



Organo ufficiale dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena

Periodico quadrimestrale

Direttore: Dr. Giancarlo Aulizio

Coordinatore della Redazione: Dr. Davide Dell'Amore
Redazione: Dr. Fabio Balistreri, Dr. Claudio Cancellieri,
Dr. Massimo Milandri, Dr. Gian Galeazzo Pascucci,
Dr. Alessandro Ragazzini, Dr. Claudio Simoni.

Segreteria di redazione: Sig.ra Laila Laghi

Fotocomposizione, impaginazione: Filograf srl - Forlì

Stampa: Filograf srl - Forlì

Tel. 0543 795681 - Fax 0543 795671

Consiglio Direttivo dell'Ordine

Presidente: Dr. Giancarlo Aulizio

Vice Presidente: Dr. Michele Gaudio

Segretario: Dr. Alessandro Ragazzini

Tesoriere: Dr. Gian Galeazzo Pascucci

Consiglieri: Dr. Fabio Balistreri, Dr. Claudio Cancellieri,
Dr. Davide Dell'Amore, Dr. Maurizio Di Lauro (Cons. Od.),
Dr. Andrea Galassi, Dr.ssa Roberta Gunelli,
Dr. Leonardo Lucchi, Dr. Pasquale Maiolo,
Dr. Paolo Paganelli (Cons. Od.), Dr. Marco Ragazzini,
Dr.ssa Maria Antonietta Rossi, Dr. Massimo Sbrana,
Dr. Claudio Simoni

Commissione Odontoiatrica:

Presidente: Dr. Maurizio Di Lauro

Segretario: Dr. Paolo Paganelli

Componenti: Dr. Andrea Alberti, Dr. Vito D'Arcangelo

Revisori dei conti:

Presidente: Dr. Pierdomenico Tolomei

Componenti: Dr. Angelo Castellini, Dr.ssa Vania Orlandi

Revisore supplente: Dr. Massimo Milandri

Periodico quadrimestrale distribuito
a tutti gli iscritti
all'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Forlì-Cesena
e a tutti gli Ordini d'Italia.
È organo ufficiale di stampa dell'Ordine
e pertanto le notizie pubblicate
hanno carattere di ufficialità
e di avviso per tutti i colleghi.

EDITORIALE

- *Codice deontologico art. 3 e 4* pag. 2

VITA DELL'ORDINE

- *Responsabilità Professionale e attività disciplinare dell'Ordine* pag. 4
- *2009 Commissione Medica* pag. 5
- *2009 Archiviazioni del Presidente* pag. 5
- *2009 Commissione Odontoiatrica* pag. 5
- *Riepilogo Attività Commissione Comunicazione ed Informazione anno 2009* pag. 6
- *Riepilogo Attività Commissione Aggiornamento anno 2009* pag. 7
- *Riepilogo Attività Commissione Regolamento Interno anno 2009* pag. 9
- *Riepilogo Attività Commissione Pubblicità anno 2009* pag. 10

DUE CHIACCHIERE CON

- *Kyriakoula "Licia" Petropulacos
Direttore Generale dell'Ausl di Forlì* pag. 11
- *Maria Basenghi
Direttore Generale dell'Ausl di Cesena* pag. 13

IN MEMORIA DI

- *Dottor Franco Benazzi* pag. 15

LETTERE AL DIRETTORE

- *Alcool: Emergenza Nazionale* pag. 16
- *La FEDERSPEV, che cos'è e cosa si propone* pag. 17

AGGIORNAMENTO

- *Decreto legislativo n. 106 del
03 agosto 2009 e sue applicazioni
in ambito libero professionale* pag. 18
- *Lo screening della cardiopatia ischemica
silente negli atleti master* pag. 22
- *Pneumomediastino iatrogeno dopo
trattamento endodontico* pag. 23
- *A proposito di influenza pandemica...* pag. 26

GLI ISCRITTI SCRIVONO

- *Società di capitale e contributo Enpam
del 2% al fondo specialisti esterni* pag. 31
- *Posta elettronica certificata* pag. 32

CODICE DEONTOLOGICO: ARTICOLI 3 E 4

In occasione del riuscito Seminario promosso dal nostro Ordine, il 7 novembre scorso, sul delicato tema “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT): il documento della FNOMCeO e la realtà Europea”, in qualità di Presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Forlì-Cesena ho voluto ringraziare prima di tutto gli organizzatori di questo importante Convegno, nella persona del Dott. Claudio Cancellieri, Coordinatore della Commissione per l’Aggiornamento Professionale, insieme a tutti i componenti della stessa che per l’Ordine, con impegno, si prodigano per creare appuntamenti di rilievo scientifico-culturale notevole per scelta di argomenti ed autorevolezza dei relatori.

Ho anche salutato e ringraziato gli illustri ospiti che hanno aderito al nostro invito ed i partecipanti, davvero numerosi e motivati visto che per tutta la mattinata hanno seguito gli interventi con grande attenzione, alcuni di loro opportunamente evidenziando posizioni diverse.

Per l’occasione ho preparato una breve introduzione che intendo far conoscere agli iscritti che non hanno potuto presenziare, perché sintetizza la posizione della FNOMCeO poi, più esaurientemente di quanto abbia fatto io, proposta dai relatori che si sono succeduti:

“L’argomento che tratteremo è non solo di stretta attualità ma, per i professionisti impegnati nella tutela della Salute, oggetto di profonde riflessioni ed emozioni spesso laceranti che si sono manifestate anche e soprattutto in occasione della tragedia di Eluana Englaro. Non posso quindi non ricordare in premessa e a tutti gli intervenuti cosa recita il nostro Codice Deontologico, richiamando il Titolo II dei Doveri Generali del Medico al Cap. 1 “Libertà, indipendenza e dignità della professione”:

Art. 3 - *“Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell’Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell’accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona”*

Art. 4 - *“L’esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull’indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico. Il medico nell’esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura. Il medico deve operare al fine di salvaguardare l’autonomia professionale e segnalare all’Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale”.*

Il 27 marzo 2009 il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha approvato un documento sulle: “Dichiarazioni anticipate di trattamento”, chiedendo al processo legislativo una pausa di riflessione e sollecitando un confronto nella Società che aiuti il Parlamento, su un tema caratterizzato da contrasti politico-istituzionali, a dispiegare su una materia così intima e delicata un Diritto mite e condiviso nella certezza di un’Etica forte delle persone e della Comunità. Nel documento approvato successivamente dalla FNOMCeO a Terni, il 13 giugno, si ribadiscono i principi e le indicazioni contenute nel Codice deontologico e si conferma che la Nutrizione e Idratazione artificiali sono, come da parere pressoché unanime della comunità scientifica, trattamenti assicurati da competenze mediche e sanitarie. Si afferma anche che l’autonomia decisionale del paziente, che si esprime nel consenso/dissenso informato, rappresenta l’elemento fondante della moderna alleanza terapeutica al pari dell’autonomia e della responsabilità del medico; in questo equilibrio, alla tutela della libertà di scelta del paziente DEVE corrispondere la tutela della libertà del medico, in ragione di scienza e coscienza.

Questo straordinario incontro di libertà e responsabilità non ha per il nostro Codice Deontologico natura meramente contrattualistica, ma esprime l’autentico e moderno ruolo professionale e civile del medico nell’esercizio delle sue funzioni di tutela.

E’ proprio per riflettere su questo importante tema che l’Ordine dei Medici Chirurghi e degli

Odontoiatri di Forlì-Cesena ha voluto promuovere questo Seminario rivolto a medici, odontoiatri ed infermieri; vale a dire a coloro che, più di ogni altro, vivono quotidianamente il dolore e la sofferenza e si trovano più combattuti dal punto di vista professionale ed emozionale nel momento in cui si prenda di “normare” il fine vita in modo automatico, non tenendo conto che ognuno potrebbe aver diritto alla Sua morte. Concludo augurando buon lavoro a tutti ed in particolare agli illustri colleghi che, da competenze diverse, affrontano quotidianamente il dilemma/dramma di un accompagnamento sereno di fine vita rispetto ad un allungamento della stessa, spesso in condizione di grandi sofferenze.”

Quindi si sono succeduti nell'ordine: il Dott. Stefano Falcinelli, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ravenna e componente della Commissione Nazionale di Bioetica della FNOMCeO che ha approfondito il documento nazionale sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, per gli “Aspetti Etici delle DAT”, il Prof. Paolo Marino Cattorini, Ordinario di Bioetica dell'Università degli Studi dell'Insubria e per gli “Aspetti Medico Legali delle DAT”, il Prof. Mario Barni, Emerito di Medicina Legale dell'Università degli Studi di Siena. Ha concluso il Seminario l'Avvocato Angelo Villini, del Foro di Mantova, illustrando la “Posizione degli Stati europei e della Comunità Europea” su questo delicatissimo tema.

Quest'appuntamento insieme a quello dell'Enpam, che ha consentito a molti di noi di approfondire il ruolo ed i compiti del nostro Ente di previdenza ed anche di conoscere la propria posizione ai fini pensionistici, hanno rappresentato due momenti di grande impegno ordinistico per le tematiche trattate, così diverse eppure così importanti per tutti noi. Siamo riusciti a portare a Forlì i vertici nazionali dell'Enpam ed alcune delle personalità più rilevanti del Paese, sul piano culturale operativo, rispetto al delicatissimo tema delle DAT.

Delle altre numerose iniziative svolte durante l'anno scriveranno i Coordinatori delle varie commissioni, in un sintetico bilancio dell'attività svolta nel 2009 come dovuta informazione agli iscritti.

In questo Bollettino ospitiamo anche le interviste alle “prime donne” della sanità provinciale, le colleghe Maria Basenghi e Kyriakoula Petropulacos, rispettivamente Direttore Generale dell'Ausl di Cesena e Forlì. La prima riconfermata nell'incarico, la seconda alla prima esperienza nell'importante ruolo ma con un curriculum davvero rilevante. Le abbiamo incontrate entrambe e ne abbiamo riportato un'ottima impressione che speriamo sia ricambiata.

Colgo l'occasione per ringraziare il Dr. Claudio Mazzoni per il lavoro svolto come Direttore Generale dell'Ausl di Forlì, cinque anni nei quali abbiamo avuto modo di apprezzarne le doti umane e professionali.

Non mi resta che augurare a tutti voi di trascorrere le festività nel modo migliore, magari insieme ai vostri cari, per avervi freschi e riposati col nuovo anno.

Pronti a ripartire con nuove energie nel difficile ma invidiabile lavoro che abbiamo scelto.



*Da sinistra: Testuzza, Cancellieri, Oliveti, Aulizio, Pascucci
Dietro: Capra, Di Lauro, Malagnino, Paganelli*

Dott. Giancarlo Aulizio
*Presidente Ordine dei Medici Chirurghi
ed Odontoiatri di Forlì-Cesena*

RESPONSABILITA' PROFESSIONALE E ATTIVITÀ DISCIPLINARE DELL'ORDINE

La responsabilità professionale rappresenta un elemento di grande criticità per lo svolgimento dell'attività medica ed odontoiatrica ed il nostro agire quotidiano è spesso condizionato da timori di eventuali azioni giudiziarie, in sede civile e penale.

Recentemente è stata diffusa un'analisi dell'associazione scientifica ORME (Osservatorio sulla Responsabilità Medica) che ha preso in esame 1900 sentenze emesse negli anni 2001-2007 dalle sezioni specializzate in materia di colpa medica del Tribunale Civile di Roma.

Scopo di quest'articolo è quello d'informare i colleghi sulle procedure disciplinari di competenza ordinistica, con alcuni dati che rappresentano la nostra, per fortuna, limitata statistica, al fine di prestare una maggiore attenzione almeno nell'evitare quei comportamenti a rischio spesso frutto di sola disattenzione.

Quando riceve una segnalazione (dall'Ausl, da cittadini, ecc.) oppure acquisisce notizia dell'esistenza di un procedimento penale a carico di un iscritto, l'Ordine si attiva per iniziare la procedura disciplinare nei confronti dell'interessato, che deve essere in primo luogo convocato e sentito dal Presidente della Commissione competente.

Successivamente l'organo disciplinare (Commissione Medica o Odontoiatrica) dovrà decidere se aprire o meno il procedimento disciplinare a carico del collega interessato e, in caso positivo, valutare se procedere nella celebrazione del giudizio ovvero sospendere il procedimento in attesa della definizione del procedimento penale, eventualmente pendente.

Solitamente la Commissione Medica od Odontoiatrica, in presenza di un procedimento penale, decide di sottoporre l'iscritto anche a procedimento disciplinare e di sospendere questo procedimento in attesa della conclusione del processo davanti al giudice penale.

Dopo il passaggio in giudicato della sentenza penale, gli atti utilizzati nel processo penale saranno esaminati dall'Ordine, che all'esito delle proprie valutazioni, emetterà il proprio giudizio disciplinare sulla vicenda: la decisione potrà ovviamente essere di assoluzione o di condanna alle sanzioni previste dalle leggi che disciplinano l'esercizio della professione.

Queste sanzioni, elencate dall'art. 40 DPR 221/50 sono l'avvertimento, la censura, la sospensione dall'esercizio professionale fino alla durata di sei mesi e la radiazione.

Esiste inoltre un'altra sanzione disciplinare definita "interdizione dall'esercizio professionale" dall'art. 8 della legge 175/92, prevista per chi presta la propria opera per consentire l'esercizio abusivo della professione: si tratta sostanzialmente di una sanzione analoga alla sospensione di cui all'art. 40 DPR 221/50, ma la cui durata minima è di un anno.

L'esercizio della funzione disciplinare è uno dei compiti principali che la legge affida all'Ordine: l'iniziativa del procedimento disciplinare può derivare dalla segnalazione inviata da un cittadino ovvero dall'esistenza di un procedimento penale a carico di un iscritto.

Nel primo caso l'Ordine è libero di procedere immediatamente alla valutazione dei fatti per accertare se il collega sia responsabile di comportamento deontologicamente scorretto; nella seconda ipotesi si rende di solito necessario attendere la fine del processo penale per poter avere a disposizione tutta la documentazione raccolta dall'Autorità Giudiziaria a meno che gli elementi a disposizione dell'Ordine non siano talmente evidenti (come ad esempio in caso di confessione da parte dell'interessato) da consentire il giudizio anche senza attendere l'acquisizione degli atti del fascicolo processuale.

Nel corso degli anni l'Ordine è intervenuto spesso per esprimere il proprio giudizio disciplinare sull'operato di medici o odontoiatri, anche in casi che hanno assunto una discreta rilevanza, tuttavia le decisioni sono atti che riguardano direttamente l'interessato ed eventualmente l'Azienda USL che intrattiene rapporti con l'iscritto e non assumono solitamente rilievo pubblico.

Negli ultimi sei anni, l'Ordine ha **aperto** 10 procedimenti, sospendendoli in attesa della conclusione del processo penale; ha celebrato altri procedimenti decidendo in 24 casi per l'assoluzione dell'inculpato ed in 18 casi per la condanna ad una delle sanzioni previste dalla legge.

In proposito si deve considerare che alcune sanzioni, applicate per le violazioni più lievi, sono di tipo

“morale” (avvertimento, censura), mentre altre (sospensione, radiazione) colpiscono direttamente la possibilità di svolgere la professione medica o odontoiatrica: durante l’efficacia della sospensione dall’esercizio professionale, l’interessato non può compiere nessuna attività professionale, altrimenti commetterebbe addirittura un reato, ossia l’esercizio abusivo della professione punito dall’art. 348 c.p. Negli ultimi 15 anni non è mai stata decisa la radiazione a carico di nessun iscritto, ma in diverse occasioni è stata comunque disposta la sospensione dall’esercizio professionale.

Nello specifico dei 26 procedimenti disciplinari definiti dalla Commissione Medica negli ultimi anni:

12 sono stati aperti in conseguenza dell’esistenza di un procedimento penale con varie imputazioni: 2 colpa medica, 7 falso truffa (compilazione e conservazione di ricette e certificati), 1 esercizio abusivo della professione (falso truffa) e 2 altri reati; **7** violazione dei doveri convenzionali: 5 guardia medica e 2 MMG (turni non coperti, visite non effettuate); **3** pubblicità sanitaria; **1** violazione tariffaria; **1** rivelazione segreto professionale.

2009 COMMISSIONE MEDICA

4 procedimenti aperti:

1 aperto e sospeso per svariati procedimenti penali

2 aperti e definiti:

1) MMG sanzionato dall’AUSL per rilascio di prescrizione a paziente deceduto, con recidiva; comminato l’avvertimento.

2) Doppio iscritto che ha concorso nell’esercizio abusivo della professione odontoiatrica; comminata la sospensione di 6 mesi in qualità di medico.

1 aperto da celebrare: violazione degli obblighi convenzionali di MMG (rispetto degli orari di ambulatorio) segnalazione di un paziente.

Segnalazioni archiviate dalla Commissione Medica n. 6

3 presentate dall’Ausl di Forlì per violazione degli obblighi convenzionali di MMG

3 presentate da privati in merito a contestazioni professionali

2009 ARCHIVIAZIONI DEL PRESIDENTE

9 segnalazioni dell’Ausl di Forlì per violazione degli obblighi convenzionali di MMG non recidivi

2 segnalazioni anonime di pubblicità sanitaria (smentite)

1 contestazione di un certificato da parte di un datore di lavoro

2009 COMMISSIONE ODONTOIATRICA

1) Doppio iscritto che ha concorso nell’esercizio abusivo della professione odontoiatrica; comminata la sospensione di 24 mesi in qualità di odontoiatra.

2) Doppio iscritto che ha concorso nell’esercizio abusivo della professione odontoiatrica; aperto e sospeso per procedimento penale in corso.

Particolare attenzione va posta per la posizione dei Colleghi con doppia iscrizione (Medico Chirurgo e Odontoiatra).

Tali soggetti sono passibili di un procedimento se la violazione è chiaramente avvenuta in ambito di una professione, a meno che non si configuri una condanna penale, caso in cui sarà obbligatorio procedere a 2 procedimenti distinti e a 2 sanzioni.

Dott. Giancarlo Aulizio
Presidente Ordine

Dott. Maurizio Di Lauro
Presidente CAO

Avv. Francesco Farolfi
Consulente Legale

RIEPILOGO ATTIVITA'

COMMISSIONE COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE ANNO 2009

(Componenti: Gian Galeazzo Pascucci, Fabio Balistreri, Claudio Cancellieri, Davide Dell'Amore, Massimo Milandri, Alessandro Razzini, Claudio Simoni)

L'attività principale della Commissione durante il 2009 è stato il progetto editoriale e la realizzazione di un nuovo portale web del nostro Ordine, che, in accordo con tutte le nostre speranze, è stato realizzato dalla società prescelta per la collaborazione in meno di tre mesi.

Dai primi giorni del mese di Aprile il sito web www.ordinemedicifc.it è completamente operativo, e nelle sedute successive a questa data i colleghi ed il Coordinatore si sono dedicati alla modalità di pubblicazione delle varie notizie, alla loro priorità, ad alla ulteriore attenzione alle nuove possibilità di sviluppo.

Le novità su Internet non sono finite, da poche settimane è on line il primo sondaggio sul comportamento personale dei colleghi nei confronti della vaccinazione anti influenza, ed altri seguiranno. Un ulteriore sviluppo verso blog e forum è possibile nel prossimo futuro, la Commissione dedicherà a queste implementazioni del portale le prossime sedute.

Come corollario ad un buon servizio di aggiornamento sul portale, sono state pubblicate più di venti edizioni del Notiziario E-mail, che hanno sostituito le 7-8 edizioni annuali del Notiziario precedente, realizzato in cartaceo, e sulle quali è stata tempestivamente aggiunta notizia per ogni Corso di Aggiornamento e Convegno meritevole di attenzione. Quando il Notiziario rischiava di raggiungere i colleghi in ritardo, si è ricorsi, per gli eventi più interessanti, al mezzo E-mail diretta o all'avviso tramite SMS.

Si coglie l'occasione per ribadire l'assoluta necessità di avere a disposizione un corretto indirizzario e-mail e numeri di cellulare completo e funzionante, attraverso il quale la nostra istituzione potrà facilmente e velocemente raggiungere tutti i colleghi iscritti. Si invitano pertanto tutti coloro che non lo abbiano ancora fatto a fornire all'Ordine almeno un loro indirizzo e-mail personale per facilitare il lavoro della Commissione Comunicazione ed Informazione e anche del nostro personale di Ufficio.

Notevole attenzione ha ricevuto anche il Bollettino dell'Ordine, alla Direzione del quale ha accettato di rimanere il Dott. Davide Dell'Amore, con grande soddisfazione di tutti i membri della Commissione.

Riguardo al Bollettino, si è lavorato per ora sulla parte tecnica, rendendo possibile la pubblicazione dello stesso in tempi molto più brevi rispetto agli anni scorsi, ed è intenzione della Commissione lavorare ulteriormente su veste grafica e contenuti nel corso del prossimo anno. A tal proposito, si ribadisce l'invito già esteso personalmente in diverse occasioni a molti colleghi specialisti e/o responsabili di reparti ospedalieri di collaborare con la redazione, inviando lavori ed articoli, che saranno pubblicati.

In conclusione, nell'ultima parte dell'anno in corso è stato formato un Gruppo di Lavoro dedicato alla raccolta e stesura dei contenuti di un numero commemorativo del Bollettino dell'Ordine per il Centenario dell'Istituzione.

Nel 2010 si pensa di realizzare un vero e proprio libro, con documenti e foto di grande rarità e notevole valore. Diversi colleghi si sono già attivati per collaborare alla raccolta del materiale necessario, e la porta è aperta a ogni iscritto che sia in possesso di qualche ulteriore documento che si riferisca agli anni passati o agli albori dell'Ordine dei Medici, e che voglia metterlo a disposizione del Gruppo di lavoro.

Dott. Gian Galeazzo Pascucci
Coordinatore

RIEPILOGO ATTIVITA'

COMMISSIONE AGGIORNAMENTO ANNO 2009

(Componenti: Claudio Cancellieri, Fiammetta Frattini, Andrea Galassi, Massimo Milandri, Vania Orlandi, Paolo Paganelli)

L'insediamento di un nuovo consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per il mandato 2009-2011, ha comportato la ridefinizione della commissione aggiornamento, fra i componenti della quale solo alcuni avevano esperienza in merito; l'assenza della dr.ssa Annalisa Ronchi, dopo anni di preziosa ed instancabile attività, ha indotto i componenti a decidere di consultare per e-mail gli iscritti riguardo le tematiche da affrontare.

La prima attività della Commissione è stata quindi quella di valutare le risposte pervenute, identificando nell'ambito delle 7 aree tematiche delineate gli argomenti su cui organizzare gli incontri nel triennio; queste sono risultate, in ordine decrescente: Aggiornamento Professionale, Medicina Legale, Etica Medica, Enpam, Informatica, Aspetti Relazionali, Medicine Non Convenzionali.

Un'altra scelta di fondo, condivisa in Consiglio Direttivo, è stata quella di continuare ad avvalersi anche per il triennio 2009/2011 della collaborazione dell'AUSL di Forlì quale "provider" per la richiesta dei crediti formativi da attribuire a ciascun evento.

Su questi principi si sono avviati i contatti per programmare i corsi relativi al primo ed al secondo semestre, che vengono di seguito brevemente riassunti, ricordando che sul sito dell'Ordine www.ordinemedicifc.it è disponibile materiale documentale, anche se solo per alcuni di essi, per ora Medicina Legale, Enpam e Testamento Biologico.

Il 25 marzo il Dott. Francesco Girelli ha inaugurato gli incontri con il tema "Reumatologia: recenti acquisizioni e percorsi dedicati", considerato che la gestione dei pazienti con patologia reumatica rappresenta un complesso problema, sia per lo specialista, sia per il generico.

Il 20 aprile il dr. Paolo Maria Fantaguzzi ha svolto il tema "Oculistica: le nuove patologie oculari": poiché lo sviluppo tecnologico continuo ha comportato la progressione e l'affinamento di strumenti ed apparecchiature utili, sia a fini diagnostici sia a fini terapeutici in tanti ambiti della medicina, ma sicuramente in particolare nella disciplina oculistica, l'incontro è stato occasione di aggiornamento anche di medici non specialisti riguardo nuove tecnologie e loro applicazioni, anche per migliorare l'appropriatezza della pratica quotidiana.

Il 12 maggio si è svolto l'incontro su "La patologia neoplastica del cavo orale: dalla diagnosi precoce al trattamento dei casi avanzati": trattato dai dr. Angelo Campobassi e Manlio Gessaroli dell'U.O. Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Ospedale M. Bufalini di Cesena, che ha visto coinvolti sia gli specialisti odontoiatri, sia i medici.

Ampliando la partecipazione ad altre professioni, in collaborazione con l'Ordine degli Avvocati grazie al loro referente per l'aggiornamento, avv. Maria Gabriella Di Pentima, il 19 e il 20 Giugno si è tenuto il Convegno di medicina legale avente per titolo: "Il danno all'integrità psicofisica da lesioni "micro-permanenti", aperto quindi sia a Medici sia ad Avvocati: nelle due sessioni si sono avvicinati alle relazioni esponenti di tali professioni molto competenti in materia, quali il dr. Angelo Ravagli di Forlì, il Dott. Gabriele Zanotti Responsabile U.O. Ortopedia dell'Ospedale di Lugo, l'avv. Maria Gabriella Di Pentima del Foro di Forlì Cesena, il Prof. Antonio Farneti Professore di Medicina Legale presso l'Università di Milano, il Dott. Giovanni Battista Petti Consigliere della Corte Suprema di Cassazione e il Prof. Fabio Buzzi Professore Ordinario di Medicina Legale dell'Università di Pavia.

Ai primi di ottobre, un sabato mattina, si tenuto un importante e partecipato incontro tutto dedicato all'Enpam ovvero all'Ente Previdenziale a cui sono obbligatoriamente iscritti tutti i Colleghi: intitolato "Quale futuro per la pensione di medici ed odontoiatri? Opportunità, prospettive ed interrogativi del Medico e dell'Odontoiatra dipendente, libero professionista e convenzionato" l'evento era quindi rivolto a medici, odontoiatri e liberi professionisti e particolarmente ai giovani medici che oggi si inseriscono nell'ambito lavorativo; grazie alla presenza di relatori come i Dott.ri Giampiero Malagnino ed

Alberto Oliveti, rispettivamente Vice Presidente per la Libera professione e Consigliere della Dirigenza Enpam, il Dott. Claudio Capra Segretario e Consigliere di Amministrazione di Fondo Sanità e il Dott. Claudio Testuzza Giornalista Esperto Enpam, si sono chiariti molti punti e si sono fornite prospettive anche sulla previdenza complementare; inoltre con l'attivazione di 8 postazioni telematiche con altrettanti operatori Enpam, si è potuto fornire ai colleghi convenuti che ne avevano fatto richiesta, in tempo reale, preziose informazioni riguardanti la loro posizione e la futura pensione.

Il 7 novembre ha avuto luogo un importante incontro dedicato alle "Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT): il documento della FNOMCeO e la realtà Europea", con il quale si è ritenuto di presentare appunto il recente documento della FNOMCeO, di discuterlo, inquadrandone aspetti etici e legali, fornendo anche elementi su come in ambito europeo si affronta il tema; esteso anche alla professione infermieristica, ne sono stati relatori il Dr. Stefano Falcinelli Componente Consulta Deontologica Fnomceo, il Prof. Paolo Marino Cattorini Professore Ordinario di Bioetica, Università degli Studi dell'Insubria, il Prof. Mauro Barni Professore Emerito di Medicina Legale dell'Università. Nel prossimo dicembre sono in programma le ultime due iniziative del 2009: il 1°, una tavola rotonda dal titolo "Quale sanità per gli immigrati? Il diritto alla salute del cittadino straniero nella provincia di Forlì-Cesena"; il 10, il corso di BLSD a cura del dott. Alberto Vandelli.

Tutti gli incontri sono stati introdotti o moderati dal Presidente dell'Ordine Dott. Giancarlo Aulizio. Per concludere, qualche altro dato: la Commissione, composta da 6 membri, si è riunita 7 volte; sono già in cantiere le iniziative relative al 1° semestre 2010, alcune delle quali a realizzazione di proposte dirette di colleghi.

La commissione è a disposizione infatti per suggerimenti e proposte inerenti l'aggiornamento che i colleghi riterranno di inviare, oltre che naturalmente aperta a critiche eventuali su contenuti o metodi.

Dott. Claudio Cancellieri
Coordinatore

NUOVE NORME DI ACCESSO AI CORSI ECM

Si informano tutti gli Iscritti che per l'accesso agli incontri di aggiornamento organizzati da quest'Ordine, sono state istituite le seguenti regole:

- la firma sul registro di entrata potrà essere apposta **fino ad un massimo di 30 minuti dall'inizio del convegno** (es. inizio convegno ore 9.00, firme entrata entro le ore 9.30). **Successivo ritiro registro entrata;**
- dopo la firma di entrata non è ammesso ai partecipanti di uscire da sala dell'incontro se non per motivi di urgenza inderogabile;
- la firma sul registro di uscita potrà essere apposta al **a partire da 30 minuti prima del termine previsto per la fine dell'incontro** (es. fine incontro ore 13, firma di uscita a partire dalle ore 12.30);
- senza entrambe le firme, di entrata ed uscita, non verranno concessi i crediti ECM.

RIEPILOGO ATTIVITA' COMMISSIONE REGOLAMENTO INTERNO ANNO 2009

(Componenti: Michele Gaudio, Maurizio Di Lauro,
Alessandro Ragazzini, Avv. Francesco Farolfi)

La Commissione sul regolamento interno è stata deliberata dal Consiglio all'unanimità nello scorso agosto.

Il mandato ricevuto dal Presidente e dai Consiglieri nasce dall'esigenza di riesaminare un regolamento interno in vigore da oltre 30 anni e mai sottoposto ad alcuna verifica. Obiettivo della Commissione è quindi di esaminare a fondo il testo anche alla luce della recente legislazione e, previa verifica legale, di proporre all'attenzione e alla valutazione del Consiglio le eventuali necessarie modifiche.

La Commissione si è insediata la prima volta in settembre e si è riunita poi altre quattro volte.

Il lavoro svolto ad oggi attraverso una critica ed attenta rilettura del vecchio regolamento in tutte le sue parti ha preliminarmente evidenziato che nonostante l'età lo stesso conserva in gran parte buona validità. Tuttavia sono emerse alcune criticità, attualmente allo studio della Commissione e sottoposte ad approfondita verifica legale da parte dell'Avvocato Farolfi, in particolare per quanto riguarda la regolamentazione delle presenze dei Consiglieri alle sedute non essendo previsto nel regolamento in vigore alcun provvedimento nel caso di assenze reiterate ed ancora i termini di convocazione alle sedute del Consiglio da parte del Presidente dei componenti del Collegio dei Revisori dei Conti.

Problematiche minori riguardano ad esempio l'assenza nel regolamento in vigore di procedure di convocazione ad esempio delle sedute del Consiglio o delle commissioni ed in generale di comunicazione che prevedano l'utilizzo delle moderne tecnologie telematiche (ad esempio la posta elettronica certificata). La Commissione conta di concludere i lavori entro la fine dell'anno e quindi di proporre alla valutazione dei Consiglieri e del Presidente le modifiche nelle prime sedute del 2010.

Dott. Michele Gaudio
Coordinatore

COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI Riunita 7 volte

COMPONENTI	presenze
DI LAURO MAURIZIO	7/7
PAGANELLI PAOLO	6/7
ALBERTI ANDREA	5/7
D'ARCANGELO VITO	7/7

COLLEGIO REVISORE DEI CONTI Riunito 10 volte

COMPONENTI	presenze
TOLOMEI PIERDOMENICO	7/10
CASTELLINI ANGELO	9/10
ORLANDI VANIA	10/10
MILANDRI MASSIMO	7/10

CONSIGLIO DIRETTIVO Riunito 11 volte

COMPONENTI	presenti
AULIZIO GIANCARLO	11/11
GAUDIO MICHELE	11/11
RAGAZZINI ALESSANDRO	10/11
PASCUCCI GIAN GALEAZZO	10/11
BALISTRERI FABIO	10/11
CANCELLIERI CLAUDIO	9/11
DELL'AMORE DAVIDE	7/11
DI LAURO MAURIZIO	10/11
GALASSI ANDREA	10/11
GUNELLI ROBERTA	4/11
LUCCHI LEONARDO	9/11
MAIOLO PASQUALE	0/11
PAGANELLI PAOLO	6/11
RAGAZZINI MARCO	6/11
ROSSI MARIA ANTONIETTA	11/11
SBRANA MASSIMO	10/11
SIMONTI CLAUDIO	10/11

RIEPILOGO ATTIVITA'
COMMISSIONE PUBBLICITA' ANNO 2009
*(Componenti: Maurizio Di lauro, Vito D'Arcangelo,
Massimo Milandri, Renato Smeraldi)*

La Commissione per la Pubblicità dell'Ordine di Forlì-Cesena si è riunita due volte.

Potrebbe sembrare un lavoro un po' scarso, ma è necessario tenere conto che si tratta di una commissione decisamente tecnica, il cui operato viaggia sui binari delle leggi e dei regolamenti; inoltre un grande lavoro è stato svolto negli anni precedenti, tra l'altro redigendo e approvando un Regolamento per la Pubblicità Sanitaria (liberamente consultabile sul sito Web dell'Ordine).

Tenendo quindi conto che la regolamentazione della Pubblicità Sanitaria si basa sulla Legge 248/2006 cosiddetta Bersani, sulla Legge 175/92 che continua ad essere pienamente in vigore per ciò che riguarda le strutture complesse (poliambulatori e case di cura), il Regolamento 657/94 (applicativo della 175) per la forma e dimensione delle targhe, le linee guida della Fnomceo e il Regolamento interno dell'Ordine, non mancano certamente gli strumenti che permettono al Presidente o a chi è delegato di decidere se una "pubblicità" è deontologicamente corretta o no. Rimangono quindi non tante le situazioni che necessitano di una decisione collegiale.

Il prossimo lavoro della Commissione sarà sicuramente orientato alla regolamentazione delle "prestazioni gratuite" che sono deontologicamente consentite soltanto in determinate situazioni, art. 54 del Codice Deontologico e alle medicine non convenzionali.

Dott. Maurizio Di Lauro
Coordinatore

SCADENZA GRADUATORIE

Si ricorda a tutti i Colleghi interessati che il 31 gennaio 2010 scadranno le seguenti domande:

- Inserimento nella graduatoria regionale, per l'anno 2011, ai sensi dell'A.C.N. 23-03-05 e successive modificazioni, per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale.
- Inserimento nelle graduatorie per il conferimento di incarichi nella specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'A.C.N. 23-03-05 per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali Interni;
- Inserimento nella graduatoria regionale, per l'anno 2011, per la convenzione dei Medici Specialisti Pediatri di libera scelta.

Si ritiene opportuno ricordare a tutti i Colleghi che i moduli per le domande di cui sono in distribuzione presso la Segreteria dell'Ordine o reperibili sul sito all'indirizzo www.ordinemedicifc.it

KYRIAKOULA "LICIA" PETROPULACOS, DIRETTORE GENERALE DELL'AUSL DI FORLÌ

Da martedì 6 ottobre, Kyriakoula "Licia" Petropulacos è il nuovo Direttore Generale dell'Ausl di Forlì. La sua candidatura, proposta dalla Giunta regionale, ha trovato il parere favorevole della Conferenza territoriale sociale e sanitaria forlivese, in seguito al quale il presidente della Regione Vasco Errani ha firmato il decreto di nomina.

Nata a Modena, da padre medico, la quarantaseienne Licia Petropulacos, medico specialista in igiene e medicina preventiva, oltre che in oftalmologia, succede al dottor Claudio Mazzoni.

La nuova Direttrice può vantare una notevole consuetudine in programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari, nonché una lunga e consolidata esperienza di direzione nell'ambito di Aziende sanitarie. Al momento della nomina ricopriva, non a caso, l'incarico di direttrice sanitaria dell'Azienda Usl di Modena, mentre in precedenza era stata direttrice sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria sempre di Modena e responsabile del Servizio presidi ospedalieri della Regione.

Davanti, la dottoressa Petropulacos ha sfide di non poco conto: razionalizzare la spesa, sviluppare le cure primarie, mettere in pratica gli interventi necessari a garantire il rispetto dei tempi previsti dalla normativa per le visite e gli esami specialistici - 30 e 60 giorni per visite ed esami programmabili, 24 ore per le urgenze, 7 giorni per le urgenze differibili - valorizzare l'Irst di Meldola e accrescere l'integrazione dell'Ausl di Forlì in ambito di Area Vasta.

«Il mio mandato si basa su alcuni pilastri – annuncia la dottoressa Licia Petropulacos – i principali sono sicuramente la tutela dell'elevatissimo livello dei servizi raggiunto su questo territorio e il mantenimento di un sistema socio-sanitario d'eccellenza. Tuttavia, sarà mio compito cercare di coniugare tutto ciò con un miglior grado di sostenibilità finanziaria». Dopo un periodo caratterizzato da eventi quali l'apertura del nuovo ospedale "Morgagni-Pierantoni" di Forlì, la realizzazione dell'Irst di Meldola e di importanti progetti di Area Vasta, si tratta quindi di «trovare nuove modalità di integrazione di sistema, che garantiscano sia il cittadino sia una generale razionalizzazione; ad esempio, si può lavorare per aumentare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse sanitarie, così da ridurre la spesa farmaceutica e specialistica, che vede Forlì ai vertici della Regione».



Kyriakoula Petropulacos

Un altro tema delicato è il Pronto soccorso. «Le liste d'attesa per i codici bianchi, a Forlì, sono in linea col dato regionale – sostiene il Direttore - So che il cittadino percepisce ugualmente una situazione di disagio, tuttavia sono già state varate iniziative per diminuire il numero di accessi. Grazie ai Nuclei di Cure Primarie, fra primo semestre 2008 e primo semestre 2009 si è già registrato un calo del 2%. L'obiettivo è tutelare il Pronto Soccorso, restituendogli la funzione di sua competenza, quella cioè di trattare le urgenze/emergenze. Pazienti come l'anziano cronico, invece, vanno presi in carico sul territorio, con percorsi che assicurino la continuità delle cure».

Per quanto riguarda l'Area Vasta, la parola d'ordine è "integrazione". «A mio avviso, l'Area Vasta è una grande occasione, nata per ampliare le rispettive potenzialità, non per reprimerle – dichiara la dottoressa Petropulacos - Certo, non è escluso che possano crearsi equilibri contrari

ai principi di equa partecipazione e opportunità, a mio avviso, però, alcune questioni sono state oltremodo drammatizzate. Penso a Pievesestina, dove si è deciso di concentrare solo le funzioni produttive, così da conseguire economie di scala, lasciando inalterata l'accessibilità diffusa per i cittadini. Ora, occorre affrontare il tema della qualità dei servizi, riconoscendo alle eccellenze presenti nei vari distretti un ruolo di leadership, in un sistema che non pensi solo alle concentrazioni, ma anche a diffondere percorsi e modalità di presa in carico in linea coi più alti livelli di qualità».

Infine, sul fronte Irst, la dottoressa Petropulacos intende *in primis* portare a compimento in Regione l'iter di sperimentazione gestionale. «E' la *conditio sine qua non* per ottenere la qualifica a istituto di ricovero e cura a carattere scientifico – spiega – Fondamentale, poi, sarà rafforzare le sinergie nei percorsi fra la nostra Ausl e l'Irst».

Matteo Dall'Agata

*Staff Comunicazione, Relazioni Interne,
Relazioni con il Cittadino,
Ufficio Stampa Ausl di Forlì*

Il Presidente,
il Consiglio dell'Ordine e
il Comitato di Redazione
AUGURANO A TUTTI I COLLEGHI UN
**BUON NATALE E
FELICE ANNO NUOVO**



MARIA BASENGHI, DIRETTORE GENERALE DELL'AUSL DI CESENA

La Dottoressa Maria Basenghi è al suo terzo mandato come Direttore Generale della Ausl di Cesena. Laureata in Giurisprudenza, è nata a Maranello (Modena) e risiede a Pianoro di Bologna con il marito e i due figli. Ha iniziato la sua attività all'Azienda Sanitaria di Bologna nell'Agosto 1981, ricoprendo, nel tempo, diversi incarichi tra i quali, negli anni antecedenti il suo trasferimento a Cesena, quello di Direttore Amministrativo del Presidio Ospedaliero Maggiore Bellaria di Bologna. Dal novembre 1999 all'aprile del 2002 ha ricoperto l'incarico di Direttore Amministrativo dell'Ausl di Cesena. Dal 2002 è in carica come Direttore Generale.

Con estrema disponibilità ha accettato di rispondere ad alcune domande per il nostro Bollettino.

D1): Come possiamo fotografare il 2009 della Asl di Cesena, anche in considerazione degli ultimi dati pubblicati sull'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione residente e del nuovo investimento annunciato per ridurre le liste di attesa?

R: Il fatto che la popolazione del comprensorio cesenate veda una crescita costante della speranza di vita alla nascita dà atto di un quadro di sintesi sullo stato di salute molto favorevole. Ciò detto, sul fronte dell'attività di assistenza continuiamo a registrare alcune criticità nei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche (visite - diagnostica). Da qui, a fronte dell'intervento regionale, il piano di potenziamento presentato recentemente il cui impatto economico è di circa 450.000 Euro.

Il tema è particolarmente delicato e la nostra azione è orientata non solo al potenziamento dell'offerta ma anche e soprattutto al recupero di un maggior grado di appropriatezza prescrittiva; su questo versante fondamentale fattore critico di successo è una buona integrazione fra medici di medicina generale e specialisti ospedalieri.

D2): Per la Asl di Cesena, il 2009 è stato l'anno del Laboratorio di Area Vasta di Pievesestina, che ha creato un punto di eccellenza per le analisi cliniche e laboratoristiche. E' completata la integrazione con tutti gli ospedali romagnoli? Quali possono essere gli sviluppi ulteriori? Sono previsti nuovi punti prelievo sul territorio della nostra Asl?

R: Sono praticamente concluse sia la fase di trasferimento dei settori di produzione al Laboratorio Unico sia la ridefinizione degli assetti produttivi dei Laboratori a Risposta Rapida. Resta ancora sui laboratori periferici, laddove presente, il settore di Citogenetica che coerentemente con i programmi doveva, e sarà, l'ultimo settore specialistico ad essere trasferito. Le attrezzature sono state completamente rinnovate in tutti i laboratori degli ospedali che oggi possiedono quindi tecnologia diagnostica d'avanguardia.

Ancora si deve invece lavorare sul versante dell'integrazione professionale tra il personale del Laboratorio di Pievesestina ed i clinici perché le nuove procedure e le modalità di lavoro non sono completamente condivise. Certamente il processo di sviluppo del Laboratorio Unico dovrà essere orientato all'attivazione di metodiche diagnostiche in genetica molecolare, che rappresentano ormai l'ulteriore elemento di qualificazione dalla medicina di laboratorio.

L'attivazione del Laboratorio Unico non ha modificato l'assetto della rete dei punti prelievo, presenti in oltre 90, né influisce sulla programmazione delle Aziende Sanitarie circa la loro distribuzione. Al momento a Cesena risulta una capillarità alta ed adeguata.

D3): Quali benefici sono attesi nel medio termine, e quali invece potrebbero essere i problemi per medici e pazienti da un'ulteriore integrazione dei Servizi secondo il progetto Area Vasta Romagna?



Maria Basenghi

R: I primi elementi positivi si possono già riscontrare oggi nell'omogeneità delle risposte. Da una storia in cui i diversi laboratori, utilizzando metodiche diverse, fornivano risposte con valori di riferimento diversi, si è oggi nelle condizioni di fornire risposte analitiche identiche in tutta la rete dei laboratori di Area Vasta (in alcuni casi perché fornite da Pievesestina per tutti, in altri perché la dotazione strumentale è ora la stessa in tutti i laboratori). Al proposito, si segnala come la difformità preesistente fosse patrimonio acquisito dai clinici di ogni territorio che devono oggi riabituarsi ai nuovi parametri di riferimento. Ancora si deve sottolineare la possibilità di adottare e sviluppare metodiche diagnostiche che, per complessità e costo, non potevano essere sviluppate singolarmente dalle AA.USL (esempio la genetica molecolare). Inoltre se da un lato l'arrivo di professionisti da 7 diversi ospedali dell'Area Vasta ha determinato necessità di ricostruire rapporti tra i clinici dei diversi territori e la nuova équipe di Pievesestina, dall'altro si stanno mettendo a frutto collaborazioni tra professionisti di assoluto valore che traggono giovamento reciproco dall'esperienza maturata dai colleghi nei laboratori di provenienza. Il numero delle indagini diagnostiche e la tipologia della casistica concentrate presso il Laboratorio Unico non possono che favorire l'ulteriore sviluppo di esperienze professionali con garanzia di qualità delle indagini svolte in favore dei pazienti.

D4): Come si trova con i medici del territorio della sua Asl, intesi come medici di Medicina Generale e Liberi Professionisti? Quali potrebbero essere le azioni/iniziative per una migliore conoscenza reciproca e per una maggiore collaborazione?

R: Riprendo il tema dell'integrazione Ospedale/Territorio. Con i medici del territorio la nostra Azienda ha costanti rapporti di buona collaborazione, anche se, non sono mancati momenti di frizione in sede di tavoli sindacali. Al momento auspico vengano riprese le trattative per la definizione dell'accordo locale. Noi puntiamo su 3 temi:

- 1) sviluppo dei nuclei delle cure primarie (sedi strutturate all'interno dell'Azienda e dotate di servizi e risorse tecniche e professionali);
- 2) continuità assistenziale (quindi integrazione dei processi di presa in carico e cura con le altre figure professionali del Dipartimento);
- 3) gestione del paziente cronico (secondo il Cronic Care Model).

Vi sono, inutile negarlo, anche aspetti economici sui quali permangono alcune divergenze, ma ritengo che la condivisione piena dei progetti assistenziali sia di gran lunga l'obiettivo più sfidante.

D5): Vuole aggiungere qualcosa per commentare l'attuale momento della sua "mission di mandato" e sulla sanità locale e di area vasta?

R: Riprenderei il tema Area Vasta. Ritengo che, visti i positivi risultati raggiunti con il Laboratorio Unico, il mio terzo mandato debba essere in parte significativa dedicato agli avanzamenti degli altri progetti che vedono la concentrazione di attività a Pievesestina. Sto parlando di Officina Trasfusionale, di Magazzino Economico e Farmaceutico. Per quanto invece attiene al governo locale: massima attenzione al fronte dell'assistenza primaria e allo sviluppo della medicina del territorio; consolidamento delle funzioni di governo dei fattori produttivi per garantire quell'equilibrio finanziario che oggi più che mai rappresenta una sfida ed, infine, il rafforzamento delle azioni tese al pieno riconoscimento del ruolo e del contributo dei professionisti dell'Azienda. Fra questi ovviamente annovero anche i medici di medicina generale che, entrando a far parte del collegio di direzione aziendale, hanno assunto, e dovranno conseguentemente agire, responsabilità sulla vita dell'intera azienda

Dott. Gian Galeazzo Pascucci

Coordinatore Commissione Comunicazione ed Informazione

DOTTOR FRANCO BENAZZI

Franco Benazzi era nato a Cervia il 20 aprile 1957.

Romagnolo purosangue, se ne è andato a soli cinquantadue anni, dopo essersi laureato a Bologna col massimo dei voti nel 1982 ed essersi specializzato, sempre a Bologna, in Neurologia nel 1986, ancora una volta col massimo dei voti.

Il dottor Benazzi è stato un medico ben conosciuto a Forlì: per anni dirigente di primo livello del Servizio di Psichiatria dell'USL di Forlì, aveva da tempo deciso di ritirarsi dall'attività pubblica per dedicarsi solo a quella privata.

Psichiatra per scelta vocazionale, Franco si è distinto, oltre che per la dedizione all'assistenza – evidenziata dalle tantissime testimonianze dei pazienti che si sono rivolti a Lui- anche per una ampia produzione scientifica di altissimo livello, che lo ha portato ad una notorietà estesa ben oltre i confini nazionali.

Piace, a questo proposito, sottolineare la figura di questo Professionista che, lontano dai mezzi garantiti da qualche istituzione, ha saputo trasformare le proprie osservazioni e la propria passione professionale in articoli pubblicati da prestigiose riviste internazionali, testimone di una schiera sempre più ristretta di Medici che vivono la Professione in maniera totalizzante.

Di Lui rimane anche il ricordo di un Medico che si era auto diagnosticato la malattia espansiva cerebrale che in pochi mesi lo ha stroncato.

Malattia vissuta in piena coscienza, senza nulla nascondersi, e con grandissima dignità, forse anche in qualche modo accompagnata da quella "curiosità" professionale che ne ha contraddistinto tutta la vita.

Alla moglie Mariangela ed alla famiglia tutta va il cordoglio personale e dell'Ordine.

Dott. Andrea Galassi



ALCOL: EMERGENZA NAZIONALE!

Il consumo di alcol è uno dei principali determinanti di salute: 3a causa di morte e di malattia per la popolazione generale, 1a causa di morte e di invalidità nei giovani (14-29 anni), responsabile del 7,5% degli anni in salute persa e di problemi personali, familiari e sociali; è causa del 9% dei ricoveri, del 10-30% degli infortuni sul lavoro, del 40% degli incidenti stradali e assorbe dal 2 al 5% del PIL.

In Europa, in particolare, i consumi di alcol e i conseguenti Problemi Alcol-Correlati (PAC) sono il doppio rispetto agli altri Paesi nel mondo.

L'Italia detiene il record negativo per l'età di inizio del bere (12,2 anni rispetto ai 14,6 anni dell'Unione Europea), 740.000 ragazzi fra 11 e i 17 anni dichiara di bere alcolici, con le conseguenze che questo comporta nell'immediato e sul futuro sviluppo di Patologie Alcolcorrelate (PAC). In aumento anche il bere femminile e negli anziani.

Giovani che combattono con l'alcol la noia e le insicurezze, anziani che affogano nell'alcol la solitudine e la loro vita e future mamme che non vogliono rinunciare al piacere del consumo alcolico o di una bella serata in allegria, anche a rischio della salute del nascituro.

In una realtà come questa, il 66% degli adulti non ritiene pericoloso il consumo di alcol.

Bassa consapevolezza del rischio soprattutto nei giovani, con aumento dei "binge drinkers" (bevitori fino all'ubriacatura, con assunzione di 5 o più alcolici in poche ore).

L'alcol come chiave di accesso al divertimento, lo sballo come obbiettivo della serata e poco importa se c'è un prezzo da pagare perché c'è solo il "qui ed ora": ai pericoli del rientro, ai problemi di salute, ai rischi di comportamenti violenti ... chi ha tempo per pensare a queste cose che, tanto, capitano solo agli altri!!!

Nei locali si può solo bere, e le bibite analcoliche spesso costano più di quelle alcoliche: si inizia la serata al bar con un frizzantino e antipasti, poi al pub e se voglio continuare vado in discoteca; se non mi vada, posso sempre trovare una serata alcolica: feste della birra, cantine aperte, degustazioni o serate del prosecco, sagre o feste paesane, locali dove c'è il "bar libero" per un paio d'ore o, pagato l'ingresso, "consumazioni illimitate" ...

Gli spot televisivi inducono ad accettare l'alcol come unica fonte di divertimento, successo e ricchezza.

Mostre d'arte, concerti rock e perfino eventi sportivi spesso sono sponsorizzati dai produttori di bevande alcoliche, promosse dagli Enti Locali e tollerate dalle Forze dell'Ordine.

Siamo al punto che la maggior parte delle persone ritiene questo comportamento normale (come se fosse normale ubriacarsi per divertirsi!) e sottrarsi a questi nuovi consumi, provoca derisione o emarginazione.

Negli ospedali e negli uffici pubblici il fumo è vietato ma l'alcol no!

Perfino i genitori stanno a guardare, inconsapevoli del rischio; quello che importa è che i ragazzi non usino uno spinello: l'alcol è legale, bere è normale ... non può fare paura! Peccato che i decessi dovuti a "sostanze illegali" siano meno di un migliaio mentre quelli per alcol sono quasi 40.000 ogni anno.

Inasprire le pene è un'assurdità non solo perché senza controlli non servono, ma perché vengono applicate alle vittime dell'alcol e di una società che ha messo il profitto prima della salute.

Altre nazioni hanno messo pene moderate ma con alto numero di controlli, senza scappatoie legali e hanno ottenuto buoni risultati sulla riduzione del danno, ma non sull'abuso alcolico nei giovani che è in continuo aumento.

Preoccupa che nazioni (come gli USA) che tanto hanno investito in ricerca e prevenzione, in buone prassi e leggi ben applicate, lo scorso anno abbiano pubblicato una "chiamata all'azione" per tutta la popolazione, per fermare l'emergenza alcol nei giovani prima che sia troppo tardi.

L'Italia affronta i problemi, spesso quando sono già delle emergenze: AIDS, Rifiuti, Sicurezza; l'alcol è già un'emergenza, ma nessuno sembra essersene accorto al di fuori delle stragi del sabato sera, da giugno a settembre, per poi dimenticarle fino alla prossima estate.

L'alcol è una droga (OMS) e se non fossimo produttori, con forti interessi e pressioni, gli interventi sarebbero certamente più efficaci.

Siamo di fronte ad un'emergenza nazionale ed internazionale prossima all'esplosione perché quello che

tutti vedono oggi è solo la punta dell'iceberg, quello che oggi sembra un fenomeno ancora controllabile è in realtà uno tsunami che potrebbe travolgere la nostra fragile e distratta società.

Una domanda che mi sento fare spesso nelle serate di sensibilizzazione è: quanti altri ragazzi dovranno rovinarsi o morire prima che si faccia qualcosa?

Lascio a chi legge la risposta, quanti ancora: i morti, gli invalidi, i minori in coma etilico, gli anni di salute persa, le violenze, la perdita di abilità e dei rapporti familiari o sociali, le fetopatie alcoliche, i minori maltrattati ...

Il fenomeno negli ultimi 2 anni è aumentato in modo vertiginoso e nei prossimi diverrà esponenziale; ecco perché anche il solo farsi trovare pronti potrebbe fare la differenza.

Dott. Giulio Lacchini
Centro alcologico Ausl Forlì

La FEDERSPEV, CHE COSA E' E CHE COSA SI PROPONE

La FEDERSPEV, (cioè la Federazione dei pensionati Medici, Farmacisti e Veterinari, e loro superstiti), è una libera Associazione, apolitica, aconfessionale, che conta oggi più di circa 15.000 iscritti, tra Medici, Farmacisti, Veterinari e Vedove, ed ha finalità sindacali ed associative.

Oggi l'Associazione ha più di 50 anni di vita, perché è sorta il 23 Settembre del 1967 a Viareggio (ad opera di alcuni ospedalieri interessati alla difesa delle loro posizioni economiche e pensionistiche), ed ha sede legale a Roma in Via Boezio n.24, ed è organizzata in organi regionali e sezioni provinciali, che dipendono dal Comitato Direttivo Nazionale, a carico del quale c'è attualmente il Dott. Eumenio Miscetti; la Federazione si compone di Soci ordinari effettivi, Soci sostenitori e Soci onorari.

Tutti i soci sono impegnati a sostenere le finalità dello Statuto della Federazione, quali ad es. la difesa del potere d'acquisto delle pensioni, sia dei titolari che delle vedove, in tutti i campi, nei confronti dei diversi Istituti previdenziali statali, pubblici e privati, (INPS, INPDAP, ENPAM, ENPAF, ENPAV etc.).

Certo che siamo ancora una piccola minoranza (attualmente siamo circa 15.000), in tutta Italia e c'è attualmente una stasi nelle adesioni da parte degli oltre 150.000 pensionati delle tre categorie sanitarie, forse dovuto in parte al disinteresse degli stessi pensionati, in parte dovuto anche al fatto della presenza sul mercato di presenze associative delle più svariate origini (che altro non fanno che disorientare i cittadini-utenti-pensionati in questo campo).

Insomma, la FEDER.S.P.e V. è una organizzazione che opera per la difesa delle pensioni dei Sanitari titolari e loro superstiti.

La FEDERSPEV si impegna per:

- la difesa delle pensioni dei titolari, delle vedove, con auspicabile recupero del potere d'acquisto delle stesse;
- informazione costante e tempestiva sui temi dell'assistenza e previdenza, anche per mezzo del giornale mensile "Azione Sanitaria", che viene inviato a tutti gli iscritti;
- aiuto morale e materiale ai pensionati, vedove (esiste il Fondo di solidarietà) e agli orfani (mediante premi di studio);
- consulenza pensionistica legale e fiscale, con utili informazioni a livello provinciale e nazionale;
- attività culturali e turistiche, con periodici incontri conviviali con le nostre famiglie;
- altre attività quali congressi, assemblee, premi letterari e di pittura, viaggi collettivi, etc..

Certo che tutto ciò è maggiormente possibile se siamo numerosi, per avere maggiore forza contrattuale con i "poteri decisionali".

Per aderire alla FEDERSPEV è molto semplice, è sufficiente compilare e spedire la cartolina di adesione che puoi trovare, o presso la scrivente, Sig.ra Rosanna Galanzi ved.Cicognani, (Via Pompeo Randi n.4, Tel. 0543/721695), o presso la Segreteria dell'Ordine dei Medici, in Via D. Bolognesi, n.19 a Forlì (tel.0543/27157). P.S. La quota associativa per i Medici pensionati (65° anno) è di € 4,00 al mese, mentre per le Vedove è di € 2,50 al mese, che vengono trattenute direttamente dall'ENPAM sulla pensione.

Per i Medici che, pur pensionati, non sono ancora 65enni, e che intendono aderire alla Federspev, possono pagare la quota a mezzo di bollettino di e/e postale, reperibile come più sopra indicato per la cartolina di adesione. Nell'attesa di avverti con noi, Ti salutiamo molto cordialmente.

Rosa Anna Galanzi Cicognani
Presidente sezione provinciale Federspev
Orlando Lama
Segretario

DECRETO LEGISLATIVO N°106 DEL 03 AGOSTO 2009 E SUE APPLICAZIONI IN AMBITO LIBERO PROFESSIONALE

Il Decreto Legislativo n. 106 del 3 agosto 2009, approvato dal governo il 29 luglio scorso e pubblicato in Gazzetta ufficiale il 5 agosto, non riguarda piccoli e semplici aggiustamenti al D. Lgs. 81/08 ma, per alcuni aspetti, si tratta di innovazioni tali da poter definire il provvedimento elaborato dal Ministro Sacconi un vero e proprio “Nuovo testo Unico della Sicurezza sul Lavoro”.

Per quel che riguarda la libera professione, compresa quella odontoiatrica, ed in particolare i datori di lavoro autonomati RSPP, gli obblighi formativi per i Colleghi in merito alla Sicurezza non sono al momento variati, per cui il datore di lavoro che intende svolgere il compito di R.S.P.P. deve frequentare corsi di formazione della durata di 16 ore, quali quelli organizzati da ANDI, ed adeguati alla natura dei rischi presenti sul luogo di lavoro e relativi alle attività lavorative.

Fino alla pubblicazione dell'accordo della Conferenza Stato-Regioni in merito alla durata e contenuti dei corsi, conserva validità la formazione effettuata ai sensi dell'articolo 3 del Decreto Ministeriale 16 gennaio 1997.

I Colleghi R.S.P.P. che svolgono direttamente anche i compiti di Primo Soccorso e Prevenzione Incendi sono esonerati dal Corso di Primo Soccorso (in quanto laureati in Medicina o Odontoiatria) e dal corso di formazione previsto dall'art. 46 (Prevenzione Incendi) in quanto già inserito, in caso di rischio basso quale quello presente nella grande maggioranza degli studi libero professionali ed odontoiatrici, nel corso R.S.P.P. di ANDI.

I datori di lavoro che svolgono direttamente i compiti di R.S.P.P. saranno in futuro tenuti a frequentare corsi di aggiornamento, dal momento in cui contenuti e durata saranno definiti dalla predetta Conferenza Stato-Regioni

Riporto in seguito in maniera più dettagliata intesi le novità cogenti la nostra libera professione contenute nel decreto correttivo del D. Lgs. 81/08.

La Commissione consultiva dovrà elaborare le procedure per la valutazione del rischio stress lavoro correlato (vedi art. 6)

Dopo le precedenti proroghe, viene dato mandato alla commissione consultiva di definire le “regole” per la valutazione del rischio da stress lavoro-correlato.

Tale valutazione, effettuata nel rispetto delle indicazioni della Commissione consultiva permanente per la salute e la sicurezza sul lavoro, decorre dalla elaborazione delle predette indicazioni e comunque, anche in difetto di tale elaborazione, a far data dal **1° agosto 2010**.

Vengono pertanto rinviate le urgenti, immediate, sovrastimate e, talvolta, non necessarie analisi attualmente in uso con metodi e mezzi più disparati, discontinui e, spesso, inconcludenti ai fini della salute e della sicurezza in quanto non perseguono obiettivi ma solo il rispetto della norma.

Obblighi del DdL (art. 18)

L'elaborazione e la consegna del documento di Valutazione dei Rischi può avvenire a livello informatico e la consultazione va eseguita esclusivamente in azienda (anche a livello informatico).

Il datore di lavoro inoltre ha l'obbligo di inviare all'INAIL entro 48 ore informazioni telematiche su infortuni:

“comunicare in via telematica all'INAIL e all'IPSEMA, nonché per loro tramite, al sistema informativo nazionale per la prevenzione nei luoghi di lavoro di cui all'articolo 8, entro 48 ore dalla ricezione del certificato medico, a fini statistici e informativi, i dati e le informazioni relativi agli infortuni sul lavoro che comportino l'assenza dal lavoro di almeno un giorno, escluso quello dell'evento e, a fini assicurativi, quelli relativi agli infortuni sul lavoro che comportino un'assenza al lavoro superiore a tre giorni.”

Comunicazione RLS

Viene modificato il sistema volto a migliorare gli attuali meccanismi di comunicazione del nominativo dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (R.L.S.) e degli infortuni che comportino assenze dal lavoro di durata superiore al giorno ma inferiore ai tre giorni, forieri entrambi di rilevanti dubbi applicativi.

Il nuovo decreto prevede che i nominativi dei R.L.S. vengano comunicati al sistema informativo, per il tramite degli istituti assicuratori (INAIL e IPSEMA) competenti.

Inoltre è sufficiente che tale comunicazione sia effettuata non annualmente (come dispone l'attuale norma) ma solo in caso di elezione o designazione o di cambiamento dei nominativi precedentemente indicati.

Per garantire l'immediato e corretto start-up della procedura in parola, viene precisato che in fase di prima applicazione l'obbligo di comunicazione riguarda i nominativi dei rappresentanti dei lavoratori già eletti o designati.

Obblighi connessi ai contratti di appalto, d'opera o somministrazione (art. 26)

Vi sono cambiamenti molto importanti.

Per quanto riguarda appalti brevissimi o di sola natura intellettuale il nuovo testo recita:

“...non si applica ai servizi di natura intellettuale, alle mere forniture di materiali o attrezzature nonché ai lavori o servizi la cui durata non sia superiore ai due giorni, sempre che essi non comportino rischi derivanti dalla presenza di agenti cancerogeni, biologici, atmosfere esplosive o dalla presenza dei rischi particolari di cui all'allegato XI.”

In pratica il DUVRI nella maggior parte dei casi non si fa più!

Qualora si debba comunque redarre il DUVRI si va verso un documento a due livelli, uno con rischi “standard” tipici del contratto e uno che approfondisce i rischi specifici.

“... in tutti i casi in cui il datore di lavoro non coincide con il committente, il soggetto che affida il contratto redige il documento di valutazione dei rischi da interferenze recante una valutazione ricognitiva dei rischi standard relativi alla tipologia della prestazione che potrebbero potenzialmente derivare dall'esecuzione del contratto.

Il soggetto presso il quale deve essere eseguito il contratto, prima dell'inizio dell'esecuzione, integra il predetto documento riferendolo ai rischi specifici da interferenza presenti nei luoghi in cui verrà espletato l'appalto; l'integrazione, sottoscritta per accettazione dall'esecutore, integra gli atti contrattuali.”

Il DUVRI va fatto solo da chi “abbia la disponibilità giuridica dei luoghi in cui si svolge l'appalto o la prestazione di lavoro autonomo”.

Viene chiarito che il DUVRI è un documento DINAMICO “va adeguato in funzione dell'evoluzione dei lavori, servizi e forniture”.

Vengono meglio definiti i costi per la sicurezza:

“i costi delle misure adottate per eliminare o, ove ciò non sia possibile, ridurre al minimo i rischi in materia di salute e sicurezza sul lavoro derivanti dalle interferenze delle lavorazioni”; .. “I costi di cui al precedente capoverso non sono soggetti a ribasso.

Valutazione dei rischi (art. 17, 28, 29)

La valutazione deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro.

“La valutazione del rischio stress lavoro correlato decorre a far data dal 1°agosto 2010”, qualora la Commissione consultiva permanente per la salute e sicurezza sul lavoro non lo elabori prima.

Data certa

La prova della data certa può avvenire dalla compresenza delle firme di Datore di Lavoro, RSPP, RLS e MC (ove presente).

“deve essere munito data certa o attestata dalla sottoscrizione del documento medesimo da parte del datore di lavoro nonché, ai soli fini della prova della data, dalla sottoscrizione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza o del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza territoriale e del medico competente, ove nominato”.

La complessità della procedura necessaria ad ottenere la “certezza” della data viene semplificata, al duplice fine di non gravare sulle imprese con un onere amministrativo piuttosto pesante in termini gestionali e di ribadire che il documento di valutazione del rischio è il frutto di una azione sinergica e condivisa dei soggetti della sicurezza in azienda.

Viene introdotto il principio per il quale, in concreto, può essere sufficiente la sottoscrizione del documento da parte del datore di lavoro (il quale solo, beninteso, ne assume la giuridica responsabilità) del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza e del medico competente, ove previsto e nominato, in alternativa alle procedure più complesse – quali ad esempio la ratifica da parte di un Notaio o l’utilizzo di un sistema di posta certificata – per conferire al documento “la certezza” della data.

Termine entro il quale redarre il documento di valutazione rischi per le nuove attività : 90 giorni dall’inizio dell’attività.

“3-bis. In caso di costituzione di nuova impresa, il datore di lavoro è tenuto ad effettuare immediatamente la valutazione dei rischi elaborando il relativo documento entro novanta giorni dalla data di inizio della propria attività.”.

Modifiche al DVR per cambiamenti e modifiche viene stabilito un limite massimo di tempo di 30 gg: “La valutazione dei rischi deve essere immediatamente rielaborata, ... in occasione di modifiche del processo produttivo o della organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori, o in relazione al grado di evoluzione della tecnica, della prevenzione o della protezione o a seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità. A seguito di tale rielaborazione, le misure di prevenzione debbono essere aggiornate. Nelle ipotesi di cui ai periodi che precedono il documento di valutazione dei rischi deve essere rielaborato, nel rispetto delle modalità di cui ai commi 1 e 2, nel termine di trenta giorni dalle rispettive causali.”.

Visite mediche preventive

Le visite mediche preventive possono essere eseguite in fase preassuntiva:

“Art. 41, comma 2-bis. Le visite mediche preventive possono essere svolte in fase preassuntiva, su scelta del datore di lavoro, dal medico competente o dai dipartimenti di prevenzione delle ASL. La scelta dei dipartimenti di prevenzione non è incompatibile con le disposizioni dell’articolo 39, comma 3. “ Il decreto specifica che le predette visite non possono essere effettuate per accertare stati di gravidanza e comunque in tutti gli altri casi previsti dalla normativa vigente.

CAPO III IMPIANTI E APPARECCHIATURE ELETTRICHE

Art. 80

(Obblighi del datore di lavoro)

1. Il datore di lavoro prende le misure necessarie affinché i lavoratori siano salvaguardati dai tutti i rischi di natura elettrica connessi all’impiego dei materiali, delle apparecchiature e degli impianti elettrici messi a loro disposizione.

3-bis. Il datore di lavoro prende, altresì, le misure necessarie affinché le procedure di uso e manutenzione di cui al comma 3 siano predisposte ed attuate tenendo conto delle disposizioni legislative vigenti, delle indicazioni contenute nei manuali d’uso e manutenzione delle apparecchiature ricadenti nelle direttive specifiche di prodotto e di quelle indicate nelle pertinenti norme tecniche.

Art. 86

(Verifiche e controlli)

1. Ferme restando le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 22 ottobre 2001, n. 462, in materia di verifiche periodiche, il datore di lavoro provvede affinché gli impianti elettrici e gli impianti di protezione dai fulmini siano periodicamente sottoposti a controllo secondo le indicazioni delle norme di buona tecnica e la normativa vigente per verificarne lo stato di conservazione e di efficienza ai fini della sicurezza.
2. Con decreto del Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, adottato sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite le modalità ed i criteri per l'effettuazione delle verifiche e dei controlli di cui al comma 1.
3. L'esito dei controlli di cui al comma 1 è verbalizzato e tenuto a disposizione dell'autorità di vigilanza.

Allegato IV

Requisiti dei luoghi di lavoro

4.2.1. L'acqua non deve essere usata per lo spegnimento di incendi, quando le materie con le quali verrebbe a contatto possono reagire in modo da aumentare notevolmente di temperatura o da svolgere gas infiammabili o nocivi.

4.2.2. Parimenti l'acqua e le altre sostanze conduttrici non devono essere usate in prossimità di conduttori, macchine e apparecchi elettrici sotto tensione.

I divieti di cui ai punti 4.2.1 e 4.2.2 devono essere resi noti al personale mediante avvisi.

Il sistema sanzionatorio

Il nuovo decreto esprime una nuova filosofia dell'apparato sanzionatorio in materia di salute e sicurezza sul lavoro e realizza una rimodulazione dell'ammontare delle pene previste per le violazioni di datore di lavoro e dirigente.

Il decreto applica la più grave tra le sanzioni di cui al "testo unico" al solo caso in cui il datore di lavoro abbia del tutto omesso l'adempimento degli obblighi in tema di valutazione dei rischi o di nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi.

Dott. Paolo Paganelli

Referente Regionale D. Lgs. 81/08

ANDI Emilia Romagna

LO SCREENING DELLA CARDIOPATIA ISCHEMICA SILENTE NEGLI ATLETI MASTER

L'ischemia miocardica silente o asintomatica è definita come una oggettiva documentazione di ischemia miocardica in assenza di angina o suoi equivalenti. La cardiopatia ischemica silente è per definizione presente nei soggetti asintomatici, e particolarmente in quei soggetti che presentano sottostanti fattori di rischio cardiovascolare. Questo riveste molta importanza per i medici che devono identificare l'esistenza di cardiopatia ischemica silente in considerazione del fatto che questa situazione è predittiva di un incremento del rischio di eventi cardiaci, anche fatali. In studi di non recente data che hanno valutato una larga popolazione la prevalenza della cardiopatia ischemica silente è stata stimata attorno al 4-5 % negli uomini di mezz'età con concomitante aterosclerosi coronarica subclinica asintomatica e in presenza di ischemia miocardica inducibile al test ergometrico al tappeto rotante o al cicloergometro.

Di conseguenza, c'è stato un vivo interesse negli ultimi anni per sviluppare strategie di screening attraverso le quali la coronaropatia asintomatica di grado severo potesse essere diagnosticata precocemente. La malattia coronarica può essere considerata come un "iceberg", dove una piccola parte di soggetti sono sintomatici per angina pectoris, mentre la maggioranza degli individui con identica malattia coronarica sono asintomatici. Tra i soggetti asintomatici che possono essere portatori di malattia coronarica rientrano anche gli atleti, cioè individui che praticano regolarmente l'attività fisica e competono in manifestazioni sportive a livello agonistico e altamente competitivo.

Gli atleti sono generalmente considerati individui in buona se non ottima salute, così quando la morte improvvisa colpisce qualcuno di loro, ciò crea sgomento e clamore. Tuttavia, come succede nella popolazione generale, gli atleti possono essere portatori di misconosciute malattie cardiache, come appunto la coronaropatia aterosclerotica asintomatica, o altra anomalia congenita o acquisita che possono metterli ad alto rischio di morte improvvisa.

La popolazione asintomatica maggiormente sottoposta obbligatoriamente a test da sforzo comprende, in Italia, i soggetti che praticano sport a livello agonistico, la cui valutazione medica, a cadenza annuale, è richiesta dalla normativa di legge specifica per la tutela della salute. A questo scopo sono stati elaborati dei precisi protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità, che, riguardo il sospetto di cardiopatia ischemica silente e quindi in presenza di anomalie elettrocardiografiche della ripolarizzazione ventricolare, sia a riposo sia durante sforzo, senza dimostrate e documentate alterazioni morfologiche cardiache, raccomandano ulteriori approfondimenti, soprattutto in sportivi di età superiore ai 35-40 anni. Gli atleti Master rappresentano oggi una popolazione sempre più numerosa del microcosmo sportivo agonistico, che comprende vari sport, e soprattutto quelli di resistenza ad elevato impegno cardio-circolatorio, come ad esempio il ciclismo, la maratona e il triathlon, per i quali quindi la visita di idoneità è fondamentale al fine di escludere la presenza in questi soggetti di una cardiopatia ischemica silente. Sul link accluso si segnala una tesi ad hoc, con presentazione di 10 casi clinici relativi alla visita di idoneità agonistica di 1° livello in atleti master altamente competitivi, praticanti sport di resistenza, che si prefigge di illustrare l'iter clinico e il follow up, che segue l'evidenza elettrocardiografica caratterizzata dal riscontro di un sottoslivellamento significativo, asintomatico ma fortemente patologico del tratto ST, e i relativi parametri in atleti Master mediante il test ergometrico massimale su ergometro specifico e con protocollo ad hoc. <http://www.tesionline.it/default/tesi.asp?id=18329>

Dott. Massimo Bolognesi

Specialista in Medicina Interna e Medicina dello Sport
Master di 2° livello in Cardiologia dello Sport
Cesena

PNEUMOMEDIASTINO IATROGENO DOPO TRATTAMENTO ENDODONTICO: UNA RARA MA IMPORTANTE COMPLICANZA DELL'ATTIVITA' ODONTOIATRICA

Lo pneumomediastino od enfisema mediastinico è la presenza di aria nel tessuto cellulare medio-toracico la cui eziologia può essere primitiva o secondaria ad eventi traumatici, a chirurgia del capo-collo od a processi infettivi che abbiano interessato tale sede anatomica.^{1,2} L'aria può raggiungere lo spazio mediastinico attraverso una soluzione di continuo della trachea, dell'esofago, del cavo orale, della mucosa dei seni paranasali o addirittura risalire dallo spazio retro peritoneale e dagli iati diaframmatici.³ Spesso a tale evento si associa enfisema sottocutaneo che interessa soprattutto il collo ed il volto e che a seconda dell'eziologia può raggiungere anche proporzioni importanti.^{1,2,4} In campo odontostomatologico e maxillo-faciale l'eziologia di tale patologia è più spesso da attribuirsi a fratture della mandibola, dello zigomo, dell'orbita, della mascella od a manovre chirurgiche in endo-ortodonzia e ricostruzione dentale.^{3,4} Lo pneumomediastino da trattamento endodontico è invece estremamente raro, generato molto spesso dall'utilizzo di turbine ad alta pressione che "inietterebbero" l'aria compressa nello spazio connettivo sottostante.^{4,5} Pur trattandosi di un'evenienza rara, un corretto inquadramento di questa patologia è importante, poiché spesso si tratta di una pratica tipicamente ambulatoriale e quindi senza le possibilità diagnostiche ed interventistiche di una struttura ospedaliera.^{4,6,7} Descriveremo in dettaglio la storia clinica di una paziente giunta recentemente alla nostra osservazione per pneumomediastino iatrogeno dopo trattamento endodontico.

CASO CLINICO

C. A. donna di 57 anni che giunge alla nostra osservazione dal Pronto Soccorso



Figura 1: Rx torace: presenza di enfisema sottocutaneo bilaterale e sottile linea di enfisema mediastinico paracardiaca (freccia)

non riferiva dispnea né episodi di vomito od inalazione. Gli esami ematochimici, l'Emogasanalisi arteriosa e l'ECG non rilevavano alcun dato patologico significativo, mentre l'esame obiettivo evidenziava enfisema sottocutaneo di discreta entità al collo ed alla fossa sovraclaveare di sinistra. La paziente viene sottoposta a scopo diagnostico a TAC del massiccio facciale, collo e torace che evidenziava enfisema sottocutaneo esteso alla regione periorbitaria e temporale sinistra, all'emimandibola sinistra, nella regione anteriore del collo (fig. 1) e posteriormente all'ipofaringe fino al giugulo e nel mediastino (fig. 2 e 3) a contornare il profilo anteriore e laterale sinistro dell'om-

Pronto Soccorso ove si era recata per la comparsa improvvisa, durante un trattamento endodontico sul II° molare sinistro inferiore, di enfisema sottocutaneo in regione sovraclaveare sinistra ed al collo. All'arrivo in PS

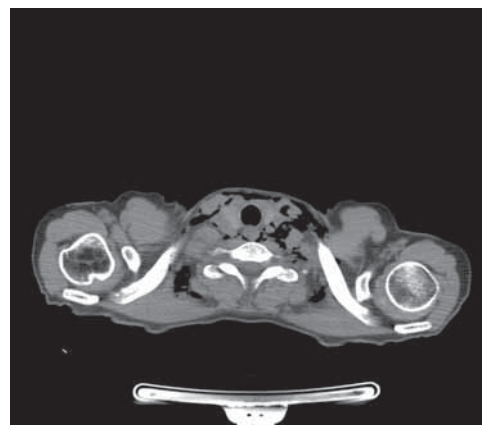


Figura 2: TAC collo e torace: al passaggio cervico toracico si osserva la presenza di enfisema sottocutaneo che si estrinseca a sinistra nei tessuti molli e giunge controllateralmente fino alla colonna vertebrale.

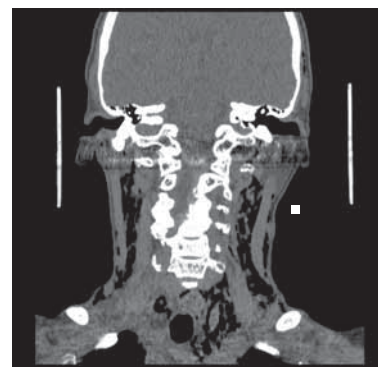


Figura 3: TAC collo e torace: sezione sagittale con evidenza di enfisema sottocutaneo al collo bilaterale ed al mediastino a sinistra.

bra cardiaca. Per escludere una lesione delle vie aeree la paziente veniva quindi sottoposta a fibrobroncoscopia esplorativa che dimostra l'assenza di lesioni dell'albero tracheo-bronchiale. Si decideva di attuare un trattamento conservativo, per cui la paziente è stata ricoverata e trattata con Levofloxacin orale 500 mg x 2/die. Nei 2 giorni successivi si è osservata la progressiva riduzione dell'enfisema sottocutaneo per cui la paziente ha potuto essere dimessa, guarita, a distanza di 72 ore dall'evento patologico.

DISCUSSIONE

Le cause più frequenti d'insorgenza di pneumomediastino sono le lesioni traumatiche al torace ed al collo e quelle iatrogene, dovuta a chirurgia del capo-collo, lesioni da intubazione o da ventilazione meccanica e chirurgia odontogena.^{2,4,7,8} Tuttavia tale patologia risulta di raro riscontro in caso di trattamento endodontico^{1,2,4}, anche se l'introduzione nella pratica odontoiatrica della turbina ad alta pressione aria-acqua, nata per tagliare i denti e spruzzare aria ed acqua per modellare la superficie dentaria, ha aumentato l'incidenza del riscontro di tale complicanza. La sua insorgenza, apparentemente non spiegabile in seguito a trattamenti endodontici, è invece comprensibile in base a considerazioni anatomiche.⁷ Lo spazio sottolinguale, compreso tra il pavimento della bocca ed il muscolo miloioideo, è in diretta comunicazione con le radici del primo, secondo e talora terzo molare, continuandosi posteriormente con gli spazi pterigo-mandibolare, para-faringeo e retro-faringeo. Quest'ultimo si estende direttamente alla fascia carotidea che a sua volta si continua con il pericardio (fig. 4).^{4,9}

Il ricorso ad acqua ossigenata, acqua od aria ad elevate pressioni ed in abbondante quantità dopo estrazione dentaria o cure canalari può in alcuni casi favorire l'ingresso di aria nel tessuto connettivo e nell'osso fino allo spazio sottolinguale e da lì raggiungere il mediastino.^{4,5,10} Se tale ingresso d'aria viene misconosciuto e si continua le procedure a lungo con elevate pressioni si può giungere, in casi rarissimi ma purtroppo disastrosi, ad un'instabilità emodinamica e respiratoria che può richiedere anche la tracheotomia e la decompressione chirurgica del mediastino.^{3,4,5}

Dal punto di vista sintomatologico ove non vi sia l'immediata insorgenza di un enfisema sottocutaneo che indirizza verso la probabile diagnosi, vi possono essere difficoltà diagnostiche differenziali in quanto sintomi spesso presenti come l'aumento della salivazione, il senso di costrizione facciale, l'eritema del volto, la disfonia, la disfagia, l'edema orbitario o la dispnea possono avere numerose cause tra cui l'angioedema, la reazione allergica, la presenza di un ematoma o una cellulite acuta.^{4,5,11} L'insorgenza di un dolore acuto retro sternale talora irradiato al dorso, al collo od alla spalla è invece maggiormente patognomonico.⁵ All'esame obiettivo poi si riscontra molto spesso distensione del collo e della faccia con crepitio alla palpazione, segni di enfisema sottocutaneo. I toni cardiaci sono spesso smorzati e si può talvolta ascoltare un crepitio sincrono con il battito cardiaco (segno di Hamman); raramente il paziente presenta segni d'instabilità respiratoria e circolatoria (ipotensione, tachicardia e tachipnea) che devono però essere attentamente monitorati perché spie di un possibile importante impegno mediastinico.^{3,4}

La diagnosi definitiva è sempre radiologica e la radiografia standard del torace permette molto spesso di evidenziare la presenza dello pneumomediastino, rappresentato da un'area iperdiafana che decorre lungo il profilo cardiaco e della trachea. Indagini più approfondite come la TAC del torace risultano complementari ma estremamente efficaci nella valutazione ed esclusione delle altre importanti e gravi

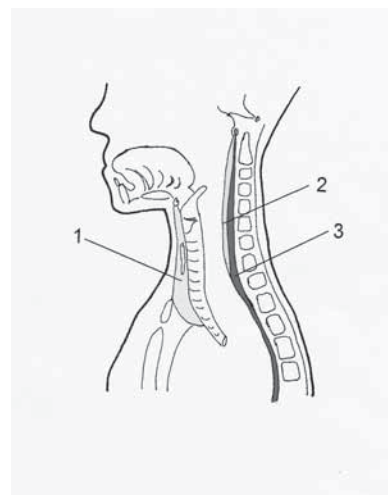


Figura 4: Sezione trasversale della regione cervicale: Spazio pretracheale (1); Spazio retrofaringeo (2); Spazio prevertebrale (3); Guaina carotidea (4)

eziologie di pneumomediastino secondario.^{4,5,12}

Il trattamento dello pneumomediastino insorto dopo trattamento endodontico è di solito conservativo, ma va considerato che potenziali e gravi complicanze possono insorgere. La più grave di queste è la mediastinite da inoculazione di germi della flora batterica del cavo orale, che può essere prevenuta dall'istituzione di una terapia antibiotica mirata.⁵ La possibilità di ostruzione delle vie aeree è rarissima ma possibile per cui il paziente deve essere tenuto sotto osservazione per almeno 24-48 ore.^{4,5} Ancor più rare complicanze, che non devono però essere dimenticate per la loro pericolosità e la necessità di un trattamento tempestivo, sono il pneumopericardio con tamponamento cardiaco, l'embolia polmonare, il pneumotorace iperteso e la lesione del nervo ottico da edema ed enfisema orbitario.^{4,5,12} La terapia di questa patologia è quindi basata sulla copertura antibiotica, sulla prescrizione di analgesici che non riducano la ventilazione, sull'astensione completa dal fumo e da manovre che possano aumentare la pressione endo-orale (manovra di Valsalva) od endo-orbitaria.^{4,5,7,10}

CONCLUSIONI

Lo Pneumomediastino e l'enfisema sottocutaneo post trattamento endodontico sono due eventi rari nella pratica odontoiatrica, nella maggior parte dei casi a risoluzione spontanea. Esiste però la possibilità di un'evoluzione infettiva od ipertensiva di tale patologia con potenziale rischio di vita per il paziente per cui è estremamente importante una sua prevenzione con un atteggiamento corretto nella pratica di quelle manovre cruenti riconosciute responsabili della sua insorgenza. A tal fine è utile praticare, laddove possibile, l'irrigazione con sola acqua dopo l'estrazione dentaria od utilizzare coni di carta per asciugare i canali dentari, oltre alla raccomandazione di utilizzare le turbine ad aria e le siringhe ad aria-acqua a valori di pressione non superiori a quelli raccomandati.

**Stefano Sanna, Marta Mengozzi, Marco Monteverde,
Marco Turchini, Desideria Argnani**
U.O. Chirurgia Toracica
Direttore: Dott. Davide Dell'Amore

Ospedale G.B. Morgagni-L. Pierantoni – Forlì

BIBLIOGRAFIA

- 1) Yoshimoto A, Mitamura Y, Nakamura H et al. Acute dyspnea during dental extraction. *Respiration* 2002;69:369-71
- 2) Rossiter JL, Hendrix RA. Iatrogenic subcutaneous cervicofacial and mediastinal emphysema. *J Otolaryngol* 1991;20:5.
- 3) Chuong R, Boland TJ, Piper MA. Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema associated with temporomandibular joint surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992;74:2-6.
- 4) Yang SC, Chiu TH, Lin TJ, Chan HM. Subcutaneous emphysema and pneumomediastinum secondary to dental extraction: a case report and literature review. *Kaoshing J Med Sci* 2006;22:641-4.
- 5) Tamir S, Backleh G, Hamdan K, Eliashar R. Cervico-facial emphysema and pneumomediastinum complicating a High-speed drill dental procedure. *IMAJ* 2005;7:124-5.
- 6) Arai I, Aoki T, Yamazaki H, Ota Y, Kaneko A. Pneumomediastinum and subcutaneous emphysema after dental extraction detected incidentally by regular medical checkup: a case report. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;107:33-8
- 7) Cortale M, Sanna S, Liguori G. Pneumomediastino iatrogeno da estrazione dentale. *Il Dentista moderno* 1996; 73:680-1.
- 8) Davies DE. Pneumomediastinum after dental surgery. *Anesth Intensive Care* 2001;29:638-41.
- 9) Meyerhoff WL, Nelson R, Fry WA. Mediastinal emphysema after oral surgery. *J Oral Surg* 1973;31:477-9.
- 10) Wilson GA, Galle S, Greene C. Subcutaneous emphysema after extraction of maxillary teeth: report of a case. *Jada* 1983; 106:836-7.
- 11) Nahiel O, Neder A, Ashkelon I. Iatrogenic pneumomediastinum after endodontic therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1991;71:618-9.
- 12) Ouisling RW, Kangur TT, Jahrsdoerfer RA. Otologic complications following the use of a high-speed air turbine hand-piece. *J Am Dent Assoc* 1977;94:895-7.

A PROPOSITO DI INFLUENZA PANDEMICA...

Alla base dell'epidemiologia dell'influenza vi è la spiccata tendenza dei virus influenzali a variare ed aggirare, in questo modo, le barriere immunitarie costituite nella popolazione dell'ospite.

Nell'uomo nuovi sottotipi antigenici lievemente differenti rispetto a quelli precedentemente circolanti emergono annualmente, per mutazioni puntiformi, di norma sul gene che codifica per la emoagglutinina (H). Si parla in tal caso di modificazioni antigeniche o *antigenic drift*.

Attualmente i virus responsabili delle influenze stagionali sono i sottotipi AH3/N2 e AH1/N1 e il tipo B. Variazioni significative dovute al fenomeno dell'*antigenic drift* si verificano ogni 2-3 anni per il virus AH3/N2 e con intervallo più ampio per i virus B e AH1/N1.

Si definisce influenza stagionale la malattia causata da virus che sono già presenti sulla scena epidemiologica e che nei Paesi delle fasce temperate circolano maggiormente nella stagione invernale, fino a produrre epidemie più o meno estese.

I virus influenzali si garantiscono la sopravvivenza nella popolazione trasmettendosi da uomo a uomo in modo pressoché continuo. Nei paesi a clima temperato la catena infettiva è impercettibile nei mesi estivi e autunnali, mentre diventa evidente durante l'inverno per motivi climatici e ambientali, che favoriscono la vita in ambienti confinati e contatti più stretti fra le persone. Circa il 10-20% della popolazione è colpito, ogni anno, dall'influenza stagionale.

Le pandemie di influenza sono eventi causati dalla comparsa sulla scena epidemiologica di un virus di tipo A "antigenicamente nuovo" per l'uomo e capace di trasmettersi facilmente da uomo a uomo. L'estesa variazione antigenica (o *antigenic shift*) che è alla base dell'emergenza del nuovo virus può attuarsi per mezzo di due meccanismi:

- il riassortimento genetico tra virus influenzali umani ed animali (più spesso in occasione della co-infezione di una medesima cellula ospite da parte di due virus, uno di origine umana e l'altro animale)
- la mutazione genetica di un sottotipo virale aviario, che ne consente l'adattamento (salto di specie) all'uomo.

Poiché l'intera popolazione mondiale è priva di difese immunitarie verso i virus originati da *antigenic shift* l'evento pandemico è caratterizzato da un alto numero di ammalati in un arco di tempo relativamente contenuto.

Nel corso del XX secolo, si sono verificate 3 pandemie influenzali, di cui la prima, detta "spagnola" dal nome del Paese che per primo la segnalò pubblicamente, fu particolarmente letale causando oltre 50 milioni di decessi (*Michaelis M, 2009*):

H1N1, - 1918-19 virus H2N2, pandemia asiatica; - 1968-69 virus pandemia spagnola; - 1957-58 virus H3N2, pandemia Hong Kong.

L'analisi dei dati insegna che durante la pandemia l'eccesso di mortalità è più rilevante nelle popolazioni giovani, al contrario di quanto si osserva per l'influenza stagionale, la cui fatalità è massima nella popolazione anziana.

E' evidente che non tutte le pandemie sono uguali per quanto concerne l'impatto su morbilità e mortalità.

Nella cronistoria della Pandemia da virus AH1N1v, dopo che, il 15 aprile, i sistemi di rilevamento nazionali facenti parte della rete OMS/WHO confermano virologicamente i casi messicani e USA, date cardine sono: - 09/05/09: riconosciuta la globalità dell'epidemia con diffusione di casi compatibili con i flussi di viaggiatori in partenza dall'aeroporto internazionale di Messico City. (*Khan K, Arino J, Hu W, Raposo P, et al. Spread of a novel influenza A (H1N1) virus via global airline transportation. N.Engl.J.Med.2009;361:212-214*; - 11/06/09: l'OMS dichiara la fase pandemica 6 (*Dr. Margaret Chan, Director General*) e dichiara la pandemia "inarrestabile".

Il virus influenzale A/H1N1v 2009 è stato generato da un quadruplo riassortimento e contiene geni di virus del maiale (sia di provenienza europea, sia asiatica), di virus aviari e di virus umani. Originatosi nel maiale, è stato successivamente trasferito all'uomo, verosimilmente in un singolo evento, come suggerito dalla limitata diversità antigenica del virus. Nella specie nativa non determina malattia conclamata.

Fino al settembre 2009 vi è la dimostrazione che il virus pandemico presenta una sostanziale stabilità antigenica nel tempo e nelle differenti sedi geografiche (*Michaelis, 2009*).

Le caratteristiche antigeniche del nuovo virus sono differenti da quelle del virus A/H1N1 umano in circola-

zione dal 1957. (Garten RJ, 2009; Zimmer SM 2009)

Esperimenti nel furetto, il modello animale considerato più significativo per le implicazioni cliniche, il virus 2009 A/H1N1 mostra una spiccata replicazione a livello di trachea, bronchi e bronchioli, ed anche mucosa intestinale, mentre il virus A/H1N1 stagionale replica solo a livello delle cavità nasali (Maines TS, 2009; Munster VJ, 2009). L'isolamento è possibile pressoché esclusivamente dalle secrezioni respiratorie.

Tassi di trasmissione: -Tasso di riproduzione (RO: numero medio di persone infettate da un caso in tutta la popolazione suscettibile in assenza di misure di contenimento) = 1.4; - Tasso di attacco in casi secondari (familiari) = 8%-18%; tasso di manifestazioni di malattia simil-influenzale (ILI)= 12%; tasso di manifestazioni di malattia respiratorie acute (ARI) = 18%-19%.

Il periodo di contagiosità va da un giorno prima dell'esordio sintomatologico e dura per 5-7 giorno oppure fino al giorno della risoluzione sintomatologica.

L'azione patogenetica appare correlata all'effetto citopatico diretto del virus: la quantità di virus emesso è proporzionale alla gravità del quadro clinico. La risposta immunitaria coinvolge meccanismi umorali e cellulari. L'immunità umorale, di tipo sia sistemico (IgG) sia locale (IgA), diretta prevalentemente verso l'antigene emoagglutininico di superficie, appare efficace nella prevenzione dell'infezione ma non è implicata nell'interruzione del ciclo replicativo virale durante l'episodio influenzale acuto: la replicazione termina 2-5 giorni dopo l'infezione mentre la produzione anticorpale è dimostrabile 10-15 giorni dopo l'infezione. E' probabile che sia la risposta cellulare, di tipo prevalentemente citotossico, diretta verso antigeni della nucleoproteina e della matrice e mediata dall'interferone, a determinare l'interruzione del ciclo replicativo virale e la risoluzione della sintomatologia.

In Europa il tasso di letalità è stimato pari allo 0.12%. Quindi solo marginalmente superiore al tasso appena al di sotto dello 0.1% dell'influenza stagionale. Sebbene il tasso di letalità dell'influenza pandemica possa essere globalmente sovrapponibile a quello dell'influenza stagionale, due sostanziali differenze devono essere sottolineate: - i decessi causati dall'influenza pandemica si concentrano nell'età giovanile adulta ed in quella pediatrica, mentre nell'influenza stagionale il picco è in soggetti di età > 65%; - almeno il 50% dei soggetti deceduti per influenza pandemica non è affetto da malattie croniche. I timori di una possibile variazione della patogenicità dell'attuale virus pandemico si basano sull'esperienza di precedenti pandemie e sul calcolo che circa nel 3% dei casi di influenza umani si verifichi una infezione da due virus influenzali differenti: un tale evento fornirebbe ampie possibilità di riassortimento al virus pandemico (Michaelis, 2009).

Vi è evidenza che una quota, seppure minima, di soggetti adulti può presentare in corso di influenza da nuovo ceppo A H1N1 una pneumopatia severa con evoluzione verso la sindrome da distress respiratorio (ARDS) in presenza od assenza di co-morbilità.

L'obesità è un fattore di rischio specificatamente identificato per l'influenza 2009 A/H1N1 e non precedentemente riconosciuto in casi di influenza stagionale.

In corso di influenza stagionale le persone di età > 65 anni rappresentano il 60% di tutti i casi ospedalizzati ed il 90% dei decessi [CDC. Use of influenza A (H1N1) 2009 monovalent vaccine - recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2009;58(RR-10):1]. Al contrario, i dati registrati in US sulla pandemia da virus A H1N1 dimostrano che i soggetti di età > 65 anni rappresentano solo il 5% dei casi ospedalizzati e l'8% dei deceduti [CDC. Update: Swine-origin influenza A (H1N1) virus. *MMWR Wkly.* 2009;58:421]. Questi dati dimostrano che i soggetti di età > 65 anni non presentano un eccesso di rischio di ospedalizzazione e morte per l'influenza pandemica in corso.

Le attuali raccomandazioni ministeriali puntualizzano che, nell'attuale fase pandemica, la prevenzione si basa esclusivamente su due misure di controllo: i corretti comportamenti, finalizzati a ridurre il rischio di contagio, e la vaccinazione,

Se i tassi di copertura vaccinale verso il virus 2009 A/H1N1 dovessero superare la soglia dell'80% si concreterebbe la possibilità di eliminare la circolazione del virus nella popolazione, minimizzando di conseguenza il rischio ipotetico che il virus acquisisca una maggiore virulenza con meccanismi di mutazioni genetiche e riassortimento (Doerr, 2009).

Poiché l'uso inappropriato dei farmaci antivirali oseltamivir e zanamivir, inibitori della neuraminidasi, porta alla selezione di varianti resistenti, è necessario che il trattamento sia limitato a casi selezionati dal medico ospedaliero, di medicina generale e di pediatria di comunità, in ragione del rischio di complicanze e/o della particolare condizione clinica del paziente e/o per il decorso aggressivo della malattia.

Fra i tre approvati dall'EMA, il vaccino pandemico attualmente in distribuzione in Italia è il Focetria® (split, adiuvato con MF59). Tutti, comunque, utilizzano il ceppo virale A/California 07/2009 (H1N1), approvato sia dalla US Food and Drug Administration (FDA), sia dall'OMS

Il modello di sviluppo del vaccino pandemico (derivato da ricerche che durano diversi anni) è predisposto prima del diffondersi della pandemia e viene preventivamente approvato a livello europeo e/o internazionale (procedura centralizzata). La catena produttiva viene attivata non appena l'OMS isola i ceppi virali responsabili della pandemia (quindi, nella fase in cui la pandemia è già dichiarata). L'autorizzazione all'immissione in commercio per i vaccini pandemici viene rilasciata dalla Commissione Europea su indicazioni dell'EMA (Agenzia Europea dei Medicinali). Del resto il vaccino prodotto contro l'influenza pandemica è in tutto sovrapponibile ai vaccini che di anno in anno vengono allestiti per l'influenza stagionale. Cambia solamente il tipo di antigeni virali inseriti che vengono adeguati ai virus circolanti. E' per questo che è stato possibile realizzare ed ottenere il nuovo vaccino in soli quattro mesi, così come è avvenuto per tutte le industrie farmaceutiche che hanno già prodotto il vaccino pandemico.

Quindi, le prove di sicurezza da effettuare per la registrazione non riguardano praticamente più gli adiuvanti, già ampiamente sperimentati, ma solo la nuova composizione antigenica del vaccino, che rappresenta l'unica incognita, come ogni anno avviene per i vaccini stagionali.

E' questo il motivo per cui, al momento della commercializzazione, le informazioni disponibili sulle caratteristiche di immunogenicità e tollerabilità del vaccino pandemico erano in gran parte relative ad un vaccino (cosiddetto "mock-up"), preparato con identiche modalità di produzione rispetto ai vaccini stagionali e utilizzando antigeni di un ceppo virale H5N1 (che era ritenuto il candidato più probabile all'evento pandemico): le aziende produttrici di vaccini avevano effettuato studi completi su qualità, sicurezza ed efficacia del vaccino mock-up così preparato, in maniera da essere pronti a sostituire il ceppo originale con quello effettivamente responsabile della pandemia.

Le più recenti comunicazioni fornite dall'EMA, specifiche dei vaccini monovalenti pandemici, a proposito di Focetria riportano una buona immunogenicità, valutata a 3 settimane dalla prima somministrazione, nonché un buon profilo di sicurezza, sovrapponibile a quello del vaccino stagionale (gli eventi avversi consistono in dolore nella sede di inoculazione della durata di 1-2 giorni e, in un numero limitato di casi, cefalea e astenia nella giornata della vaccinazione).

Con la [circolare del 6 novembre 2009](#) e con i successivi chiarimenti, pubblicati nella [circolare del 10 novembre](#), il ministero della Salute ha aggiornato le indicazioni relative alla scheda vaccinale e alle modalità di somministrazione e ai pazienti con patologie autoimmuni. Il Ministero dispone che nell'attuale fase alle persone tra i 10 e i 60 anni (con possibilità di estensione ai 64 anni) verrà somministrata una sola dose da 0,5 ml di vaccino pandemico (Focetria®), mentre ai bambini dai 6 mesi ai 9 anni di età saranno somministrate due dosi da 0,5 ml di vaccino. Per quanto riguarda la co-somministrazione, il vaccino pandemico e il vaccino stagionale potranno essere somministrati contemporaneamente, in diversi siti di inoculazione, purché uno dei due vaccini sia del tipo non adiuvato. Nei casi in cui non sia possibile la co-somministrazione, il Consiglio superiore di sanità (Ccs) ritiene che, soprattutto per i soggetti a rischio di complicanze per patologie pregresse, debba avere la priorità il vaccino pandemico. È, inoltre, raccomandato il rispetto di un intervallo temporale di almeno tre settimane tra le due somministrazioni, sia che si utilizzi vaccino antinfluenzale stagionale adiuvato, sia che si utilizzi vaccino non adiuvato. Anche nel caso di somministrazione del vaccino pandemico ai bambini che stiano effettuando le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale pediatrico, si raccomanda di rispettare il medesimo intervallo temporale di almeno tre settimane tra la somministrazione di vaccino pandemico e quella delle altre vaccinazioni. Ai pazienti affetti da malattia autoimmune, infine, il Ccs consiglia la somministrazione del vaccino solo dopo attenta valutazione da parte del medico curante.

Vaccino antiinfluenzale e sindrome di Guillain-Barré

Uno specifico problema di sicurezza inerente il vaccino antiinfluenzale monovalente è il rischio ipotizzato di una maggiore incidenza nei vaccinati di sindrome di Guillain-Barré. In passato è stato in effetti identificato un incremento di incidenza della sindrome pari ad 1: 100,000 nei soggetti vaccinati contro l'influenza suina nel 1976 negli USA (*WHO, WER 32, 2009*). Le ragioni della bassa sicurezza di quel vaccino non sono mai state identificate. Tuttavia, nessuno dei successivi vaccini antiinfluenzali è stato nuovamente associato ad un eccesso di rischio per la sindrome: nei soggetti vaccinati per l'influenza la sindrome di Guillain-Barré ha una incidenza di circa 1:100,000, non superiore né inferiore a quella osservata nella popolazione non vaccinata.

Sebbene possa essere difficile individuare eventuali associazioni tra vaccinazione ed eventi avversi rari e che insorgono a distanza di tempo dalla vaccinazione, tuttavia esistono oggi nei paesi a sviluppo avanzato sistemi di sorveglianza post-marketing ritenuti estremamente sensibili ed efficaci.

Adiuvanti a base di squalene

E' oggetto attuale di discussione la sicurezza dello squalene, sostanza emulsionante componente dell'adiuvante MF59, sviluppato e prodotto da Novartis ed utilizzato nel vaccino Focetria®, correntemente impiegato in Italia. E' una sostanza naturale ben conosciuta, precursore del colesterolo, prodotta da tutti gli organismi superiori, inclusi gli esseri umani, utilizzato come adiuvante nei vaccini, per migliorare la risposta anticorpale. L'impiego di vaccino adiuvato con MF59 per l'influenza stagionale è stato licenziato dall'Unione Europea sin dal 1997 e, da allora, ne sono state distribuite circa 45 milioni di dosi. La solidità dei dati sulla sicurezza e l'efficacia di MF59 è confermata da ampi studi di farmacovigilanza, effettuati nell'arco temporale tra il 1997 e il 2006, periodo durante il quale oltre 27 milioni di individui hanno ricevuto vaccinazioni anti-influenzali stagionali con formulazioni vaccinali che contenevano tale adiuvante! Nell'insieme, numerosi studi epidemiologici nonché rilevazioni post-marketing del sistema di Farmacovigilanza italiano che fa capo all'AIFA non hanno evidenziato differenze significative, per quanto riguarda le reazioni avverse, fra i vaccini antinfluenzali stagionali adiuvati con MF59 e quelli non adiuvati.

La polemica è stata innescata dall'ipotesi, della quale non esiste alcuna evidenza, che lo squalene sia responsabile di una serie di patologie del sistema immunitario note con il termine di "sindrome della guerra del golfo". Uno studio del 2000 mise in correlazione la presenza di anticorpi anti squalene nel sangue con l'insorgenza della "sindrome della guerra del Golfo" nei veterani della guerra: il 95% dei militari che mostravano i sintomi della sindrome presentava gli anticorpi, non rilevabili negli individui del campione che non presentavano i sintomi. Due autori dello studio e un terzo ricercatore pubblicarono un'altra analisi nel 2002; in questo studio misero in correlazione la presenza degli anticorpi anti squalene nei soggetti affetti dalla sindrome del Golfo con la somministrazione di squalene contenuto in alcuni lotti di vaccino anti antrace. Studi successivi evidenziarono diverse carenze tecniche nel metodo di analisi dei dati adottato nello studio. Fu, inoltre, appurato che i vaccini contro l'antrace somministrati ai militari in questione non contenevano squalene. Uno studio condotto nel 2009 non ha rilevato correlazione tra gli anticorpi anti-squalene e l'insorgenza della sindrome del Golfo (*Phillips et al., Vaccine 27 (2009) 3921-3926*).

Una metanalisi recente (*Schultze et al., 2008*) che, utilizzando un database della ditta produttrice, dimostra la buona tollerabilità dell'adiuvante nonostante vi sia, rispetto ai vaccini non adiuvati, una maggiore incidenza di reazioni locali. Si tratta di reazioni però sempre e rapidamente regredite. In particolare, gli eventi avversi severi, riportati anche in fase di valutazione post-marketing, ed in particolare gli eventi neurologici severi, sono stati inferiori all'incidenza spontanea della patologia nella popolazione generale (es: S. di Guillain-Barré: 0,03 casi ogni 100.000 riceventi il vaccino adiuvato stagionale - solo in tre dei nove casi è risultato possibile un rapporto con la vaccinazione - *versus* 0,6-4 casi ogni 100.000 persone/anno, che rappresenta l'incidenza della malattia - *Hughes et al., 2005*). Si tratta in ogni caso di tassi di incidenza sovrapponibili a quelli osservati negli studi di sorveglianza di soggetti immunizzati con altri vaccini convenzionali, non adiuvati.

D'altra parte uno studio recente della Novartis (*Pellegrini, 2008*) ha dimostrato, nella popolazione ≥ 65 anni, il netto vantaggio immunologico del vaccino adiuvato rispetto a quello non adiuvato, senza che si siano verificati maggiori effetti collaterali di tipo severo. Infatti, i dati attualmente disponibili suggeriscono

scono che MF59 migliora la secrezione anticorpale nei confronti di svariati antigeni batterici e virali (compresi gli antigeni influenzali).

Rassicurazioni sulla innocuità e la tollerabilità del vaccino contenente MF59 derivano anche dalla ormai nota mancata produzione di anticorpi contro lo squalene. Anticorpi anti-squalene sono, infatti, normalmente presenti a basso titolo nel siero di soggetti sani; l'immunizzazione con vaccini contenenti MF59 non induce cambiamenti significativi nei livelli sierici di tali anticorpi. Peraltro, non si sono rilevate significative differenze nel titolo di anticorpi antisqualene tra individui che avevano ricevuto vaccino adiuvato con MF59 e quelli che avevano ricevuto vaccino non adiuvato.

Motivo di polemica è infine il fatto che una medesima Azienda Farmaceutica (come Novartis oppure GSK) produca e commercializzi vaccini antiinfluenzali adiuvati in Europa e non adiuvati negli USA. Questa situazione è determinata dal fatto che l'FDA, al contrario dell'EMA, non ha ancora ratificato l'impiego di alcun vaccino anti-influenzale adiuvato.

Sicurezza di vaccini contenenti thiomersal

E' stato sollevato il dubbio che il thiomersal, sostanza utilizzata come preservante in numerose formulazioni vaccinali multidose (ma non nelle fiale da una singola dose) e che contiene tracce di mercurio, sia associato ad un rischio incrementato di eventi avversi, in particolare quello di sviluppare autismo. Una revisione dei dati disponibili condotta nel 2004 dall'Institute of Medicine ha tuttavia escluso alcun tipo di associazione, ad eccezione di un minimo rischio di reazioni di ipersensibilità locale (*Immunization Safety Review Committee. Vaccines and Autism. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Press; 2004. Available at: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10997 Accessed October 5, 2009.*)

Dott. Claudio Cancellieri

*Direttore U.O. Malattie Infettive Ospedale
G.B.Morgagni-L.Pierantoni*

AVVISO

A TUTTI GLI ISCRITTI

Gli uffici dell'Ordine

i giorni 24/12/2009 e 31/12/2009

resteranno aperti al pubblico

solamente fino alle ore 14.00

SOCIETA' DI CAPITALE E CONTRIBUTO ENPAM DEL 2% AL FONDO SPECIALISTI ESTERNI

La Legge n.243/2004, all'art.1 comma 39, ha istituito in capo alle società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e alle società di capitali, operanti in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, l'obbligo di versare al Fondo Specialisti Esterni gestito dall'ENPAM un contributo della misura del 2% del fatturato annuo attinente alle prestazioni specialistiche rese nei confronti del medesimo SSN e delle sue strutture operative, senza diritto di rivalsa. Tale contributo deve essere versato sulle posizioni personali dei Professionisti che hanno prodotto le prestazioni.

Tale obbligo, ovviamente, non è stato gradito dalle suddette società, molte delle quali sono ricorse a vie legali presentando ricorsi che però sono stati tutti rigettati.

Recentemente anche la Corte Costituzionale (ORDINANZA N. 252\2008) si è espressa, dichiarando inammissibile la questione di incostituzionalità della norma prospettata dal giudice di merito.

Alcune delle società, visto l'esito negativo dei ricorsi, stanno prendendo l'iniziativa di far firmare ai Professionisti una clausola in base alla quale questi ultimi si obbligano ad accollarsi il contributo di cui sopra, versandolo alle società stesse con cui intrattengono il rapporto contrattuale.

Tale iniziativa è da considerarsi illegittima, in quanto l'obbligo contributivo, essendo preordinato all'interesse generale e al dovere di solidarietà economica e sociale di cui all'art.2 della Costituzione, è indipendente dalle prestazioni e prescinde da ogni valutazione di vantaggiosità previdenziale per gli stessi soggetti obbligati. Questi ultimi appartengono, in ragione del loro accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, alla categoria degli erogatori dei servizi alla salute.

Già nel 2005 la Corte di Cassazione ha espresso il principio per il quale il rapporto intercorre direttamente tra le società accreditate e il SSN, e il Tribunale di Venezia ha recentemente confermato che le società indicate dalla Legge, con il loro rapporto di accreditamento sono parte del sistema sanitario nazionale e dunque sono tenute direttamente ai doveri solidaristici stabiliti dalle norme vigenti.

Le obbligazioni contributive non possono venir "ribaltate" su soggetti diversi da quelli previsti dalla legge : l'imputazione del contributo sui singoli medici, si configura, sotto il profilo legale, come evasione di un'obbligazione che incombe direttamente sulla società.

Si invitano pertanto tutti gli iscritti a rifiutare di sottoscrivere la citata clausola contrattuale che, come ribadito recentemente anche dal Presidente dell'ENPAM, è del tutto illegittima, e a controllare che i suddetti contributi vengano regolarmente versati, in quanto essi vanno a costituire un "credito previdenziale" per l'iscritto, che dovrà quindi percepire al momento del collocamento a riposo un'adeguata contropartita pensionistica.

Dott. Maurizio Di Lauro
Presidente CAO



POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA, CALMA E SANGUE FREDDO

Entro la prossima settimana, esattamente per il giorno 28 novembre, sabato, ogni medico d' Italia dovrebbe avere un indirizzo di Posta Elettronica Certificata. Ma tutti i colleghi che ancora non dispongono di questo servizio, possono stare tranquilli.

Infatti, la settimana scorsa, a seguito di un incontro tra il Ministro Brunetta ed una Delegazione della Fnomceo è stato chiarito che "la scadenza è soltanto «ordinativa», e non perentoria, di conseguenza non rischiano sanzioni i medici che dal giorno successivo non disporranno di Posta Elettronica Certificata.

"Il Ministro" ha dichiarato il Segretario Nazionale della Fnomceo Dott. Peperoni "ha comunque confermato l'intenzione di puntare su prescrizione e certificazione on line entro il I semestre del nuovo anno".

La Fnomceo ha garantito pertanto che si attrezzerà per offrire ai propri iscritti 250mila caselle PEC, da assegnare attraverso gli Ordini provinciali. Questo indirizzo e-mail sarà, ovviamente, fornito anche dal nostro Ordine. Senz' altro, comunque, non si partirà prima dell'inizio del nuovo anno.

In caso di ulteriori ritardi, una interessante alternativa è data dalla trattativa in corso tra gli Ordini dei Medici dell' Emilia Romagna e i responsabili del Progetto Sole, a cui sono collegati tutti i PC di studio dei Medici di Medicina Generale e degli Ospedali regionali, che sta studiando la possibilità di garantire un indirizzo PEC gratuito a tutti i colleghi iscritti agli Ordini

Quindi, cari colleghi, attendiamo sereni gli sviluppi della situazione e guardiamoci dall' aderire a richieste onerose provenienti da compagnie private, che ci chiedono fino a 50 euro / annui per un servizio ancora non totalmente obbligatorio.

Pubblichiamo di seguito la comunicazione nr. 44 della FNOMCeO in merito all'attivazione della casella di posta elettronica certificata.

Adempimenti e interventi della FNOMCeO a supporto degli Ordini Provinciali. Richiesta di adesione agli Ordini Provinciali.

Da recenti contatti con il Ministero della Funzione Pubblica, da noi sollecitati ed ottenuti, si è chiarito che la scadenza del 29 novembre 2009, prevista dalle vigenti disposizioni di legge relative all'oggetto, è da intendersi come termine ordinario e non perentorio. Il Ministero della Funzione Pubblica comunque intende portare a termine questo processo entro il 2010. Gli Ordini dovranno rendere disponibile alla Pubblica Amministrazione gli elenchi degli indirizzi di posta certificata dei propri iscritti. Ad avviso della scrivente Federazione appare utile fornire in fase di prima attivazione a tutti i professionisti iscritti agli albi tale indirizzo. Ricordiamo che la disponibilità della casella di posta certificata comporterà una assunzione di responsabilità da parte del professionista già nella fase di attivazione e successivamente nel momento in cui il messaggio sarà recepito sul server del gestore (certificazione del ricevimento). Nella riunione di Comitato Centrale del 13.11.2009 la FNOMCeO, in considerazione della necessità di un'omogeneità di intervento finalizzata anche ad una migliore tutela (e valutate altresì le favorevoli condizioni di mercato venutesi a creare nelle ultime settimane), ha deciso di provvedere all'acquisto delle caselle di posta elettronica per gli Ordini che ne faranno richiesta (al momento solo per il primo anno). Per completezza di informazione va precisato che le caselle gratuite messe a disposizione di tutti i cittadini dall'INPS o da altri enti saranno utilizzabili solo per i rapporti con la pubblica amministrazione e non con altri soggetti, come invece è necessario in un'attività professionale.

Dal punto di vista dei possibili vantaggi per gli Ordini, tra i molteplici utilizzi della PEC, ricordiamo ad esempio la convocazione delle assemblee ordinarie. Si invitano pertanto gli Ordini interessati ad inviare, entro 15 giorni dal ricevimento della presente, eventuale conferma di adesione alla fornitura gratuita della casella PEC ai propri iscritti, specificando loro numero tenendo presente che in una prima fase, in considerazione della non perentorietà, si prevederebbe l'acquisto di un numero di caselle pari al 70% dei potenziali utenti, numero eventualmente aumentabile in una seconda fase. Si ritiene superfluo evidenziare come le economie di scala consentite dall'acquisto delle caselle di posta da parte dei singoli Ordini che, in ogni caso, hanno, ovviamente, piena autonomia decisionale in merito. Non appena saranno perfezionate le procedure di acquisizione del servizio, le sue caratteristiche, le possibili estensioni opzionali sarà cura della scrivente Federazione comunicare agli Ordini aderenti le modalità di adesione dei singoli iscritti e il ruolo che in merito dovrà essere svolto dagli Ordini provinciali con risorse proprie o con procedure esternalizzate.

Gli uffici della Federazione sono a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Dott. Gian Galeazzo Pascucci

Coordinatore Commissione Comunicazione ed Informazione