

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

ANNO LVI - n. 9 settembre 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. 9 - MENSILE - Sped. A.P. - ANNO LVI - SETTEMBRE 2007

INCONTRO-DIBATTITO Direttive anticipate (20 ottobre 2007)

Nuove Regole ECM (F. Ferrari)

Etica di fine vita: lo studio ITADEL – FNOMCeO

*Corso: "Responsabilità professionale e aspetti medico legali
in odontoiatria" (ottobre – novembre 2007)*

Esperienza particolare (L. Scaltriti)



MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

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



**SERVIZI
DI SOSTEGNO:**

SALTUARI

CONTINUATIVI

PART-TIME

**GIORNALIERI/
NOTTURNI**

24 ORE SU 24

**FINE
SETTIMANA**

**SERVIZI
DI ASSISTENZA
PERSONALIZZATA**

per.....

ANZIANI

MALATI

DISABILI



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

— CONVEGNO DELL'ORDINE	4
— LETTERE ALLA REDAZIONE	5
— ATTIVITÀ DELL'ORDINE	5
— NORMATIVA	9
— L'OPINIONE	11
— ENPAM	18
— PREVIDENZA	19
— DI PARTICOLARE INTERESSE	21
— ECM	27
— GIURISPRIDENZA	29
— NEWS	30
— ARTE E DINTORNI	33
— ISDE	34
— CORSI CONVEGNI E CONGRESSI	35
— TACCUINO	38

INCONTRO – DIBATTITO

Aperto alla cittadinanza

DIRETTIVE ANTICIPATE

Scelte di fine vita tra dignità della persona e responsabilità del medico

Modena, 20 ottobre 2007

Auditorium Centro Famiglia di Nazareth – ore 8,45

Introduce: F. Sala – Componente Comitato Etico di Modena – Consigliere Ordine medici chirurghi e odontoiatri di Modena

Moderatrice: L. Azzariti medico - giornalista

“Il Documento Nazionale per la Bioetica Direttive Anticipate: riflessioni a margine”

L. Battaglia – Professore Ordinario di Bioetica c/o Università di Genova – Componente del Comitato Nazionale per la Bioetica

“Disposizioni anticipate: aspetti di deontologia medica”

A. Bianco - Presidente Federazione Nazionale Ordini medici chirurghi e odontoiatri

“Diritto alla salute e potere di autodeterminazione della persona”

G. Stanzani – Presidente II Sezione Civile Tribunale di Modena

“L'etica alla frontiera della vita”

A. Anzani - Docente di Etica Clinica Università Vita e Salute San Raffaele di Milano – Vice presidente europeo Federazione Associazioni Medici Cattolici

“Qualità e dignità della vita: la dimensione dell'accompagnamento”

N. D'Autilia - Presidente Ordine medici chirurghi e odontoiatri di Modena

TAVOLA ROTONDA

Moderatrice: L. Azzariti

Partecipano: A. Anzani, L. Battaglia, B. Boni (Direttore Il Resto del Carlino di Modena), A. Bianco, A. Mascolo (Direttore Gazzetta di Modena), G. Stanzani

SEGUIRÀ DIBATTITO APERTO AL PUBBLICO



Segreteria Organizzativa
Ordine Provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena
P.le Boschetti, 8 – Modena
Tel. 059 247711 fax 059 247719 e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it



Caro Presidente,
 scorrendo le pagine del Bollettino dell'Ordine si trova sempre qualche notizia che fa riflettere. Come per esempio, quella riportata a pag. 21 di luglio/agosto "appunti di viaggio".
 Complimenti perché hai come dote la determinazione di scrivere la verità.
 Infatti viene spontaneo chiedersi perché in Italia si può morire sulle strisce pedonali?
 All'uopo ti trasmetto quanto ho scritto da tempo e in ripetizione ai Responsabili del Traffico veicolare del Comune di Modena a proposito dell'attraversamento pedonale in via del Pozzo.
 Nessun riscontro e neppure iniziative. Ma allora "chi tace conferma?" I problemi sollevati sono stati confermati e portati all'attenzione della Giunta Comunale anche dal Consiglio della Circoscrizione di via del Pozzo. Non è servito. Sembra che il PEDONALE NON DEBBA ESISTERE. Solo chi inquina ha tutti i diritti, compreso quello di uccidere sulle strisce pedonali.
 Non so a chi rivolgermi, pertanto chiedo suggerimenti a te. Difendere i cittadini fa carte del nostro Codice Deontologico. Ti ringrazio per la stima e di saluto cordialmente.

R. Lodi



ATTIVITÀ DELL'ORDINE

Pubblichiamo la lettera che i presidenti della Commissione Albo medici e Albo odontoiatri hanno ritenuto di inviare ai colleghi sul tema delle convenzioni per prestazioni sanitarie

OGGETTO: CONVENZIONI PER PRESTAZIONI SANITARIE

Con la presente si ribadisce che le convenzioni sanitarie sono ammissibili purchè la prestazione corrisposta sia conforme ed effettivamente rispondente al messaggio pubblicato e alla convenzione sottoscritta secondo criteri di veridicità e trasparenza come previsto dalla Legge 4 agosto 2006 n.248 cd "Bersani". A tutela del paziente e nel rispetto della leale concorrenza fra i colleghi l'Ordine vigilerà sulla corretta applicazione del tariffario concordato. Invitiamo pertanto gli iscritti a comunicare all'Ordine l'accordo, contratto o convenzione privata, come previsto anche dalla nota FNOMCeO prot. 7349 del 28 giugno 2007 che si riporta in allegato. Eventuali comportamenti difforni saranno passibili di valutazione disciplinare.

IL PRESIDENTE
 DELL'ORDINE
 Dott. N. D'Autilia

IL PRESIDENTE
 COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI
 Dott. R. Gozzi



SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO LUNEDÌ 2 LUGLIO 2007

Il giorno lunedì 2 luglio 2007 - ore 20,45 - 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. L. Bertani, Dott. A. Dallari, Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Dott. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

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

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 4 giugno 2007;

2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Delibere amministrative (Addamo);
5. Delibere del personale dipendente (Lo Monaco);
6. Delibere di pubblicità sanitaria;

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Iscrizione per trasferimento	n. iscrizione
LUCCISANO ANTONINO GIOVANNI	6117

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO LUNEDÌ 24 LUGLIO 2007

Il giorno lunedì 24 luglio 2007 - ore 21,00 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. A. Dallari, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Dott. M. Pantusa.

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

Si discute il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 2 luglio 2007;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Etica di fine vita: documento del Consiglio Nazionale di Udine;
5. Convenzione Ordine-Università per la didattica integrativa in odontoiatria (Addamo - Gozzi);
6. Medicine non convenzionali: stato dell'arte (Olivi -Bertani);

7. Delibere amministrative (Addamo);
8. Delibere di pubblicità sanitaria;
9. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		n. iscrizione
PESCETELLI	MICHELE	6118
VALENTE	ANNALISA	6119
KORINTHIOS	PIER NICOLA	6120
Cancellazione		
LANZONI	EGISTO	1254
TRENTI	CHIARA	5074
VENTURINI	DANTE	0708

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI MARTEDÌ 10 LUGLIO 2007

Il giorno martedì 10 luglio 2007 - ore 21,30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Caliandro (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara, Prof. Mario Provvionato.

- Approvazione verbale del 11-6-2007;
Comunicazioni del Presidente;
Nuovi profili professioni sanitarie: odontotecnico.
Opinamento parcelle odontoiatriche;
Varie ed eventuali.



CORSI DI INFORMATICA DI BASE PER MEDICI E ODONTOIATRI

continuano le iniziative dell'Ordine per la formazione dei colleghi



I° CORSO

NOVEMBRE: 5 – 7 – 12 – 14 – 19 – 21 – 26
lunedì e mercoledì dalle ore 20,30 alle ore 22,30

II° CORSO

NOVEMBRE: 6 – 8 – 13 – 15 – 20 – 22 – 27
martedì e giovedì dalle ore 20,30 alle ore 22,30

Registrando con soddisfazione che i vari corsi organizzati dal nostro Ordine negli anni passati hanno sempre riscosso grande successo tra i colleghi iscritti, il Consiglio Direttivo ha deliberato di organizzare per l'anno 2007 altri due corsi di **INFORMATICA DI BASE**.

Il corso si prefigge l'obiettivo di far acquisire la conoscenza e quindi il corretto utilizzo dei sistemi informatici di base e degli strumenti utilizzabili anche nell'ambito del percorso assistenziale.

I corsi si svolgeranno presso la scuola di informatica Informanet in Via Saragozza, 88 dalle ore 20,30 alle ore 22,30.

Sarà predisposta una graduatoria in base all'ordine di arrivo delle domande redatte sull'apposito modulo (disponibile anche sul sito Internet www.ordinemedicimodena.it da consegnare alla segreteria o da inviare via fax (059/247719) o e-mail (simonettam@ordinemedicimodena.it) **dal 5 ottobre 2007**.

Sarà cura di quest'Ordine confermare l'ammissione al corso agli aventi diritto

Poiché tale iniziativa comporta un notevole impegno economico ed organizzativo, considerato anche il numero di posti limitato, dal momento dell'adesione si raccomanda la massima correttezza ad un preciso impegno di frequenza. Si vedrà escluso dalla partecipazione per i prossimi due anni il collega che dopo essersi iscritto non frequenterà le lezioni.



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

corso di informatica di base - Novembre 2007

sede del corso
Informanet - via Saragozza 88 – 41100 Modena

cognome e nome

nato/a a(.....).....il.....

indirizzo:.....

cap.....città.....pr.....

indirizzo di posta elettronica.....

recapito telefoniconumero di cellulare.....

iscritto/a Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena.

- I° corso (lunedì e mercoledì)
- II° corso (martedì e giovedì)
- nessuna preferenza

Data

I dati personali forniti dall'interessato/a saranno trattati ai sensi del D.L.vo 196/03 e raccolti dall' Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena per la gestione dei crediti formativi e inseriti presso una banca dati automatizzata per le finalità inerenti la gestione dei crediti.

.....
firma

N.B. Sarà cura di quest'Ordine confermare l'ammissione al corso agli aventi diritto.



3/8/2007 INTRAMOENIA: APPROVATO IERI DEFINITIVAMENTE IL DISEGNO DI LEGGE PER LA PROROGA AL 2009

La Camera dei deputati ha approvato in via definitiva il DDL per la regolamentazione dell'attività libero professionale dei medici in regime di intramoenia, che ora è in attesa di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Proroga di 18 mesi: i medici pubblici potranno continuare a svolgere fino al 31 gennaio 2009 nei propri studi la libera professione intra-moenia

Nel dettaglio la nuova legge sull'intramoenia e per il contenimento delle liste d'attesa prevede che:

le Regioni completino la realizzazione degli appositi locali per l'esercizio dell'intramoenia all'interno delle strutture pubbliche entro il 31 gennaio 2009; fino alla realizzazione dei locali, e comunque non oltre il 31 gennaio 2009, le aziende sanitarie locali potranno anche convenzionarsi con strutture private in grado di fornire gli spazi idonei all'attività libero professionale; in alternativa alla costruzione in proprio dei locali le aziende sanitarie potranno affittare o ac-

quistare spazi ambulatoriali esterni pluridisciplinari;

le prenotazioni delle prestazioni in regime libero professionale saranno sempre e ovunque gestite da personale dell'azienda sanitaria, al fine di permettere il controllo dei volumi delle prestazioni che non dovranno superare quelli eseguiti durante l'orario di lavoro;

gli onorari per l'attività libero professionale saranno sempre riscossi sotto la responsabilità dell'azienda e saranno concordati tra azienda e medici;

saranno effettuati periodici controlli sulle liste d'attesa, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi che dovranno essere stabiliti con provvedimenti della Regione e con l'obbligo di erogare le prestazioni urgenti comunque non oltre 72 ore dalla richiesta;

le Regioni dovranno varare disposizioni specifiche per evitare conflitto d'interessi o concorrenza sleale tra medici e azienda sanitaria;

le Regioni avranno poi l'obbligo di adeguare progressivamente i tempi di erogazione delle prestazioni in regime ordinario a

quelli in regime libero professionale, al fine di assicurare che il ricorso alla libera professione sia frutto solo di libera scelta del cittadino e non conseguenza di carenze nell'organizzazione dei servizi resi in attività istituzionale;

la riduzione dei tempi d'attesa sarà oggetto di un'apposita relazione annuale al Parlamento del Ministro della Salute;

ogni ASL dovrà pubblicizzare i volumi delle prestazioni erogate in regime ordinario e libero professionale;

a garanzia della regolarizzazione dell'attività intramoenia si prevede: la possibilità per le Regioni di destituire i direttori generali inadempienti, la sospensione dei finanziamenti statali integrativi verso quelle Regioni che non attivino i piani di costruzione dei locali o attuino le altre possibilità previste dalla legge, l'esercizio dei poteri sostitutivi del Governo nei confronti delle Regioni inadempienti.

Bibliografia. Ufficio stampa Ministero della Salute 2007.

PRIVACY

Il garante riconosce ai medici il diritto di non fornire elementi utili a identificare pazienti presso i quali si recano in visita domiciliare quando il cittadino abita in zone a traffico limitato

Sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 13 luglio 2007, n. 161, è stato pubblicato il provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali 14 luglio 2007 recante "trattamento dei dati sensibili per l'accesso di medici in zone di traffico limitato (ZTL)".

Nella fattispecie il Garante ha disposto il divieto

per i Comuni a richiedere e per i medici a fornire le generalità o anche altre informazioni che possano identificare le persone visitate a domicilio all'interno di zone a traffico limitato (ZTL).

Copia del provvedimento integrale potrà essere consultato sul sito www.ordinemedicimodena.it alla sezione ultime notizie.

INDIVIDUAZIONE FABBISOGNO PER IL SSN

La Conferenza Stato Regioni nella seduta del 1° agosto ha sancito l'accordo relativo alla individuazione del fabbisogno, per il SSN, di medici specialisti da formare per l'anno accademico 2007/2008.

Questo accordo di fatto è la risposta alle richieste più volte avanzate a riguardo della Federazione degli Ordini, finalizzate ad avviare già dai prossimi mesi di ottobre e novembre 2007 i relativi corsi di specializzazione. Si evita così ai giovani colleghi

di perdere inutilmente lunghi mesi dopo il conseguimento della laurea per accedere ai corsi di formazione specialistica, corsi che vengono allineati nel tempo alla formazione di base.

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

La banca per la famiglia

ESPERIENZA PARTICOLARE

La partenza è stata spontanea, entusiastica e fiduciosa.

Né la nostra oncologia né la specialista di agopuntura tradizionale cinese (ATC) avevano avuto esperienza precedente a trattare pazienti in chemioterapia per ridurre gli effetti tossici attesi.

Il primario dr Fabrizio Artioli ha accolto la proposta, ha voluto valutare la fattibilità della stessa e ci ha permesso di lavorare.

La capo sala, sig. ra Angela Righi ha valutato l'impatto di tale procedura nella routine quotidiana di un day hospital ove si lavora a ritmi molto velocizzati, ove ingressi e dimissioni sono da risolvere in poche ore, ove esiste un limite di orario di apertura al pubblico.

Abbiamo quindi disegnato un progetto che prevedeva l'inserimento dell'agopuntura durante le sedute di chemioterapia e lo abbiamo come prima esperienza, dedicato alle donne con patologia ginecologica in trattamento.

Sono state scelte le donne perché sono loro a subire maggiori effetti collaterali della chemioterapia, oltre ad essere sempre molto disponibili a provare nuove terapie.

Il protocollo di studio prevede due sedute di agopuntura per le prime due settimane e poi una seduta per le altre successive settimane. In totale sono 10

sedute che accompagnano la donna durante i trattamenti.

Il parere che le signore davano alla efficacia della agopuntura è stato per tutte molto positivo.

Riferivano, durante le visite oncologiche, miglioramento della astenia, riduzione della nausea e nel complesso maggiore appetito e tono dell'umore migliore.

Nonostante che le linee descritte nel protocollo prevedessero il trattamento solo della nausea e della astenia, durante la seduta di agopuntura, per la possibilità data alla signora di parlare con il terapeuta, per la possibilità di avere un terapeuta "tutto per sè" per circa un'ora, emergevano anche altri sintomi che opportunamente venivano "trattati" così che la signora, al termine si sollevava dal lettino in uno stato di benessere generalizzato nuovo.

Così sintomi come cefalea, insonnia, "caldane" e altro ancora venivano trattati, oppure appuntati per la volta successiva, creando un piano "di lavoro" con un approccio olistico alla persona.

Grazie a questa esperienza che per altro è ancora in corso, ho potuto riflettere a lungo sulla possibilità di una collaborazione non solo a progetto ma continua, istituzionale, fra noi, medici ospedalieri specialisti con quei professionisti specialisti nelle medicine a noi meno no-

te, come la medicina cinese, la omeopatia e altro.

Personalmente ritengo che né noi né loro abbiano in mano la soluzione dei problemi.

La strada non è unica, e le certezze non sono solo risolte da un tipo di medicina e dall'altro.

Il contatto settimanale e continuativo con il medico di medicina cinese nel nostro reparto mi ha però fatto accorgere che in fondo questi specialisti sono poco abituati a lavorare in gruppo, poco abituati a seguire linee comportamentali che permettano loro la riproducibilità del dato, e la verifica.

Il loro approccio è come dire "privato", o meglio diretto fra terapeuta e paziente. La loro verifica del dato è basata sul benessere soggettivo della persona senza la necessità impellente di dimostrare l'effettivo beneficio.

In oncologia, contrariamente, abbiamo imparato, a perseguire un obiettivo, e su questo costruire uno studio. Compariamo i dati fra due bracci a confronto e giungiamo alla conclusione.

Sicuramente è una griglia rigida che tiene più conto di un obiettivo (criteri di risposta, riduzione dei sintomi, abbassamento del marcatore) più che della persona che stai trattando.

Anzi, in oncologia, si equiparano le persone affette dalla stessa patologia, diversificandole solo per fascia di età e sesso.

Non è prevista una differenza fra ospite e ospite della stessa malattia.

La selezione e la differenza la si ricerca nei dati biologici dell'area ammalata.

Scienze come la medicina cinese (o altro) tengono invece conto della singola persona con tutte le sue diversità rispetto all'altro. Tengono in considerazione il carattere il modo di approcciare le emozioni, l'indole e i gusti.

Per loro non è possibile uniformare la malattia perché non è mai uguale, perché diverse sono le persone, diverso è l'ospite.

Non tutte le cefalee sono uguali, tanto che per ognuno esiste una scelta terapeutica diversa. Quindi incanalare uno studio di efficacia e tollerabilità con l'utilizzo della ATC ha creato molti problemi metodologici iniziali, ma solo sforzandoci di "volere"

incanalare a tutti i costi, abbiamo presentato lo studio alla Regione Emilia Romagna che ha accolto, condiviso e inserito questo progetto in un più ampio piano di lavoro dedicato alle medicine non convenzionali perché molte esperienze si stanno muovendo in questo campo.

Ritengo che si possa apprendere da entrambe le metodologie, ma l'abitudine a verificare, a documentare, a confrontare tipica della medicina occidentale ed in particolare dell'oncologia, permette di lavorare su dati certi e su giudizi non inquinati.

La riproducibilità di una metodica è inoltre strumento necessario per la verifica e la valutazione di correttezza e permette di accorgersi degli errori di percorso.

Metodologie diverse, unico fine quello del benessere del paziente.

L'esperienza continua con altri gruppi di donne e pazienti anche di sesso maschile che si avvicinano alla MTC volentieri.

Contiamo di esaminare anche altre possibilità di cura degli effetti collaterali, che ci permettano di integrare le culture e che permettano a noi oncologi di fermare i trattamenti "per tossicità" o per "intolleranza soggettiva" solo dopo avere testato anche questa strategia.

Per ora, a noi risulta che le donne, che potevano usufruire dell'agopuntura in corso di chemioterapia sono state molto bene. I dati registrati sono in corso di valutazione.

Grazie alla d.ssa Benedetta Benedetti da parte di tutto il day hospital oncologico dell'Ospedale di Carpi.

L. Scaltriti



**POLIGRAFICO
MUCCHI**

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



"ETICA DI FINE VITA: PERCORSI PER SCELTE RESPONSABILI"

STUDIO ITAELD – FNOMCEO *Relazione scientifica 6 Luglio 2007-Udine*

L'indagine ITAELD è stata promossa dalla FNOMCeO e realizzata dal CSPO- Istituto Scientifico per la Prevenzione Oncologica di Firenze (Dr. Eugenio Paci, Dr. Guido Miccinesi) e dall'Ordine dei Medici di Firenze (Dr. Antonio Pantì).

Obiettivo è conoscere le pratiche dei medici nell'assistenza ai loro pazienti alla fine della vita (in età maggiore di 18 anni) e le loro opinioni su questi temi. Studi di valutazione delle pratiche e opinioni dei medici sono stati realizzati in diversi paesi. Lo studio EURELD è il principale studio europeo ed è stato pubblicato su Lancet nel 2003; riporta i risultati di alcune aree italiane del centro nord. Gli studi interna-

zionali di popolazione finora condotti hanno diverse metodologie. Lo studio EURELD è basato sulle pratiche nella cura alla fine della vita e le decisioni mediche riferite dal medico riguardo ad uno specifico paziente identificato attraverso il certificato di morte. Nello studio ITAELD, come in altri studi condotti in UK, Australia e Nuova Zelanda, il medico è invece invitato a fare

riferimento all'ultimo paziente che ha avuto occasione di assistere nell'ultimo anno. La differenza metodologica è importante, in quanto è dimostrato nell'esperienza internazionale che in studi come ITAELD vi può essere una sovrastima di alcune decisioni assunte dai medici.

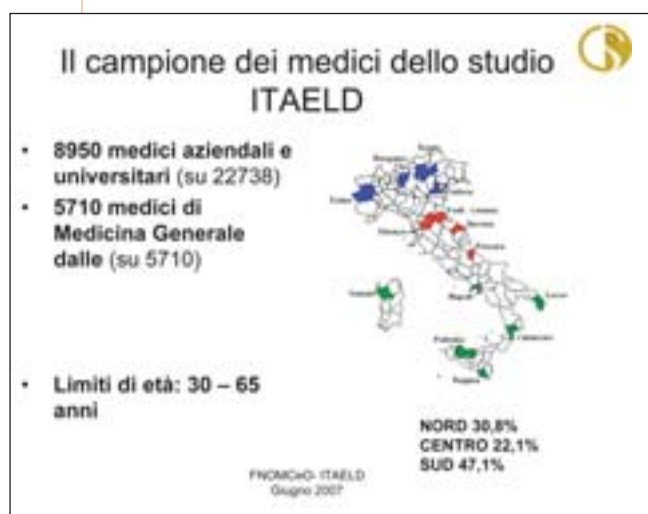
Lo studio è stato realizzato in-

spetto alla assistenza alla fine della vita (opinioni). Sono state individuate 14 aree italiane per un totale di 28.448 medici. Il campione è rappresentato da 8950 medici dipendenti del SSN e 5710 medici di Medicina Generale (circa 15.000 in totale) compresi nella fascia di età 30-65 anni e per il 30,8% del Nord, il 22.1% del Centro e il 47.1% del

Sud Italia. Hanno risposto al questionario alla data del 5 Luglio 2007 (il recupero dei questionari è ancora in corso) 2674 pari al 18,2%. La proporzione di risposta è limitata rispetto a quella ottenuta in analoghe ricerche internazionali e questo, forse, riflette il coinvolgimento solo parziale dei medici in argomenti per certi aspetti così

professionalmente nuovi. È interessante notare che il 72% dei rispondenti ritiene molto importanti o importanti le proprie convinzioni religiose o filosofiche nella sua pratica professionale. Un dato simile a quello che era stato rilevato nello studio EURELD e che testimonia la partecipazione allo studio ITAELD dei medici più coinvolti su queste tematiche.

viando al medico un questionario postale anonimo costituito da 54 domande derivato, per ragioni di comparabilità nazionale e internazionale, da quello usato nello studio EURELD e che analizzava: 1) la effettiva condotta seguita dal medico in occasione dell'ultimo decesso per il quale dichiara di aver prestato assistenza (pratiche), 2) atteggiamenti generali del medico ri-



Quanto sono importanti le sue convinzioni religiose o filosofiche nel suo comportamento professionale, in merito ai processi decisionali di fine vita?

	Studio ITAELD N=2674 %	Studio EURELD N=1508 %
Molto importanti	30	32
Importanti	42	41
Poco importanti	19	18
Non importanti affatto	9	9

FNOMCeO-ITAELD
Giugno 2007

- ### Le pratiche dei medici nello studio ITAELD
- **Cure di fine vita**
 1. Tipo di assistenza nell'ultimo mese di vita
 2. Trattamento del dolore
 3. Sedazione continua profonda
 - **Decisioni mediche di fine vita**
 1. Eutanasia, suicidio assistito
 2. Decisioni di non trattamento
- FNOMCeO-ITAELD
Giugno 2007

Come previsto, lo studio ITAELD mostra una possibile selezione del campione dei pazienti deceduti che sono stati scelti dai medici, quando sia confrontato con quello dello studio EURELD che utilizzava per tale scelta i certificati di decesso. Sono meno rappresentati nello studio ITAELD i decessi negli anziani (>80 anni), più rappresentati i pazienti affetti da tumore e meno coloro che sono deceduti improvvisamente, senza quindi una presa in carico da parte del medico. La valutazione delle pratiche ha considerato **1) le cure di fine vita**, e quindi il tipo di assistenza ricevuto nell'ultimo mese e nelle ulti-

me ore di vita, il trattamento del dolore e la sedazione continua profonda; **2) le decisioni mediche di fine vita**, e cioè le cosiddette 'physician assisted deaths' che includono eutanasia e suicidio assistito e le decisioni di non trattamento (astensione o sospensione). Il 42% dei pazienti deceduti è morto in Ospedale, meno del 20% hanno avuto una consulenza nella fase finale della vita di uno specialista del dolore o di un medico di cure palliative; 2 su 3 hanno avuto rapporti con il medico di medicina generale in questa fase della loro vita. Circa il 10% ha avuto il supporto di un volontario. Il 25% ha avuto un

trattamento antidolorifico (morphina) iniziato almeno una settimana prima del decesso, con differenze che vanno dal 34% al Nord al 19% nel Sud Italia. Rilevante è l'uso della Sedazione Continua Profonda che viene riportata nel 18% dei decessi. Nello studio EURELD il dato riscontrato era dell'8%, comunque il più alto in Europa. Lo studio ITAELD conferma quindi l'ampio utilizzo di questa pratica da parte dei medici italiani. In circa il 40% dei casi è effettuata con i solo oppioidi.

Per studiare le decisioni mediche di fine vita, come avviene in

trattamento del dolore

Il paziente ha ricevuto morfina o un derivato della morfina?

	NORD %	CENTRO %	SUD %	ITAELD %
Almeno una settimana prima del decesso	34	24	19	25
In un qualche momento prima del decesso	62	47	37	48

FNOMCeO-ITAELD
Giugno 2007

sedazione continua profonda

• Il paziente era continuamente e profondamente sedato o mantenuto in coma prima del decesso?

• Il paziente ha ricevuto nutrizione artificiale o idratazione (ANH) durante la sedazione?

	NORD %	CENTRO %	SUD %	ITAELD %	EURELD Italia %	EURELD Altri Paesi %
sedazione	23	17	13	18	8*	2-8
di cui con solo oppioidi	47	37	42	43		
di cui con ANH	77	73	77	76	65	36-61

*dato non immediatamente comparabile

FNOMCeO-ITAELD
Giugno 2007

Eutanasia, suicidio assistito

Il decesso è stato la conseguenza dell'uso di un farmaco prescritto, fornito o somministrato con l'intenzione precisa di anticipare la fine della vita (o mettere in condizione il paziente di porre fine alla propria vita)?

	Ultimo decesso		Certificati di decesso	
	ITAELD %	UK 2006 %	EURELD Italia 2002 %	EURELD Altri Paesi 2002 %
	0,7	0,5	0,1	0,2 - 3,4
Incertezza della stima (95% c.i.)	(0,3 - 1,2)		(0,03 - 0,3)	

FINOCIAO-ITAELD
Giugno 2007

Decisioni di non trattamento

non attuare un trattamento oppure interrompere un trattamento

Ultimo decesso		Certificati di decesso	
ITAELD %	UK 2006 %	EURELD Italia 2002 %	EURELD Altri Paesi 2002 %
19	30	6*	22 - 41*

*dato non immediatamente comparabile

NORD %	CENTRO %	SUD %
27	22	12

FINOCIAO-ITAELD
Giugno 2007

questo genere di studi a livello internazionale, non si ricorre a termini di uso corrente (eutanasia, suicidio assistito), bensì si ricorre alla descrizione di pratiche. La domanda relativa all'**eutanasia e al suicidio assistito** era così formulata: *Il decesso è stato la conseguenza dell'uso di un farmaco prescritto, fornito o somministrato con l'intenzione precisa di anticipare la fine della vita (o mettere in condizione il paziente di porre fine alla propria vita)?*. I medici hanno riferito di riconoscere la loro pratica in questa definizione nello 0,7% dei casi. Il dato, considerata la metodologia dello studio, è ben

comparabile a quello osservato nello studio EURELD e conferma quanto riportato in un recente studio Inglese (0.5%). La segnalazione è quindi da considerarsi occasionale e statisticamente non indicativa né di un modificarsi della situazione in Italia dai primi anni 2000, né di una tendenza in atto a pratiche clandestine. Bisogna ricordare che lo studio è protetto da assoluto anonimato e che i rispondenti sono un campione che ha notevole interesse culturale per questi temi.

Le decisioni mediche di fine vita più frequenti e che, al di là delle

differenze metodologiche, sembrano in aumento sono quelle di **non trattamento**, il 19% nello studio ITAELD contro il 6% riportato in Italia nello studio EURELD (erano tra il 22% e il 41% nei diversi Paesi Europei) e il 30% nel recente studio Inglese. Astensioni e sospensioni dei trattamenti avvengono in larga maggioranza (80% nello studio ITAELD, era il 90% nello studio EURELD) in pazienti *non capaci*. Sono in larga misura riportate dai medici come possibilmente o certamente capaci di accorciare (o non prolungare) la vita. Si tratta di una importante area grigia, nella quale ci sono impor-

Atteggiamento generale del medico verso la comunicazione

In genere discute i seguenti argomenti con i pazienti competenti (capaci) in fase terminale o con i loro parenti senza informare il paziente?

Sì, in principio sempre	Con i pazienti %		Con i parenti %	
	ITAELD %	EURELD altri Paesi %	ITAELD %	EURELD altri Paesi %
Diagnosi	52	67 - 98	54	18 - 48
Inguaribilità della malattia	19	42 - 92	56	15 - 54
Aspettativa di vita	18	9 - 52	49	12 - 52
Opzione delle cure palliative	49	73 - 93	52	33 - 61

Ogni persona dovrebbe avere il diritto di decidere di anticipare la fine della propria vita

	NORD %	CENTRO %	SUD %	ITAELD %	EURELD Italia %
	Molto d'accordo	22	21	16	19
D'accordo	28	29	29	29	26
Neutrale	15	15	15	15	20
In disaccordo	23	21	25	23	27
Decisamente in disaccordo	12	14	15	14	15

FINOCIAO-ITAELD
Giugno 2007

Atteggiamento generale del medico verso la comunicazione

In genere discute i seguenti argomenti con i pazienti competenti (capaci) in fase terminale o con i loro parenti senza informare il paziente?

Si, in principio sempre	Con i pazienti %	EURELD altri Paesi %	Con i parenti %	EURELD altri Paesi %
Diagnosi	52	67 - 98	54	18 - 48
Inguaribilità della malattia	19	42 - 92	56	15 - 54
Aspettativa di vita	18	9 - 52	49	12 - 52
Opzione delle cure palliative	49	73 - 93	52	33 - 61

Ogni persona dovrebbe avere il diritto di decidere di anticipare la fine della propria vita

48%

	NORD %	CENTRO %	SUD %	ITAELD %	EURELD Italia %
Molto d'accordo	22	21	16	19	11
D'accordo	28	29	29	29	26
Neutrale	15	15	15	15	20
In disaccordo	23	21	25	23	27
Decisamente in disaccordo	12	14	15	14	15

FINACIO-ITAELD
Giugno 2007

tanti problemi di percezione del medico (quante volte il medico si rende conto che sta omettendo di fare un trattamento?) e che richiedono non solo ulteriori approfondimenti, ma anche più precise definizioni. Si conferma quindi che circa in un 1 decesso su 4 il medico interviene nella fase finale della vita, confermando la medicalizzazione del processo del morire che era stata evidenziata nello studio EURELD.

La **comunicazione e l'informazione** dei pazienti e dei parenti è, come si evidenziava nello studio EURELD, minore come pratica in Italia rispetto ad altri paesi

Europei. In particolare la comunicazione riguardo all'inguaribilità e alla prognosi è rara con i pazienti e usualmente riservata ai colloqui con i parenti. Anche l'offerta di supporto da parte delle cure palliative è minore in Italia rispetto ad altri paesi europei, anche per la disomogenea disponibilità di questa opportunità.

La domanda *Ogni persona dovrebbe avere il diritto di decidere di anticipare la fine della propria vita* era la stessa che era stata posta ai medici che avevano partecipato allo studio EURELD agli inizi degli anni 2000. A fronte di una diminuzione di neutrali

dal 20 al 15%, nello studio ITAELD il 48% sono d'accordo con questa affermazione, contro il 37% nello studio EURELD; il 37% sono in disaccordo o molto in disaccordo, contro il 42% dello studio EURELD. Vi è quindi una certa stabilità del dato con solo una modesta tendenza verso posizioni a favore dell'autonomia delle scelte da parte dei pazienti. Come in EURELD, importante è la proporzione di Medici che ritiene le cure palliative capaci di prevenire la pratica dell'eutanasia e del suicidio assistito (68%). Il 64% si dichiara d'accordo e molto d'accordo nel rispondere alla domanda: *I medici*

Ogni persona dovrebbe avere il diritto di decidere di anticipare la fine della propria vita

48%

	NORD %	CENTRO %	SUD %	ITAELD %	EURELD Italia %
Molto d'accordo	22	21	16	19	11
D'accordo	28	29	29	29	26
Neutrale	15	15	15	15	20
In disaccordo	23	21	25	23	27
Decisamente in disaccordo	12	14	15	14	15

FINACIO-ITAELD
Giugno 2007

Ogni persona dovrebbe avere il diritto di decidere di anticipare la fine della propria vita

48%

	NORD %	CENTRO %	SUD %	ITAELD %	EURELD Italia %
Molto d'accordo	22	21	16	19	11
D'accordo	28	29	29	29	26
Neutrale	15	15	15	15	20
In disaccordo	23	21	25	23	27
Decisamente in disaccordo	12	14	15	14	15

FINACIO-ITAELD
Giugno 2007

dovrebbero soddisfare la **richiesta di un paziente** di non attuare o di interrompere i trattamenti di sostegno vitale. Infine il 55% dei rispondenti ritiene (Molto/D'accordo) che Le volontà chiaramente espresse in

una **direttiva anticipata** da un paziente non competente (incapace) in merito alla non attuazione o alla interruzione dei trattamenti di sostegno vitale devono essere sempre rispettate, anche se ciò potrebbe anticipare la fine

della vita del paziente e il 64% è a favore (Molto/D'accordo) dell'identificazione di un **fiduciario** che prenda le decisioni al suo posto nel caso di paziente incapace.

DOCUMENTO DEL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCeO UDINE - 7 LUGLIO 2007

I primi dati dell'indagine promossa e gestita autonomamente dalla FNOMCeO con il supporto delle principali organizzazioni mediche, sotto l'egida di un Comitato di Garanti, riguardante le opinioni e le pratiche dei medici nelle fasi di fine vita dei loro pazienti, confermano, sul piano della prassi clinica, il rispetto dei valori fondanti il nuovo Codice Deontologico, assicurando i cittadini che la professione medica mantiene e vuole riaffermare quel ruolo di garanzia, di solidarietà e di rispetto dei valori umani che, nei secoli, ne ha costituito il segno di appartenenza.

Questi principi, in un'epoca di profonde trasformazioni sociali e di molteplici presenze di etnie, religioni e idealità, in un mondo unificato dalla tecnica, rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per un dibattito teso all'incontro tra gli uomini, per la riaffermazione dei principi etici della solidarietà umana, nei momenti in cui ogni uomo pone le domande più ardue e personali.

Non è facile il compito dei medici che debbono trovare, all'interno dei suddetti principi,

il filo del loro agire posto a difesa della dignità e della qualità della vita del paziente, delle sue decisioni e delle sue scelte, della sua salute fisica e psichica e del sollievo della sofferenza, in un'alleanza tra pari, nel quadro della doverosa attenzione all'equità.

I medici sono contrari all'eutanasia e ad ogni forma di accanimento terapeutico così come sancito dal Codice di Deontologia Medica.

I medici italiani ritengono che, qualora il legislatore decidesse di intervenire in materia di dichiarazioni di volontà anticipate di trattamento sanitario, debba preliminarmente essere garantita una efficace rete di tutela dei soggetti più deboli perché inguaribili, terminali, morenti, ancor più se divenuti incapaci.

Occorrerà inoltre definire il profilo del miglior esercizio del principio di autodeterminazione, a nostro giudizio compiutamente esigibile e praticabile all'interno di una alleanza terapeutica fondata sulla reciproca fiducia, informazione, consenso, scambio e rispetto dei reciproci valori etici e civili e delle

rispettive libertà.

Emerge dunque il pressante bisogno di ridefinire nuovi profili di cura e di avvicinare a questa responsabilità tecnico professionale la presa in carico di queste fragilità che va oltre questo nostro impegno.

Per realizzare queste premesse è necessaria una maggior consapevolezza della necessità di interventi globali nell'assistenza al morente, per la quale i medici, già impegnati per una formazione più adeguata, chiedono alla società più risorse dedicate, che il tempo di ascolto non sia coartato da inutili incombenze burocratiche e che si prosegua nell'opera formativa ed informativa, anche con il potenziamento della ricerca scientifica sui temi di fine vita e delle cure palliative.

L'indipendenza del medico, cittadino al servizio di altri cittadini, è l'unica garanzia che le richieste di cura e le scelte di valori dei pazienti siano accolte nel continuo sforzo di aiutare chi soffre e ha il diritto di essere accompagnato con competenza, solidarietà e amore nel momento della morte.

APPROVATO PER ACCLAMAZIONE



Si riporta per opportuna conoscenza l'ordine del giorno assunto dal Consiglio Nazionale dell'ENPAM nella seduta del 23 giugno u.s. presentato dagli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Cosenza e di Catania sugli effetti della normativa riguardante gli obblighi contributivi e assicurativi dei **medici in formazione specialistica**.

Il Consiglio Nazionale dell'ENPAM

Premesso

che i medici in formazione specialistica, ai sensi del D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 ratificato con L. 17 aprile 1956, n. 561, per il solo fatto dell'iscrizione all'Albo ed indipendentemente dall'effettivo esercizio della professione, sono assoggettati a contribuzione obbligatoria presso il Fondo di previdenza generale gestito dall'ENPAM;

considerato

che la vigente disciplina legislativa, non tenendo conto dell'esposta situazione, prevede l'introduzione dell'obbligo di iscrizione alla Gestione Separata INPS per tutti i partecipanti ai corsi di formazione specifica;

considerato

che il medico, nel periodo di cui frequenta il corso di specializzazione non conosce con certezza quale sarà la sua successiva collocazione professionale né quindi a quale Fondo affluiranno i relativi contributi previdenziali, rischiando così da creare spezzoni contributivi che, successivamente, non saranno alimentati da nuovi apporti e, quindi, non produrranno una autonoma prestazione previdenziale;

considerato

che soltanto la Fondazione ENPAM garantisce attualmente una copertura previdenziale a tali professionisti per eventi quali l'invalidità assoluta e permanente, la premorienza e la maternità. Il versamento presso tale gestione dei contributi in parola potrebbe consentire quindi di superare le difficoltà sopra illustrate, garantendo in ogni caso l'utilizzazione ai fini pensionistici del flusso contributivo;

considerato

che la Gestione Separata, istituita presso l'INPS con Legge 8 agosto 1995, n. 335 art. 2 commi 26-33, è stata prevista al solo fine di estendere la copertura previdenziale ed assistenziale obbligatoria ad alcune categorie di lavoratori autonomi o parasubordinati la cui attività non risultava coperta da assicurazione previdenziale. I redditi assoggettati ad altro titolo a contribuzione previdenziale obbligatoria debbono considerarsi espressamente esclusi dall'obbligo contributivo a favore della suddetta gestione. Dal combinato disposto dell'articolo 2, comma 26, della L. 8 agosto 1995, n. 355, e dell'articolo 6, comma 1, del Decreto Ministeriale 2 maggio 1996, n. 281, si evince infatti che sono tenuti all'iscrizione ed al versamento dei contributi previdenziali presso la Gestione Separata solamente i soggetti che esercitano per professione abituale, ancorché non esclusiva, attività di lavoro autonomo che non si assoggettata ad altro titolo a contribuzione previdenziale obbligatoria.

Il principio di esclusione dalla contribuzione previdenziale presso la Gestione Separata in presenza di altra copertura previdenziale obbligatoria, inoltre, è stato più volte ribadito anche all'INPS (circolari nn. 124 e 201 del 1996);

ritiene

residuale la natura della Gestione Separata dell'INPS ed al fine di evitare una diseconomia, dannosa ed inaccettabile dispersione delle risorse contributive

rivolge

un pressante appello al Governo e alle forze parlamentari per una modifica della normativa attuale rendendo così possibile il versamento all'ENPAM dei contributi previdenziali dovuti sui contratti di formazione specialistica.

INPDAP

FONDO GESTIONE UNITARIA PRESTAZIONI CREDITIZIE E SOCIALI PRELIEVO 0,15% DALLE PENSIONI

Con Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 45 del 7.3.2007 facente parte della Legge Finanziaria 2007 (regolamento attuativo del comma 347 Legge 266/2005), è stato esteso anche ai pensionati dell'INPDAP la possibilità di ottenere finanziamenti da parte dell'Ente di Previdenza.

Con il nuovo regolamento che estende ai pensionati - già dipendenti pubblici che fruiscono di trattamento a carico delle gestioni pensionistiche INPDAP e ai dipendenti o pensionati di enti e Pubblica Amministrazione, di cui all'art. 1, comma 2, del Dlgs 30 marzo 2001, n. 165, iscritti ai fini pensionistici presso enti o gestioni previdenziali diverse dall'INPDAP - la possibilità di chiedere i benefici creditizi, è stato previsto un contributo dello 0,15% del trattamento pensionistico. La Gestione credito finora è stata riservata ai lavoratori in servizio iscritti all'INPDAP ai fini pensionistici.

Quali sono i vantaggi dell'adesione?

L'adesione alla Gestione credito garantisce l'accesso a prestazioni di tipo creditizio e sociale. Tra le prime ci sono piccoli prestiti rimborsabili in 12, 24, 36 o 48 mesi, prestiti pluriennali con cessione del quinto erogati direttamente o garantiti dall'In-

pdap e mutui ipotecari edilizi per la prima casa a 10, 15, 20, 25 o 30 anni. Tra i benefici sociali, alcune prestazioni sono dedicate ai giovani: convitti e vacanze studio in Italia e all'estero, borse di studio, master e dottorati di ricerca; altre sono studiate per il benessere dei pensionati: case albergo, soggiorni senior e interventi assistenziali per malati di Alzheimer.

Iscrizione, non adesione e recesso

Lavoratori e pensionati saranno iscritti automaticamente alla Gestione unitaria delle prestazioni creditizie e sociali dell'Inpdap a partire dal primo novembre 2007, quindi non c'è bisogno di fare alcuna richiesta. L'iscrizione, tuttavia, non è obbligatoria, e chi non intende aderire dovrà manifestare la propria volontà entro e non oltre il 31 ottobre 2007 con il modulo di non adesione (vedi Modulo). Il modulo va presentato, oppure spedito con raccomandata A.R., alla Sede Inpdap provinciale o territoriale di residenza. Inoltre, a partire dal primo novembre e fino al 31 maggio 2008, chi ha aderito alla Gestione credito può decidere di recedere dall'iscrizione utilizzando lo stesso modulo con le stesse modalità appena esposte.

I dipendenti pubblici in servi-

zio iscritti all'Inpdap ai fini pensionistici, invece, mantengono l'obbligo di iscrizione e di versamento del contributo.

Cosa è la Gestione unitaria credito e attività sociali dell'Inpdap?

Si tratta di un fondo costituito nel 1996 per finanziare le attività con finalità sociale che esulano dall'ambito strettamente previdenziale dell'Inpdap. Le prestazioni offerte dall'Inpdap con tale fondo sono in parte finanziate dalla contribuzione dei lavoratori: i dipendenti della Amministrazione pubblica iscritti all'Inpdap infatti già versano lo 0,35% della loro retribuzione lorda, con la detrazione che nel cedolino viene chiamata "Ritenuta fondo credito". Di anno in anno, a seconda delle disponibilità di budget, la Gestione credito determina i servizi da offrire e i criteri con cui vengono concessi.

Quali contribuzioni comporta l'iscrizione?

I lavoratori in servizio coinvolti dal decreto ministeriale 45/2007 che aderiranno alla Gestione credito contribuiranno con le stesse modalità dei dipendenti pubblici iscritti all'Inpdap, ovvero con una quota pari allo 0,35% dello stipendio lordo. **I pensionati invece verseranno una contribuzione pari allo 0,15% della pensione lor-**

da. Entrambe queste contribuzioni saranno detratte automaticamente dalla retribuzione o dall'assegno di pensione. Se la pensione, tuttavia, è inferiore a 600 euro lordi, al pensionato non verrà richiesto alcun contributo per accedere alle prestazioni offerte.

I pensionati Inpdap che decideranno di non aderire o di rece-

dere dall'iscrizione continueranno ad avere accesso ai benefici di tipo sociale.

Quanto costa?

Facciamo qualche esempio: prendendo come base di calcolo una somma di 1500 € al mese, la trattenuta sull'assegno mensile è pari a 2,25 €. Su una somma di 1000 €, la trattenuta è di 1,5 €. Se l'assegno mensile

di pensione è di 599 € lordi, non viene effettuata alcuna trattenuta.

Per far valere il diritto di recesso dalla concessione del contributo i pensionati devono compilare l'apposito modulo ed inviarlo a mezzo raccomandata A/R all'Inpdap entro e non oltre il 31 ottobre 2007.

MODULO PER LA RECESSIONE DALL'ISCRIZIONE AL FONDO GESTIONE UNITARIA PRESTAZIONI CREDITIZIE E SOCIALI

Alla Sede I.N.P.D.A.P.

(Indirizzo della sede che provvede alla gestione della pensione INPDAP)

Il sottoscritto

nato a

il C.F.

residente a

titolare della pensione n° erogata dalla Sede Provincia-

le/Territoriale INPDAP di, dichiara, ai sensi e per gli ef-

fetti di quanto stabilito all'art. 2, comma 1, del D.M. n. 45 del 7/3/2007, pubblicato sulla G.U. n.

83 del 10/4/2007, di non aderire alla Gestione Autonoma delle Prestazioni Creditizie e Sociali del-

l'INPDAP istituita dell'art. 1, comma 242 e segg. della legge 662/96.

In fede

Firma leggibile _____

Data _____





L'INQUINAMENTO ATMOSFERICO: C'È SUFFICIENTE CONSAPEVOLEZZA DEI RISCHI PER LA SALUTE E PER L'AMBIENTE?

G. Salvioli

Università degli studi di Modena e Reggio Emilia - salvioli@unimore.it

I problemi sanitari provocati dall'inquinamento atmosferico (IA) sono rilevanti e strettamente connessi a quelli della utilizzazione di crescenti risorse energetiche (fig 1); si tratta di problemi fra loro legati che richiedono soluzioni operative complessive e in tempi brevi. L'*International Panel on Climate Change* (IPCC) prevede nel periodo 1990-2100 un aumento della temperatura della superficie terrestre di 1,4-5,8°C da imputare prevalentemente all'aumento dei gas-serra che sono: anidride carbonica (CO₂), vapor acqueo, metano e derivati dell'azoto (NO_x); questi non solo trattengono il calore, ma impediscono la fuga nell'atmosfera dei prodotti derivanti dalle varie attività umane (1). L'emissione di gas (si valuta in milioni di tonnellate di CO₂ equivalenti) ad effetto serra è rappresentata per circa l'85% da CO₂: il *Kyoto plan* prende in considerazione sei gas diretti (CO₂, metano, ossido di N e tre gas fluorurati) e gas indiretti (CO, NO e derivati dello zolfo): si tratta di prodotti prevalentemente dall'industria e dai siste-

mi di trasporto.

Le previsioni per i prossimi decenni sono negative: le risorse idriche si ridurranno del 30%, le coste andranno incontro ad erosione con inondazioni, la produzione agricola e la qualità dei cibi saranno danneggiate e il prodotto interno lordo si ridurrà. La produzione di petrolio, fondamentale fonte energetica per l'Italia, è destinata ad esaurirsi: occorre utilizzare fonti alternative (tabella n° 1) per assicurare uno sviluppo sostenibile. Per quanto riguarda l'Italia ricordiamo che nel secolo scorso l'aumento della temperatura media è stato di 0,7°C al Nord e di 0,9°C al centro e al sud; dal 1961 al 2004 c'è stato aumento del 14% del numero delle giornate calde (T>25°C), mentre del 20% è stata la diminuzione delle giornate con T<0°C; per il futuro i è prevedibile un riscaldamento di 0,2°C per decade; l'Italia contribuisce poi per l'11,2% alle emissioni complessive dell'Europa, essendo massimo l'apporto dell'industria energetica e dei trasporti; dovrà diminuire le emissioni inquinanti del 6,5% rispetto al 1990. L'IA è provocato da agenti fisi-

ci, chimici e biologici rappresentati da un' eterogenea miscela di gas, liquidi e materiale particolato (PM) che origina in momenti essenziali della nostra vita quotidiana. Un inquinante modifica i parametri fisici e chimici dell'atmosfera (fra i quali la temperatura) o induce variazioni dei rapporti quantitativi di sostanze già presenti oppure introduce composti estranei, deleteri per la vita. La conoscenza della quantità e della qualità dell'IA è fondamentale per modificare la scelta delle fonti energetiche.

L'IA come anche l'impatto ambientale delle opere e soprattutto la produzione dell'energia (per il riscaldamento e raffreddamento e per il traffico), non sono stati oggetto di iniziative adeguate nel nostro paese; anche la classe medica non li considera ancora rilevante fattore di rischio per le comuni malattie; l'esposizione prolungata nel tempo o anche episodica (frequenza con la quale si verifica 1 ora di massima concentrazione di PM o di O₃) può provocare, attraverso l'attivazione di processi infiammatori a vari livelli, malattie cardiovascolari e respi-



ratorie, il cancro o la riaccutizzazione di malattie croniche; non sono da dimenticare le interazioni fra ambiente e genetica come possibile fattore di malattie. L'aumento della temperatura ambientale (ondate di calore) ha poi provocato nella nostra provincia un eccesso di mortalità durante l'estate 2003, soprattutto fra gli anziani con polipatologia (2). Le particelle presenti nell'aria sono schematicamente descritte nella Fig 2; esse sono oggetto di misurazioni nelle città o nelle zone più inquinate i cui risultati non sempre sono resi noti; solfati, nitriti e composti di carbonio sono i maggiori costituenti delle particelle fini; essi derivano anche dalla trasformazione atmosferica dell'anidride carbonica (CO₂) e dell'ossido di azoto (CO). L'indice di qualità dell'aria (AQI - *air quality index*) è un parametro di valutazione utile, costruito dalla somma del contenuto in µg/m³ delle PM₁₀ e delle PM_{2,5}. È stato riscontrato che l'esposizione anche per tempi brevi di PM_{2,5} aumenta il rischio di ricovero ospedaliero per malattie cardiovascolari e respiratorie; per lo scompenso cardiaco il rischio aumenta del 28% in presenza di un incremento di 10 µg/m³ nello stesso giorno di PM_{2,5} (3).

Le particelle ultrafini (UFP), che sono incompletamente e non correttamente valutate con i correnti strumenti di misurazione e controllo, provviste di un alto rapporto superficie/massa,

hanno specifica tossicologia: attivano processi infiammatori e una condizione protrombotica promuovendo così arteriosclerosi, trombosi ed eventi cardiovascolari anche perché peggiorano il funzionamento del sistema nervoso autonomo (4); dopo la loro somministrazione per via inalatoria, le UFP sono rilevabili in molti compartimenti del corpo (fegato, milza, cuore, sistema nervoso) (5). Un maggior contenuto di PM <2,5 µm, di CO e soprattutto le loro variazioni giornaliere aumentano il rischio di ictus mortale, soprattutto durante la stagione calda in soggetti di età > 65 anni (6). Le particelle PM sono anche generatori di specie reattive dell'ossigeno (ROS): questo potrebbe essere il meccanismo con quale esse danneggiano la funzionalità dell'endotelio e, di conseguenza, dei vasi arteriosi (7). In una popolazione partecipante allo studio MONICA la frequenza cardiaca a riposo risultò più elevata in presenza di aumentate concentrazioni nell'aria di ozono, diossido di azoto e diossido di zolfo (8). In Italia la percentuale delle malattie attribuibili a cause ambientali sarebbe pari al 14% per un totale di 91000 morti all'anno di cui 8400 per inquinamento atmosferico; dati relativi alle singole nazioni sono consultabili al sito: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/countryprofiles/en/; è evidente e conseguente la raccomandazione della organizzazione mondiale

della sanità di affrontare la prevenzione delle malattie croniche migliorando anche la qualità dell'ambiente.

Ma non bisogna dimenticare l'eccesso di ozono (O₃): normalmente si forma nella stratosfera per l'azione delle radiazioni solari sull'ossigeno riducendo così la penetrazione dei raggi ultravioletti ad alta energia nell'atmosfera; esso si forma però anche negli strati più bassi dell'atmosfera da derivati dell'azoto, dalle emissioni delle automobili (gas di scarico) e delle industrie con processi di fotolisi più efficaci alle alte temperature; le attività umane sono le maggiori sorgenti di precursori di O₃.

Ricordiamo poi l'SO₂, intossicante occupazionale, presente negli ambienti se si brucia cherosene per riscaldare; il gasolio è stato riformulato perché ne conteneva troppo; è responsabile delle piogge acide. L'ossido di carbonio (CO) deriva dalla incompleta combustione di substrati contenenti carbonio (motoveicoli, caldaie, tabacco, legno, carbone); avendo un'elevata affinità per l'emoglobina, interferisce con il trasporto ed il rilascio dell'O₂ ai e nei tessuti, rispettivamente. La concentrazione della CO₂ sta aumentando nell'atmosfera; è il maggior responsabile del riscaldamento globale dell'atmosfera legato ad attività antropiche, se aumenterà ancora, la temperatura globale crescerà ulteriormente creando problemi am-

bientali come la minor disponibilità d'acqua, ondate di calore, aumento del livello dei mari, uragani, riduzione della produzione agricola, estinzione di alcune specie animali, nuove malattie.

Progetti

La Commissione europea si è impegnata, ai sensi del protocollo di Kyoto, a ridurre l'emissione di gas serra dell'8% entro il 2008-2012; l'obiettivo sembra di non facile realizzazione soprattutto per l'Italia che, rispetto al 1990, ha aumentato del 12% le emissioni di gas da imputare prevalentemente al trasporto su strada, alla produzione di energia elettrica e di calore e alla raffinazione del petrolio; si dovranno attuare misure supplementari per rispettare il protocollo ed i suoi obiettivi in modo che entro il 2012 l'emissione di gas serra si riduca del 6,5% rispetto al 1990: in realtà c'è stato un costante aumento delle emissioni in particolare dell'anidride carbonica. L'Agenzia per la protezione dell'ambiente per i servizi tecnici (APAT: <http://www.apat.gov.it>) controlla per il Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare le condizioni climatiche e l'inquinamento della nostra nazione: recentemente ha enunciato previsioni gravi per il futuro come il riscaldamento progressivo del territorio, la crescente richiesta (30%) di energia elettrica per il funzionamento dei condizionatori. L'informazione, la promozione,

la comunicazione e l'educazione avranno un ruolo fondamentale: i Medici hanno un ruolo insostituibile anche perché l'attuale classe dirigente non sembra in grado di trovare soluzioni rapide ed efficaci al problema energetico e all'IA; per questo stimoli e suggerimenti provenienti dai Medici e dall'Ordine professionale possono sollecitare le lente ed incerte procedure in corso per ottenere buoni risultati per il prossimo futuro.

Il problema sanitario dei rifiuti è rilevante se si pensa di eliminarli semplicemente bruciandoli negli inceneritori: questi creano ceneri (30% circa della massa iniziale) e generano emissioni

a base di cloro (diossina e furani) molto tossiche: i controlli ambientali richiedono in questi casi costose apparecchiature e attenzioni epidemiologiche da parte del servizio sanitario nazionale; è raccomandato il riciclaggio dei rifiuti: ciò richiede la preliminare raccolta differenziata (in particolare carta e plastica) attualmente carente o inadeguata nella maggior parte delle regioni italiane; alcune città italiane esportano l'immondizia in nazioni vicine.

La spesa nazionale per la gestione dei rifiuti, delle acque reflue e delle risorse idriche ha raggiunto nel 2006 l'ammontare di 36 miliardi di euro (2,1% del PIL): tale

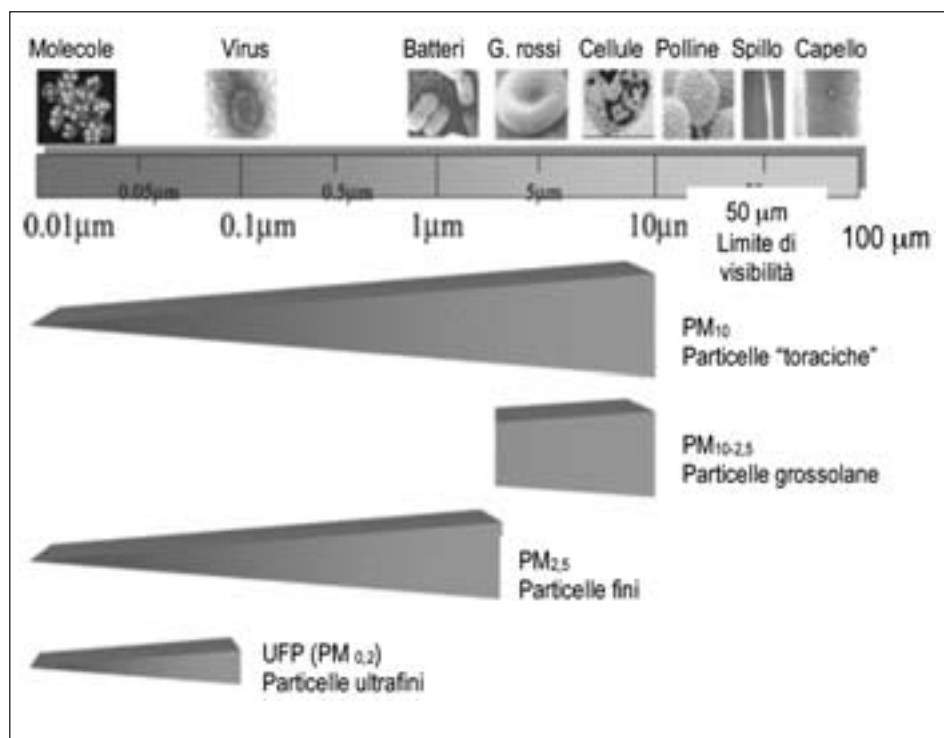


Fig 2 Caratteristiche delle particelle presenti nell'aria

Non si deve dimenticare la formazione di PM10 da parte dei pneumatici degli autoveicoli, soprattutto quando sono gonfiati a pressione inferiore a quella raccomandata. Le particelle ultrafini (fino alle nanoparticelle) hanno la capacità di passare nella circolazione e raggiungere il tessuto endoteliale del sistema circolatorio.



cifra aumenterà nei prossimi decenni e ci si augura che maggiori risorse siano utilizzate per fare ricerca e per trovare le soluzioni più utili alla salute dell'uomo e alla sua qualità di vita.

Cosa fare ?

Si dovrebbe disporre di una attenta ed oggettiva misurazione dell'inquinamento ambientale; leggendo le rilevazioni riportate giornalmente dai quotidiani non si può essere soddisfatti in quanto non sono esaurienti (per esempio non riportano la presenza delle particelle sottili); i risultati dello studio *Eurolifenet* (<http://www.eurolifenet.it>), condotto da studenti della città di Milano che hanno indossato centraline a tracolla per valutare 24 ore su 24 la quantità di particelle sottili (PM2,5), sono sconcertanti: i valori registrati sono stati superiori di molte volte ai minimi ammessi (25 µg/m³). La conoscenza dettagliata del numero di particelle e della concentrazione di altri gas notoriamente tossici come ozono, CO e NOx, le loro variazioni nella giornata forniscono riferimenti utili per una programmazione che tenga conto delle necessità energetiche.

Ogni giorno una persona respira circa 8000-9000 litri di aria che viene a contatto con le vie respiratorie: è indispensabile renderla più pulita. Anche il fabbisogno energetico difficilmente potrà essere ridotto nei prossimi decenni; pertanto si dovrà ricorrere a fonti di energia me-

no inquinanti e anche meno costose in grado di soddisfare le richieste. Da ogni combustione si formano particelle; ogni lampadina accesa richiede energia e pertanto inquina ed aumenta, come effetto secondario, la temperatura ambientale. L'attenta manutenzione degli autoveicoli (corretto gonfiaggio delle gomme) è da raccomandare. Fra gli eco-comportamenti si deve raccomandare l'utilizzazione dei mezzi pubblici anche se lenti e poco graditi. Il lavaggio delle strade urbane di scorrimento è un rimedio utile per allontanare le particelle depositate, ma è una pratica corrente solo nelle città non italiane. Gli inceneritori producono micro-particelle pericolose che devono essere misurate: non conosco i risultati delle rilevazioni nella nostra città. Per il riscaldamento delle abitazioni si dovrà razionalizzare le procedure ricorrendo ad impianti centralizzati per interi quartieri. Si tratta di raccomandazioni che i Medici devono proporre per coinvolgere il cittadino; su questo importante argomento si consulti il sito <http://www.epa.gov/climatechange/wycd/index.html> che contiene anche un calcolatore per valutare le emissioni: <http://www.epa.gov/climatechange/wycd/calculator/index.html>. Ogni cittadino dovrebbe pensare a quanta energia consuma e a come ridurre l'entità usando meno l'auto, meno energia elettrica in casa, eliminando in modo ap-

propriato i rifiuti (raccolta differenziata - il riciclaggio riduce l'effetto serra), limitando la velocità della propria auto che avrà i pneumatici alla giusta pressione; da questi comportamenti si potranno ottenere effetti collaterali utili alla salute come una maggior attività motoria (cammino).

L'Europa si è impegnata a ridurre del 20% le emissioni di gas serra entro il 2020; l'utilizzazione della energia verde deve raggiungere il 20% del totale entro il 2020: occorre pertanto triplicare la quota attualmente prodotta; le energie rinnovabili dovranno essere maggiormente utilizzate anche in previsione dell'aumento delle richieste energetiche; il fotovoltaico (pannelli solari) dovrà essere maggiormente utilizzato anche per l'elevata insolazione del territorio italiano. Il risparmio energetico è un'altra via da perseguire: le lampadine fluorescenti consumano molto meno di quelle tradizionali.

Tab 1 Le fonti energetiche

Non rinnovabili e convenzionali: petrolio, gas naturali, carbone, nucleare

Rinnovabili: solare (termica e fotovoltaica), eolica, idroelettrica, biomasse, energia dagli oceani, geotermica, energia dai rifiuti

In Italia il 72% dell'energia elettrica è fornito da centrali termoelettriche che bruciano combustibili fossili; solo il 14,3% è prodotto da fonti rinnovabili (idroelettrica, eolica, geotermica e fotovoltaica). Le importazioni di energia elettrica prodotta con metodologia nucleare è elevata e ad alto costo.

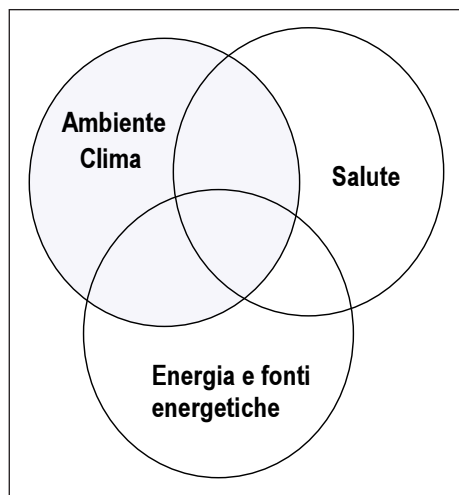


Figura 1

La salute è influenzata in vario modo dalla qualità dell'ambiente e dal clima; questi a loro volta risentono delle attività che richiedono crescente utilizzazione di fonti energetiche e di strumenti di varia natura che producono inquinanti con variabili caratteristiche chimico-fisiche. I problemi derivanti dal clima, dall'inquinamento, dalle fonti energetiche e quelli della salute si sovrappongono largamente.

Bibliografia

1. Intergovernmental panel on climate change <http://www.ipcc.ch> e <http://www.ipcc-wg2.org>
2. Foroni M, Salvioli G, Rielli G, Goldoni CA, Orlandi G, Sajani SZ et al Retrospective study on heat-related mortality in an elderly population during the 2003 heat wave in Modena, Italy: the Argento Project. *J Gerontology A Biol Sci Med Sci* 2007; 62: 475-51
3. Dominici F, Peng BD, Pham L, McDermott A, Zeger SL, Samet JM Fine particulate air pollution and hospital admission for cardiovascular and respiratory diseases. *JAMA* 2006; 295: 1127-34
4. Brook RD, Franklin B, Cascio W, Hong Y, Howard G, Lipsett M et al Air pollution and cardiovascular disease. A statement of healthcare professionals from the expert panel on population and prevention science of the American Heart Association. *Circulation* 2004; 109: 2655-71
5. Geiser M, Rothen-Rutishauser B, Kapp N, Schürch S.; Kreyling W, Schulz H et al Ultrafine particles cross cellular membranes by nonphagocytic mechanisms in lungs and in cultured cells. *Environ Health Perspect* 2005; 113: 1555-60
6. Kettunen J, Lanki T, Tittanen P, Aalto PP, Koskentalo T, Kulmala M et al Association of fine and ultrafine particulate air pollution with stroke mortality in an area of low air pollution levels. *Stroke* 2007; 38: 918-22
7. Rajagopalan S, Sun Q, Chen LC Particulate pollution and endothelial function. Déjà vu all over again in the air. *Circulation* 2005; 111: 2869-71
8. Ruidavets J-B, Cassadou S, Cournot M, Bataille V, Meybeck M, Ferrières J. Increased resting heart rate with pollutants in a population based study. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 685-93.

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA
GIUNTA REGIONALE
DIREZIONE GENERALE SANITÀ E POLITICHE SOCIALI**

Oggetto: reti assistenziali Hub & Spoke per malattie rare

Già da alcuni anni questo Assessorato sta lavorando all'organizzazione delle Reti clinico-assistenziali per alcune specifiche patologie, in particolare per le malattie rare o gruppi di patologie maggiormente complesse e che richiedono interventi multidisciplinari sia nella fase diagnostica che in quella di cura e follow up.

Le Reti Hub & Spoke sono individuate da gruppi tecnici formati dai professionisti, dalle Associazioni dei malati e dalle loro famiglie e dai rappresentanti delle istituzioni, e vengono approvate con delibera della Giunta regionale. Attualmente sono state approvate le seguenti Reti Hub & Spoke:

Malattie Emorragiche Congenite (DGR n. 1267 del 22/07/2002 pubblicata sul BUR n. 119 del 22/08/2002) – Centro Hub – Azienda Ospedaliero -Universitaria di Parma – Unità Operativa Centro Emostasi – Dipartimento Medicina III – tel. 0521 702233;

Talassemia (DGR n. 1708 del 2/11/2005 pubblicata sul BUR n. 154 del 23/11/2005) – Centro Hub – Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara – Unità Operativa Divisione Pediatria e Adolescentologia – Centro per la terapia delle Talassemie e loro complicanze – tel. 0532 236934;

Glicogenesi (DGR n. 395 del 27/03/2006 pubblicata sul BUR n. 68 del 23/05/2007 e successive integrazioni) – Centr Hub – Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna – Unità Operativa di Pediatria/Unità Operativa di Endocrinologia – tel. 051 6364621 – 051 6364190;

Fibrosi cistica (DRG n. 396 del 27/03/2006 pubblicato sul BUR N. 68 del 23/05/2007) – Centri Hub: Azienda Ospedaliero – Universitaria di

Parma – Centro per la Fibrosi Cistica – tel. 0521 7002216 – 0521 290460; Azienda USL di esena – Centro per la Fibrosi Cistica – tel. 0547 352656;

Sindrome di Marfan (DRG n. 1966 del 29/12/2006 pubblicata sul BUR n. 21 del 14/02/2007) – Centro Hub – Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna – Dipartimento cardio toracico vascolare – Centro Marfan – tel. 051 6363005;

Tutte le delibere sopra citate sono consultabili sul sito www.saluter.it nella pagina dedicata alle malattie rare.

Sulla stessa pagina, inoltre, è consultabile il motore di ricerca per le malattie rare, che consente di individuare i Centri autorizzati della nostra Regione per la diagnosi e cura delle malattie individuate dal DM 279/01 che regola la materia a livello nazionale. (si può accedere direttamente al motore di ricerca dal sito www.saluter.it/malattierare)

Pur essendo le delibere di istituzione delle Reti Hub & Spoke pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia – Romagna, si è rilevata una generale difficoltà nella circolazione delle informazioni ed emerge la necessità che tutti gli attori coinvolti nella cura del paziente – ed in particolare quindi il corpo dei professionisti medici – possano essere costantemente informati in merito.

A tal fine si ritiene importante proporre la pubblicazione degli atti di programmazione all'interno dei Bollettini degli Ordini dei medici, in modo da permettere la più ampia diffusione degli stessi, pertanto sarà cura di questo Assessorato la tempestiva trasmissione di tutti gli atti di individuazione di Reti assistenziali futuri.

*Il Dirigente Responsabile del Servizio
K. Petropulacos*

NUOVE REGOLE ECM

VARATO IL "PROGETTO PER LA DEFINIZIONE E IMPLEMENTAZIONE DEL PROGRAMMA NAZIONALE"

La Commissione paritetica Stato-Regioni (organismo sorto alla fine dello scorso anno per ridefinire le regole dell'ECM) ha varato il testo del "**progetto per la definizione e implementazione del Programma Nazionale**". Il testo ha già avuto l'approvazione del Ministero della Salute e dal 2 luglio si trova all'esame della Conferenza Stato-Regioni. Questo **Progetto** contiene le indicazioni sulla base delle quali si reggerà il nuovo programma ECM e prevede **nuove regole per la formazione continua di medici e degli operatori sanitari**.

Commissione Nazionale ECM

- Si parte da una 'ristrutturazione' della Commissione nazionale ECM, che avrà una **nuova sede presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Assr)** e sarà assistita da strutture tecniche di supporto (Osservatorio, Consulta, utenti, regioni).
- La Commissione nazionale ECM sarà **subordinata alla Conferenza Stato-Regioni** per tutte le determinazioni assunte in ambiti con valore programmatico, normativo e prescrittivo (approvazione del piano nazionale sulla formazione, pareri sugli obiettivi nazionali, approvazione del rapporto annuale sullo stato della formazione ECM).
- Si riconferma nel ruolo cen-



trale di **organismo di indirizzo e coordinamento del programma ECM**. Ne sarà potenziata l'operatività e ridefiniti gli ambiti e gli strumenti di intervento alla luce del decentramento regionale.

Operatori e strumenti

- Si conferma il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari indipendentemente dalle modalità di esercizio dell'attività: sono **ricompresi** quindi tutti i **liberi-professionisti**;
- Si prospetta la possibilità per i liberi professionisti di **defiscalizzare gli oneri sostenuti per la formazione** (attraverso canali legislativi);
- Si prevede l'allargamento graduale dell'obbligo ECM agli operatori del settore socio-sanitario;
- Resta affidata alle regioni la scelta di introdurre l'obbligo formativo per il personale tecnico-amministrativo dei servizi sanitari;
- L'aggiornamento del professionista dovrà essere improntato sia ad obiettivi scelti sulla base della specificità professionale **sia ad obiettivi di interesse generale** (piani sanitari nazionali, regionali, aziendali);

- Viene introdotto il **'dossier formativo individuale o di gruppo'** che, serve a programmare e valutare il percorso formativo del singolo operatore o del gruppo di cui fa parte (equipe). Per gli operatori del SSN (dipendenti o convenzionati) l'adeguatezza del dossier, modulato su base triennale, sarà valutata dalle strutture di appartenenza, mentre i liberi professionisti faranno riferimento a commissioni appositamente istituite dagli Ordini professionali. Sarà realizzato su obiettivi differenziati: nazionali (20 per cento), regionali e aziendali (50 per cento), obiettivi individuali (30 per cento).
- È previsto inoltre un **'piano di formazione aziendale'** quale strumento programmatico, elaborato dalle singole aziende o strutture, che descrive il contesto e le strategie delle attività formative erogate in forma diretta o tramite altri provider. Lo strumento di rendicontazione dei programmi formativi realizzati sarà rappresentato dal **'rapporto sulla formazione aziendale'**, a verifica dello strumento formativo aziendale.

Crediti e certificazione

- i crediti ECM vengono "quantificati" in termini di impegno temporale: **1 credi-**

- to corrisponde ad un'ora di lavoro del professionista;
- La **formazione e l'aggiornamento possono avvenire con diverse metodologie.** Questi i modelli principali:
 - formazione residenziale (congressi, convegni, seminari)
 - formazione residenziale interattiva (gruppi di discussione, discussione casi clinici)
 - stage con ruolo di discendenti (formazione sul campo, tirocini)
 - gruppi di miglioramento (commissioni, linee guida)
 - attività di ricerca (progetti obiettivo, gruppi di studio finalizzati)
 - autoapprendimento senza tutor (riviste scientifiche, programmi di formazione a distanza)
 - autoapprendimento con tutor (formazione a distanza con interattività)
 - attività di docenza (stage, presentazione a convegni e pubblicazioni scientifiche);
 - **Nella formazione si includono temi generali** (come il managing, l'informatica e la lingua straniera) e altri temi per ora esclusi dall'accREDITAMENTO;
 - Il numero dei crediti da conseguire (sull'imitazione del modello europeo ed americano) **per il triennio 2008-2010 è di 50 crediti all'anno per un totale di 150 nel triennio** (minimo 30 max 70 per anno). Di questi 150 crediti del triennio 2008-2010, **almeno 90 dovranno essere "nuovi" crediti mentre -fino**

- a 60 crediti- potranno derivare dal riconoscimento di crediti ECM acquisiti negli anni della sperimentazione 2004-2005-2006.** Qualora l'interessato, per motivi di carattere eccezionale, non abbia adempiuto all'obbligo formativo, l'Ordine professionale competente per territorio, consente allo stesso di **recuperare il suo debito formativo entro l'anno successivo** alla scadenza del triennio, anche con formazione su argomenti riservati agli Ordini (etica, deontologia, legislazione).
- Si rinvia **alla Commissione Nazionale ECM la definizione delle quote percentuali dei crediti** da conseguire per le singole modalità e tipologie di ECM, pur stabilendo i seguenti parametri: fino al 20% del debito triennale potrà riguardare argomenti di interesse generale; fino al 35% attività di docenza. I crediti conseguiti all'estero (paesi UE, USA e Canada) sono conteggiati per un 50% dei crediti assegnati dal provider straniero.
 - Il **sistema di accREDITAMENTO è previsto su due livelli: nazionale e regionale** con differenti anagrafe tra loro interconnesse, gestite a livello informatico nazionale dal COGEAPS (Consorzio per la registrazione e gestione dei crediti facente capo alle Federazioni degli Ordini). L'anagrafe nazionale contiene la registrazione complessiva dei crediti individuali dei singoli professionisti. I crediti regionali avranno identico

valore di quelli nazionali.

- Gli **Ordini professionali verificano il 'dossier formativo del professionista'** (distribuzione dei crediti, tipologie formative utilizzate, numero dei crediti acquisiti, eventuali presenze di deroghe dall'obbligo formativo -maternità, malattie, soggiorno all'estero, ecc..) e **certificano i crediti** dei singoli professionisti avvalendosi anche del sistema dell'anagrafe COGEAPS. L'attestazione viene rilasciata su richiesta dell'interessato.
- La **responsabilità della registrazione dei crediti** è dei diversi provider che assicurano la trasmissione dei dati per la registrazione dei crediti sia nell'anagrafe nazionale che regionale. Il singolo professionista dovrà invece preoccuparsi di registrare i **crediti conseguiti all'estero.**

Risorse

- Poiché le risorse pubbliche sono molto limitate si cercherà di destinare al progetto quanto versato dai provider alla Commissione nazionale ECM per l'attività di accREDITAMENTO degli eventi (anche pregressa). Nel rispetto dei criteri di trasparenza e indipendenza la "raccolta" non escluderà **risorse provenienti da nuovi soggetti** pubblici e privati quali fondazioni bancarie, enti di promozione e sviluppo, fondi europei.

Sponsor e conflitto di interessi

- Per quanto riguarda gli sponsor si delinearanno **nuo-**

ve regole volte ad evitare i conflitti di interesse in particolare tra provider e docenti e tra provider e sponsor. I soggetti che producono, commercializzano o pubblicizzano prodotti farmaceutici e/o dispositivi medici, non dovrebbero coincidere con gli organizzatori di eventi formativi ECM.

Incentivi e sanzioni

➤ Poiché l'obbligo legislativo sanzionatorio sia in capo al

singolo operatore sia agli altri soggetti coinvolti è rimasto del tutto indefinito, il Progetto cercherà di far **prevalere le motivazioni professionali su quelle economiche o di carriera**, promuovendo un confronto con le parti interessate in coerenza con l'ordinamento giuridico e i contratti collettivi vigenti.

Norme transitorie

➤ Nell'ottica di assicurare continuità all'offerta formativa

gli accreditamenti degli eventi formativi in corso proseguono con le stesse modalità del passato, sotto il monitoraggio della Commissione nazionale ECM. **Per l'anno 2007 il numero di crediti resta fissato a 30.** Il programma sperimentale quinquennale si dovrebbe concludere entro e non oltre il 31 dicembre.

A cura di F. Ferrari



GIURISPRUDENZA

CORTE DI CASSAZIONE PENALE PER USARE IL LASER SERVE L'AUTORIZZAZIONE

Utilizzo ambulatoriale di apparecchi per la depilazione laser: ammenda per mancanza di autorizzazione sanitaria

Massima

In base all'articolo 193 del RD. 1265 del 1934, senza l'autorizzazione sanitaria non si possono aprire o mantenere in esercizio, ambulatori, case o istituti di cura medico chirurgica o di assistenza ostetrica. Le istituzioni sanitarie private che devono essere autorizzate sono quelle dotate di attrezzature, ancorché minime, in cui si esercita

l'attività medica con finalità speculativa da parte di operatori privati. In altre termini, l'autorizzazione è richiesta per tutte le strutture che abbiano un'interna organizzazione di mezzi e di personale diretta alla cura di talune malattie anche di natura dermatologica, le quali, in relazione alla loro funzione, assumono un'individualità propria distinta da quella dei sani-

tari che ivi prestano la propria opera. Nel caso di specie era stato accertato che l'istituto praticava trattamenti di medicina estetica di varia natura anche mediante apparecchiatura laser per la depilazione ed era reclamizzato come centro di medicina estetica e dermatologica. (Avv. Ennio Grassini - www.dirittosanitario.net)

Riceviamo e volentieri pubblichiamo tre comunicati trasmessi da alcuni colleghi.

CRITERI DI ACCESSO E DI FOLLOW-UP DELLE PIÙ COMUNI PATOLOGIE UROLOGICHE

Gentilissimo Presidente, dopo alcuni anni di attività presso l'Unità Operativa di Urologia del Policlinico di Modena, ho avuto modo di parlare direttamente con tanti pazienti, e mi sono reso conto della necessità di migliorare i percorsi di accesso alle prestazioni specialistiche urologiche, al fine di ridurre i tempi di attesa e migliorare l'appropriatezza degli accessi. Ciò, a mio avviso, può liberare inoltre i medici di medicina generale e gli specialisti in urologia da eccessive, e probabilmente ingiustificate, incombenze. Stabilire precisi percorsi di accesso ai servizi potrebbe tradursi in miglioramento dei rapporti tra i medici specialisti e non ed una maggiore soddisfazione da parte dei pazienti stessi.

Con la presente, vorrei proporre alcuni criteri di accesso e di follow-up delle più comuni patologie urologiche che si riscontrano nella pratica clinica senza avere la pretesa di essere esaustivo e ben conoscendo l'estrema variabilità della presentazione clinica delle varie patologie.

Una delle patologie che sicuramente preoccupa il paziente e di cui spesso chiede informazioni al proprio medico di famiglia è il carcinoma prostatico. A tal proposito non esistono evidenze che indichino in modo incontrovertibile quali siano le procedure di screening in pazienti asintomatici al di sopra dei 50 anni. Si ritiene però giustificata l'esecu-

zione di un dosaggio annuale del PSA ed una visita urologica soprattutto in pazienti con familiarità per carcinoma prostatico o con L.U.T.S. (Lower Urinary Tract Symptoms) anche di lievi entità. Vista la nostra esperienza e le ultime linee guida internazionali si ritiene inutile sottoporre a screening per il carcinoma della prostata pazienti con una età superiore agli 80 anni.

Per i pazienti con sintomi disurici lievi (sia ostruttivi che da urgenza che misti) è indicata una prima visita urologica in cui portare in visione esame urine completo, urinocoltura, PSA, ecografia reno-vescicale (anche se eseguita mesi alcuni mesi prima per altri motivi) ed esami di funzionalità renale. In caso di disturbi disurici moderati o severi è consigliato eseguire, oltre agli esami precedentemente menzionati una valutazione del residuo post minzionale durante l'esecuzione dell'ecografia vescicale.

La richiesta di tali esami potrà essere effettuata anche direttamente dal medico di medicina generale, a meno che questi preferisca lasciare all'urologo la decisione relativa agli esami da effettuare sulla base della condizione clinica del paziente. L'opportunità di eseguire una uroflussimetria dovrebbe essere di competenza dell'urologo e sarebbe opportuno che da questi venisse gestita nel modo più appropriato soprattutto per quanto riguarda le informazioni da

dare al paziente sull'effettuazione dell'esame data l'estrema variabilità dei fattori che possono interferire sull'attendibilità del risultato.

Al termine di ogni valutazione l'urologo rilascia un referto compilato in maniera leggibile (ormai nel nostro reparto è attivo da molto tempo la stesura di un referto in modo informatizzato), nel quale risultano chiari la diagnosi, l'eventuale terapia, gli esami necessari per l'eventuale completamento diagnostico con le relative prenotazioni degli esami strumentali e la motivazione per l'eventuale opportunità di una visita successiva.

Un segno che spesso spinge il paziente a rivolgersi al medico è l'ematuria. Le cause di tale fenomeno possono essere varie, per cui si rende necessaria una serie di esami volti alla loro identificazione. Sono indicati come esami diagnostici un'ecografia reno-vescicale un esame urine completo, un urinocoltura, esami di funzionalità renale e citologie urinarie su tre campioni; tali esami possono essere prescritti direttamente dal medico di medicina generale o dall'urologo stesso nell'eventualità che il medico di medicina generale ravvisi la necessità di una valutazione urgente. Sarà compito dell'urologo stabilire se il paziente necessita di una cistoscopia o di una urografia.

Per quanto riguarda l'inquadra-

mento diagnostico e terapeutico della colica renale occorre ricordare che l'assistenza a questi pazienti va eseguito in urgenza ed ha come primo obiettivo la sedazione del dolore. A tal fine è importante sospendere l'eventuale iper-idratazione ed instaurare una terapia FANS. È importante non somministrare terapia antispastica con scopolamina butilbromuro; la via escrettrice, infatti, non possiede recettori muscarinici. Se la terapia su indicata non dovesse sortire un valido risultato si impone una consulenza urologica per uno studio più accurato del caso clinico. Spesso si impone il ricovero in Urologia. Il nostro reparto è dotato di un ambulatorio di litotripsia extracorporea (ESWL) in cui vengono eseguiti, in caso di necessità trattamenti ESWL in Urgenza. Nell'ultimo anno sono stati eseguiti circa 60 trattamenti in urgenza, con risoluzione del problema nella maggior parte dei casi.

Qui di seguito forniamo l'elenco dei nostri ambulatori con i riferimenti telefonici per le prenotazioni:

Amb. Prime Visite
 Amb. Andrologico
 Amb. Controlli
 Amb. Eco-colordoppler
 Amb. Calcolosi
 Amb. di Cistoscopia
 Amb. Uro-Oncologico
 Amb. Ecografia trans-rettale e biopsie prostatiche
 Amb. Incontinenza
 Ambulatorio di Litotripsia Extracorporea
 Amb. di Urodinamica

Per appuntamento: Tel 059 4224778 dal Lunedì al Venerdì dalle 08:00 alle 10:00

Gli Ambulatori sono situati al 4° piano del blocco centrale del Policlinico (Ascensore N.15 – Ingresso I) fatta eccezione per l'ambulatorio di litotripsia extracorporea situato al piano terra (ingresso 2 – corridoio a destra) che fra l'altro possiede un nume-

ro di telefono dedicato (059 4223889).

Inoltre è possibile contattare al numero di telefono 059 4225488 un consulente urologo al quale il medico di medicina generale può chiedere informazioni sulla gestione dei pazienti urologici. Il numero è attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 14:00.

Per altre richieste di informazioni è possibile contattare tramite posta elettronica il direttore dell'Unità Operativa di Urologia ai seguenti indirizzi: giampaolo.bianchi@unimore.it oppure teggi.silvia@policlinico.mo.it Tel 059 4224766.

È inoltre disponibile un sito internet della clinica all'indirizzo www.urologiamodena.it in cui potrete trovare maggiori informazioni sulla nostra clinica.

G. P. Bianchi

Nuovo ambulatorio di STOMATOTERAPIA presso l'Ospedale di Baggiovara

Caro Collega, presso il Nuovo Ospedale S. Agostino-Estense di Baggiovara è attivo dal novembre u.s. un nuovo Ambulatorio di Stomatoterapia, che serve l'Ospedale ed il Territorio e va ad affiancarsi all'analogo ambulatorio esistente da anni al Policlinico, con cui peraltro esiste un rapporto di collaborazione.

L'Ambulatorio prepara all'intervento i pazienti che necessitano di una stomia digestiva od urinaria, li segue sia nel post-operatorio immediato, sia una volta che rientrano a domicilio, fornendo un'assistenza a tutto campo, che va dalla gestione tecnica della stomia all'aspetto psicologico e relazionale.

Nell'Ambulatorio sono disponibili tutti i presidi

stomali che il mercato offre ed il paziente, dopo un opportuno periodo di prova ed addestramento, sceglie il prodotto più adatto alla sua situazione.

Vengono eseguiti i controlli della stomia dopo la dimissione, trattate le complicanze stomali e peristomali, insegnate le tecniche di riabilitazione, quali l'irrigazione e fornita adeguata assistenza nelle pratiche amministrative per accedere ai presidi forniti dal SSN.

L'Ambulatorio è gestito da un infermiere stomatoterapista specializzato (sig. Marra Carmine) ed ha come riferimento un medico per ciascuna delle 2 Chirurgie esistenti a Baggiovara (dr.ssa M. Piccoli per la Chirurgia I e dr.ssa M. Gavioli per la Chirurgia II). Una rete di specialisti (urolo-

go, psicologo, dietista, oncologo....) è inoltre disponibile a seconda delle necessità del paziente.

Nei suoi primi 6 mesi di attività, l' Ambulatorio ha erogato un totale di 619 prestazioni, con una media di 103 al mese , fornendo un supporto preziosissimo ed insostituibile al paziente stomizzato dei 2 reparti chirurgici, delle varie Unità Operative dell'Ospedale e del Territorio.

L'Ambulatorio è aperto tutti i giorni, dal lunedì al venerdì, e vi possono accedere tutti i pazienti stomizzati dell'apparato digerente ed urinario, anche operati in altre Strutture, previa prenotazione telefonica ai numeri 059 3961662 o 3961503.

L'Ambulatorio è ubicato al 1° Piano dell'ingresso dell'Ospedale, presso il Poliambulatorio 2, stanza 4 (dietro l'edicola).

Gli orari dell'ambulatorio sono:

LUNEDI'	mattina	ore 7-14
MARTEDI'	pomeriggio	ore 12-19
MERCOLEDI'	mattina	ore 7-14
GIOVEDI'	mattina	ore 7-14
VENERDI'	pomeriggio	ore 12-19

Nella speranza che questo nuovo servizio al paziente stomizzato costituisca anche un utile supporto al tuo lavoro quotidiano, siamo a disposizione per ogni ulteriore informazione o necessità.

*M. Gavioli, M. Piccoli
Medici Referenti del Centro*

*Margherita Gavioli - ma.gavioli@ausl.mo.it
059 3961768*

*Micaela Piccoli - m.piccoli@ausl.mo.it
059 3962530*

PARAMETRI DI LABORATORIO DI INTERESSE NEFROLOGICO:

- **ESPRESSIONE DELLA PROTEINURIA COME RAPPORTO FRA PROTEINURIA E CREATININURIA**
- **FILTRATO GLOMERULARE STIMATO SUL VALORE DELLA CREATININA**

Si sta consolidando in campo nefrologico l'uso di esprimere i valori di proteinuria in rapporto alla creatininuria per avere un dato che non risenta delle variazioni del flusso urinario, senza dover ricorrere alla scomoda e spesso imprecisa raccolta delle urine di 24 or.

Le linee guida della National Kidney Foundation, che sintetizzano quanto è già consolidato nella letteratura, riportano in dettaglio vantaggi e modalità di questo modo di esprimere il risultato:

www.kidney.org/professionals/KDOQI/guidelines_ckd/p5_lab_g5.htm

www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_ckd/Gif_File/kck_t15.gif.

Anche siti della medicina di famiglia riportano questo metodo: www.fpnotebook.com/URO73.htm

e una semplice ricerca con Google permette di recuperare link a lavori scientifici sull'argomento:

www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=07503064&dopt=Abstract

www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uid=15290735&dopt=Abstract.

Propongo che in futuro, alla richiesta di "microalbuminuria" o "proteinuria" i laboratori diano corso automaticamente ai dosaggi di albumina/proteine e creatinina, esprimendo i valori rilevati e i valori normali in termini di P/C ratio.

La richiesta (già espressa in gennaio 2006) è di esprimere nei referti di laboratorio, ove sia richiesta la creatininemia, anche il valore di filtrato glomerulare stimato. Proprio a questo aspetto è ora dedicata una sezione del sito National Kidney Disease Education Program dell'NIH USA dedicata ai professionisti dei laboratori: http://www.nkdep.nih.gov/resources/laboratory_reporting.htm ove si analizzano in dettaglio le modalità di calcolo e di espressione di questo dato sui referti di laboratorio.

A. Albertazzi



PITTORI MODENESI DAL '500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

UBALDO MAGNAVACCA

Nacque a Modena nel 1885 e morì a Lerici nel 1957.

Nacque da una facoltosa famiglia di mugnai.

Dopo gli anni di frequenza all'Accademia, molto importante fu l'appoggio del maestro Salvatore Postiglione.

L'acquaforte l'affascinò per oltre vent'anni, il carboncino fu un suo grande alleato, le sculture affermarono la sua complessità creativa, ma la spatola diede all'artista uno stile unico, dove si afferra la sicurezza del volume, l'immediatezza dell'impressione e la predominanza del mezzo tecnico. Le sue tele dalle inconfondibili spa-

tolate, giostrate sull'equilibrio fondamentale del bianco e del nero, sono diventate sinonimo di stile. Dopo una serie infinita di disegni, scaturirono i suoi primi ritratti dove l'apporto cromatico sembrava stilisticamente aggiungersi al realismo dell'essenzialità costruttiva.

La panoramica del Magnavacca è molto vasta, ed in gran parte ancora sconosciuta.

Se il Magnavacca fosse vissuto più tardi e se il tempo l'avesse allontanato dall'autorità del realismo, forse alcune sue istintive soluzioni, si sarebbero ambientate in un'area di post impressionismo.

Alcune sue opere:

"Armonia del ritorno" - olio su tela, cm. 165x81

"La madre" - olio, cm. 74x54

"Paesaggio" - olio, cm. 36x41

"Madonna con bambino" - tecnica mista, cm. 66x75

"Paesaggio" - olio, cm. 33,5x46, (opera di copertina)

"Venezia" - olio su cartone, cm. 77x70

"Falciatore" - disegno, cm. 136x99

"Uomo a cavallo" - bronzo, h cm. 40

LE STORIELLE

(A CURA DI ROBERTO OLIVI)

Il lavoro duro paga nel lungo periodo. La pigrizia paga subito.

Anonimo

"Le donne devono fare qualunque cosa due volte meglio degli uomini, per essere giudicate brave la metà. Per fortuna non è difficile"

Charlotte Whitton (1896 - 1975)

Siamo tutti rassegnati alla morte; è alla vita che non arriviamo a rassegnarci.

Graham Greene

La felicità è come gli occhiali che cerchiamo mentre li abbiamo sul naso.

Gilbert Cesbron

L'innocenza cominciò col primo uomo, e lì rimase.

Giuseppe Gioachino Belli

Bisognerebbe fare un lungo esame di coscienza prima di pensare a criticare gli altri.

Molière

ESPOSIZIONE A TRAFFICO AUTOVEICOLARE E ATEROSCLEROSI

È in corso di pubblicazione uno studio di coorte prospettico svolto su circa 4500 soggetti dai 14 ai 75 anni, residenti nell'area della Ruhr, in Germania (Hoffman B., et al. Residential Exposure to traffic is associated with coronary atherosclerosis, *Circulation*, Vol.116, 2007) che dimostra come esista una significativa associazione tra la distanza della sede di residenza con strade ad alto traffico e un aumentato rischio di sviluppare segni di calcificazione coronaria. La presenza di calcificazioni coronariche è stata misurata accuratamente, utilizzando la tomografia assiale computerizzata senza mezzo di contrasto. Passando da 200 a 50 mt di vicinanza dalle strade ad alto traffico, il rischio passa dall' 8% all' 63% in più rispetto a coloro i quali abitano a 400 mt. (in media). Gli stessi risultati sono stati osservati anche considerando la concentrazione di particolato sottile stimata con modelli di dispersione (EURAD) che valutavano la distribuzione dei PM2.5. L'aspetto più importante dello

studio è stato quello di usare come outcome un segno pre-morboso come quello delle calcificazioni coronariche su un campione di circa 4500 individui per stabilire una relazione con l'esposizione all'inquinamento da traffico autoveicolare, in particolare i PM2.5. Accanto a questo, la forza dello studio è stata la possibilità di correggere anche per i fattori confondenti, sia relativi a caratteristiche individuali, che a quelli biologici (ad es. LDL, HDL), antropometriche (BMI), altri fattori di rischio (pressione arteriosa) patologie concomitanti (diabete, cardiopatie), fumo, età etc. Le parti più deboli dello studio, riconosciute dagli stessi autori erano: la impossibilità di definire una distanza non solo da una strada, ma dal complesso di strade vicine alla residenza; la impossibilità di ricostruire la storia residenziale degli esposti. Segnaliamo questo studio non solo per la novità e l'importanza dello stesso, ma anche perché nella provincia di Modena esistono le opportunità per fare meglio e superare anche le carenze e le

debolezze segnalate. Ci riferiamo alla coorte di 3500 soggetti del progetto Dionysos (residenti a Campogalliano) di cui è presente un ampio archivio dati, risalenti al 1992 e aggiornati nel tempo su cui è possibile raccogliere tutte le informazioni necessarie per correlare qualsiasi tipo di patologia ed alle competenze di Epidemiologia Ambientale sul tema, presenti sia all'interno della Azienda USL di Modena che in ARPA Emilia-Romagna, in grado di definire in modo avanzato la esposizione conservando tutti gli aspetti che in essa incidono (fattori ambientali, stili di vita, esposizioni multiple a fattori ambientali ed individuali).

È tempo per mettere le basi per la nascita in Provincia di Modena di un Centro Documentazione e Studio sulla "Salute ed Ambiente" che abbia come priorità progetti di ricerca di questo tipo, utili alla popolazione di Modena e più in generale allo sviluppo della conoscenza.

*Paolo Lauriola e Stefano Bellentani
ISDE (Associazione Medici per
l'Ambiente) – Sezione di Modena*

ISDE ITALIA NEWS

A CURA DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI PER L'AMBIENTE

Tratto dal Numero 193 (27 aprile 2007)

ENHANCE HEALTH

È uscito il report finale del Progetto Europeo "Enhance Health" che studia la mortalità per tutte le cause, l'incidenza dei tumori ed alcune cause di ricovero della popolazione residente attorno agli inceneritori di Forlì. Lo studio inizia con un buon approccio epidemiologico ed ha anche una buona definizione della popolazione esposta agli inquinanti nell'area di 3.5 chilometri di raggio dagli inceneritori, mentre i metalli pesanti sono utilizzati come traccianti di inquinamento atmosferico da inceneritori. I risultati appaiono inquietanti (come l'aumento della mortalità complessiva nelle donne residenti nelle aree esposte per oltre 5 anni, compresa tra il 7% ed il 17%, l'aumento della mortalità dei tumori compresa tra il 17% ed il 54%) rispetto alla mortalità ed incidenza pressoché normale degli uomini (probabilmente non esposti agli stessi livelli delle donne).

Info: http://www.alessandronchi.net/files/relazione_enhance_health.pdf



L'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e
la Commissione Albo odontoiatri di Modena

organizzano il corso



**RESPONSABILITA'
PROFESSIONALE E
ASPETTI MEDICO LEGALI
IN ODONTOIATRIA**

23- 30 ottobre 2007 - 6 novembre 2007

“Aula Magna” Hesperia Hospital - Via Arquà, 80/a - Modena

Presentazione delle serate

Dr. Nicolino D’Autilia - Presidente Ordine medici chirurghi e odontoiatri di Modena

Moderatori delle serate

Dr. Roberto Gozzi - Presidente Commissione Albo odontoiatri di Modena

Prof. Mario Provvionato - Componente Commissione Albo odontoiatri di Modena

MARTEDÌ 23 OTTOBRE 2007

Ore 20,20

Registrazione partecipanti - Presentazione del corso - Compilazione pre test

Ore 20,30 – 21,20

“Responsabilità contrattuale ed extracontrattuale: colpa, danno e risarcimento.”

Avv.to Giorgio Fregni - Avvocato Civilista

Ore 21,20 – 21,40

Intervento preordinato

D.ssa Laura Rovatti- Segretario culturale A.N.D.I. di Modena - CTU Tribunale di Modena

21,40 – 23,10

discussione e dibattito

MARTEDÌ 30 OTTOBRE 2007

Ore 20,20 – 21,30

“Incidenti professionali, aspetti clinici e medico legali.”

Prof. Giorgio Borea – Già Ordinario Istituto di Discipline Odontostomatologiche Università di Bologna

D.ssa Maria Sofia Rini - Odontoiatra, Professore a contratto Dipartimento Scienze Odontostomatologiche Università di Bologna, Specialista ambulatoriale

Ore 21,30 – 23,00

discussione e dibattito

MARTEDÌ 6 NOVEMBRE 2007

Ore 20,20 – 21,30

“L’equipe odontoiatrica: intersezione di responsabilità”

Dott. Marco Pecchioli - Medico chirurgo - odontostomatologo

Ore 21,30 – 21,50

Intervento preordinato

Dott. Pietro Di Michele Direttore U.O.C. di Chirurgia Orale Speciale Azienda USL di Modena

Ore 21,50 – 23,00

discussione e dibattito

ore 23,00 – 23,10

compilazione post test e chiusura del corso

La partecipazione è gratuita ma **è necessario**

inviare l’adesione compilando l’apposito modulo, scaricabile anche dal sito www.ordinemedicimodena.it, alla segreteria organizzativa tramite mail, fax, posta ordinaria o iscrizione on line **entro e non oltre il 15 ottobre p.v.**

Segreteria Organizzativa:

Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena

P.le Boschetti, 8 – Modena

Tel. 059/247711 fax 059/247719

e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

accreditamento ECM richiesto



MODULO DI ISCRIZIONE ALLE SERATE

Cognome

Nome

Luogo e data nascita

codice fiscaleindirizzo

cap.....città.....e-mail

Recapito telefonico.....cellulare

Professione

Qualifica (libro prof., dipendente, convenzionato ecc)

.....

indirizzo eventuale struttura di appartenenza

Iscritto all'Ordine di Modena.

Manifestazione del consenso, ai sensi dell' art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003.

Acconsento alla comunicazione dei dati ed al relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità istituzionali dell'Ordine.

Modena,.....

Firma.....



Sezione di Modena

MODENA, 6 OTTOBRE 2007

La Tecnologia a supporto della Clinica nella moderna Endodonzia

Relatore Prof. Pietro Ausiello
 Hesperia Hospital – Via Arquà, 80/a – Modena
 4 crediti ECM riconosciuti

MODENA, 10 NOVEMBRE 2007

La Metodica Piezoelettrica in Chirurgia Orale Odontoiatrica

Relatore Dott. Andrea Bailo
 Hesperia Hospital – Via Arquà, 80/a – Modena
 accreditamento ECM richiesto

Per informazioni e iscrizioni:

ANDI Modena
 P.le Boschetti, 8 – 41100 Modena
 Tel 059 230890 fax 059 233112
 e-mail: andi.modena@virgilio.it

Il programma per esteso e la scheda di iscrizione sono disponibili sul sito www.ordinemedicimodena.it sezione aggiornamento professionale.

la ME LA
 periodico di annunci di lavoro

La trovi in **EDICOLA**
 a solo 1 €

LA ME LA | Via Baracchini, 12 | tel. 059 7702525 | lamelalavoro@fastwebnet.it



**SIMPOSIO
 CARDIOLOGICO**

**"LA FIBRILLAZIONE
 ATRIALE: STATO
 DELL'ARTE
 E NOVITÀ"**

Sabato 6 /10/ 2007

"Auditorium Prof.
 Umberto Fogliani"
 Presso Ospedale Privato
 Accreditato CASA DI
 CURA FOGLIANI
 Via Giardini, 61 - Modena

Segreteria Organizzativa:

Dr. Cesare Gentilini
 Responsabile URP
 Casa di Cura Fogliani
 059 247403

Dr. Angelo Rosi,
 D.S. 347-2522265.
 Crediti ECM richiesti.

La partecipazione è gratuita, l'iscrizione potrà avvenire telefonando alla segreteria organizzativa o inviando un fax al seguente numero 059-224072.

IN RICORDO DEL DR. BOGUSLAW ZELENT

Nasce in Polonia il 13 ottobre 1918, sbarca a Taranto nel 1944 con il Corpo Polacco dell'esercito di liberazione.

Si laurea in medicina e chirurgia all'Università di Bologna nel 1950, dove si specializza in odontoiatria e collabora con il Prof. Branzi.

Inizia la sua attività libero professionale di odontoiatra a Reggio Emilia con il Prof. Bertolini. Nel 1960 si trasferisce a Modena dove esercita fino al 2004.

Il Dr. Boguslaw Zelent è stato per tanti modenesi un'istituzione, un punto di riferimento.

Grande appassionato di riabilita-

zioni complesse chirurgico - protesiche, acquisisce da subito le nuove tecnologie e i nuovi materiali.

Fa parte con entusiasmo del gruppo iniziale dell'ANDI con il Dr. Bosi e il Dr. Gamberini. Il suo rapporto con pazienti e collaboratori era improntato dalla massima cortesia, sempre disponibile, garbato, "la dolcezza fatta a persona".

Entrando nel suo accogliente studio in V.le Nicola Fabrizi, mi accoglieva sempre con affetto. La sua figura è impressa nella mia mente, con il giornale sotto il braccio, i capelli bianchissimi, brillantinati, sempre attivo amante della montagna, adorava le Piane di Moco-

gno, sempre impegnato, mai un attimo fermo, presente in famiglia. Eugenia e Marco i suoi figli hanno seguito con successo le orme paterne.

I pazienti l'hanno sempre seguito, sono stati suoi fino alla fine della sua attività.

Il Dr. Boguslaw Zelent ha vissuto l'odontoiatria dei momenti migliori, quando la nostra professione era improntata su un rapporto più diretto e franco con il paziente, e tra i colleghi vigeva un codice etico che non abbisognava di essere scritto, ma era insito nelle persone.

R. Gozzi

IN RICORDO DEL DOTT. DANTE VENTURINI

Si è spento a metà luglio di quest'anno nella sua casa di Massa Finalese il dott. Dante Venturini.

Nato nel 1923 si era laureato in Medicina e Chirurgia a Modena nel 1950 e specializzato in ORL a Torino nel 1953 dove è stato assistente presso la Clinica universitaria. Per mezzo secolo ha esercitato come medico di famiglia a Massa Finalese, collaborando col figlio Guido ben oltre i limiti dell'età della pensione. Era stato col dott. Remo Canevazzi fondatore del Circolo Medico di San Felice, Finale e Camposanto di cui ha svolto per diversi lustri la funzione di segretario, secondo il suo costume umile e costante pur insignito di importanti incarichi e riconoscimenti ufficiali. E' ricordo di chi scrive il vederlo comparire nel mio ambulatorio, intrufolarsi discreto fra un paziente e l'altro: "Sono Dante,

ho gli avvisi" e mi porgeva un plico di lettere di convocazioni per i colleghi del mio comune. Capitava spesso di incontrarci negli Ospedali della Bassa quando con buona abitudine andavamo a visitare i nostri pazienti ricoverati e a informarci delle loro situazioni dai colleghi ospedalieri. Ha mantenuto per tutta la sua vita lo stile maturato nel collegio salesiano della sua educazione giovanile fino all'insorgere della malattia che ha affrontato con fiducia e serenità assistito dalla moglie e dai figli nella sua casa di Massa. Le sue doti umane di cordialità e disponibilità sono state ricordate durante la cerimonia funebre dal sindaco di Finale e dal figlio Guido. La chiesa gremita di popolo e colleghi nonostante la calda e afosa domenica di ferie attestava la stima e la gratitudine per una testimonianza di vita.

D. Novi

NOTE TRISTI:

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

Al Dott. Ahmad Ali Salem Asfour per la scomparsa del figlio.

Al Dott. Guido Venturini per la scomparsa del padre Dott. Dante.

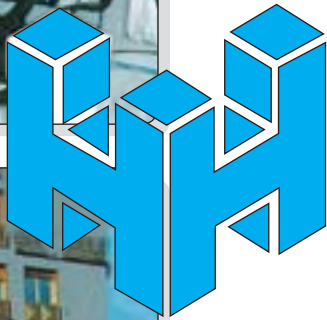
Alla famiglia per la scomparsa della D.ssa Catia Gibellini.

Alla D.ssa Angela Andreoli per la scomparsa del marito.

Al Dott. Pietro D'Alimonte per la scomparsa della madre.

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;

rivolgiti 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



