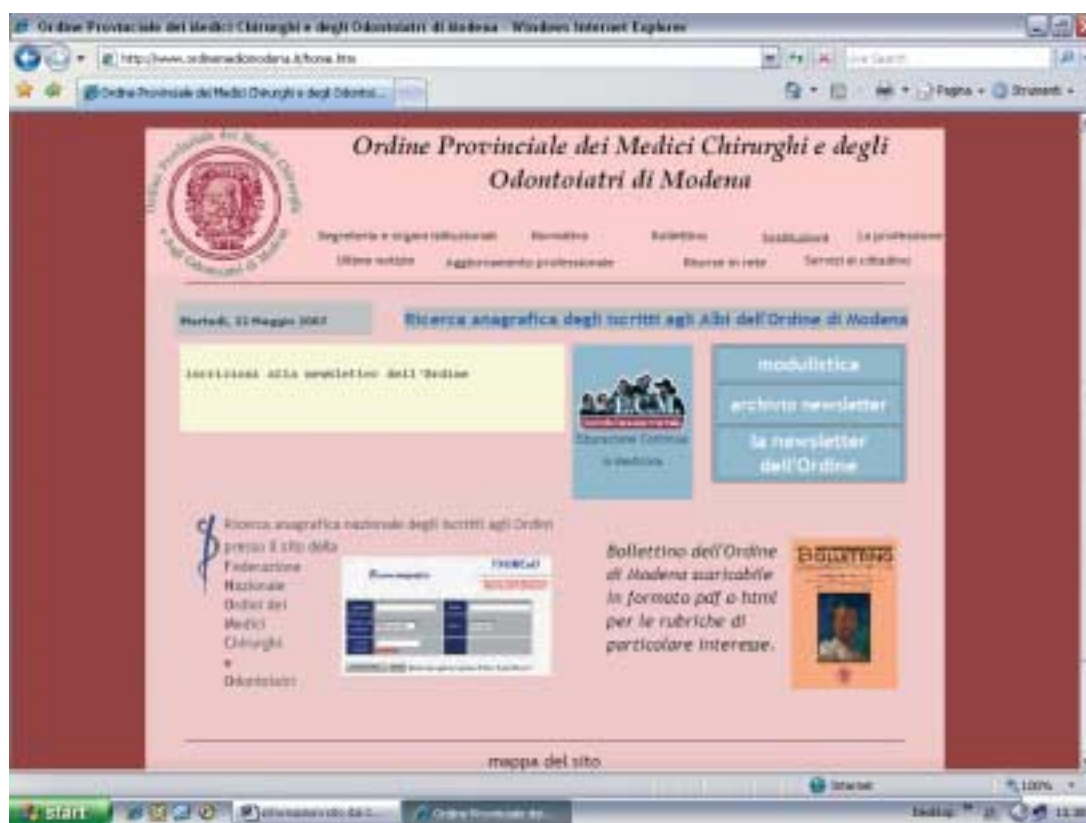
Ogni vecchio che muore è una biblioteca che brucia.

===== Proverbio africano

I giorni indimenticabili della vita di un uomo sono cinque o sei in tutto. Gli altri fanno volume. ===== Ennio Flaiano



## Il sito dell'Ordine è consultabile all'indirizzo Internet [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)



### Home page

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri: con accesso alla **ricerca anagrafica nazionale degli iscritti** agli Ordini di Italia. **Consultazione dell'Albo** degli iscritti all'Ordine di Modena con modalità di ricerca per specialità e titoli abilitanti. Raccolta delle iscrizioni on line alla **Newsletter** dell'Ordine che sarà attivata a breve.

### Segreteria e organi istituzionali

Orari di apertura al pubblico degli uffici. Orari di **ricevimento dei colleghi**. Possibilità di scaricare tutta la **modulistica on line** di interesse per gli iscritti senza dovere accedere ai nostri uffici. Indirizzi di **posta elettronica dei servizi** per comunicare rapidamente con l'Ordine.

### Normativa

Testi normativi disponibili on line in tema di:

- deontologia professionale**
  - contratti di lavoro e convenzioni**
  - normative amministrative e istituzionali**
- Consultazione gratuita delle Gazzette Ufficiali dello Stato pubblicate negli ultimi 60 giorni.

### Bollettino

Consultazione del Bollettino dell'Ordine di

Modena a partire da ottobre 2001, scaricabile integralmente in **formato pdf** e in **formato html** per gli articoli di principale interesse.

### Sostituzioni

Pubblicazione degli elenchi aggiornati dei nominativi e relativo recapito di **colleghi disponibili** per le sostituzioni di medici di base e pediatri. **Sottoscrizione delle disponibilità** mediante adesione interattiva. Principali **riferimenti normativi** per il conteggio dei compensi per le sostituzioni.

### La professione

Raccolta di **informazioni, modulistica e normativa** utili per l'esercizio della professione medica e odontoiatrica:

- Regime di **autorizzazione e accreditamento** per l'esercizio dell'attività.
- Direzione sanitaria** nelle strutture complesse
- Linee guida** per la professione
- Consenso informato**
- La sicurezza sul lavoro:** dl.vo 626/94
- Pubblicità sanitaria**
- Rifiuti sanitari**
- Privacy** negli studi medici e odontoiatrici.

### Ultime notizie

Rubrica aggiornata quotidianamente a cura

della Segreteria dell'Ordine con **notizie, scadenze e comunicazioni** di interesse per gli iscritti.

### Aggiornamento professionale

Tutto sul **programma nazionale di ECM**. Pubblicazione delle **iniziative dell'Ordine di Modena** in materia di aggiornamento professionale e culturale degli iscritti e altre **iniziative esterne** meritevoli di attenzione.

Modalità e modulistica per la **richiesta del patrocinio** dell'Ordine.

### Risorse in rete

Link con le **istituzioni sanitarie**, con le **associazioni sanitarie**, accesso ai principali **motori di ricerca in ambito sanitario**, link ai **siti di maggiore interesse** suddivisi per specialità medica, collegamento ai siti Internet di tutti gli Ordini di Italia.

### Servizi al cittadino

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

