

Im

bollettino di *modena*

2012

Aprile - Giugno

Bollettino dell'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

**I RISULTATI DEL QUESTIONARIO
SUL BOLLETTINO;**

**L'IMPEGNO DELL'ORDINE PER
LA TUTELA DELL'AMBIENTE**
(G. Romani);

**L'ASSUNZIONE
CONTEMPORANEA DI
FUMO DI TABACCO E
BETA CAROTENE ESPONE
A MAGGIORI RISCHI DI
SVILUPPO DI TUMORI
BRONCO-POLMONARI**
(R. Lodi – F. Rivasi);

**UNA RIFLESSIONE SUL
CORPO IN MEDICINA**
(G. Mattei);

**LA RIDUZIONE DEI PARTI
CESAREI È UN UTOPIA?**
(G. Masellis).



Siamo quelli di sempre, con più forza per difendere i tuoi valori.

La Banca popolare dell'Emilia Romagna è a capo del Gruppo BPER, sesto Gruppo Bancario Italiano.

Gruppo BPER :

Banca Popolare dell'Emilia Romagna
 Banca della Campania
 Banca di Sassari
 Banca Popolare del Mezzogiorno
 Banca Popolare di Aprilia
 Banca Popolare di Lanciano e Sulmona
 Banca Popolare di Ravenna
 Banco di Sardegna
 Carispaq - Cassa di Risparmio Provincia dell'Aquila

Siamo nati e cresciuti nella
stessa terra.

Da sempre ti conosciamo
e sappiamo di cosa hai bisogno
per far crescere il tuo mondo.

Per servirti sempre meglio
abbiamo alle spalle
la forza di un grande Gruppo,
ma rimaniamo quelli di sempre,
vicini ai tuoi progetti
e ai tuoi valori.

SOMMARIO

bollettino di modena

QUESTIONARIO	04
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	09
LETTERE ALLA REDAZIONE	13
NORMATIVA	16
AMBIENTE E SALUTE	18
DI PARTICOLARE INTERESSE	20
L'OPINIONE	30
BIBLIOTECA	32
DIALETTO IN PILLOLE	33
ARTE E DINTORNI	34

Opera di copertina: Albano Lugli - ritratto del canonico Emilio Bulgarelli, olio su tela, cm 82x120, datato 1897, Carpi, Museo Civico.

CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Paolo Martone

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

Dr. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani,

D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Raffaele Bruni,

Dr. Luca Carteri, Dr. Adriano Dallari,

Dr. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi,

Dr. Francesco Sala.

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Roberto Olivi Mocenigo

Componenti

Dr. Cinque Michele

Dr. Matteo D'Arienzo

Revisore dei conti supplente

Dr. Luigi Bertani

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvizionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

Dr. Michele Cinque, Dr. Paolo Martone,

Dr. Roberto Olivi Mocenigo,

D.ssa Lucia Rolando, Prof. Francesco Rivasi

REALIZZAZIONE EDITORIALE

MC Offset

Via Capilupi, 31 - Modena

Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978

Fotocomposizione

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | Tel. 059/285398

QUESTIONARIO

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLE RISPOSTE AL QUESTIONARIO SUL BOLLETTINO

ALCUNE NOTE A MARGINE DEI GRAFICI

Ogni qualvolta si analizzano i risultati di un questionario tutti sanno perfettamente che si possono esprimere ogni sorta di valutazioni. L'obiettivo del nostro era di verificare il cosiddetto "gradimento" del Bollettino dell'Ordine da parte dei colleghi, sollecitandoli anche a suggerire nuove proposte.

Se su alcuni *item* non credo valga la pena soffermarsi troppo – maggioranza dei responders ultracinquantenni, di sesso maschile e appartenenti (90%) ai tre grandi contenitori professionali (convenzione, libera professione e dipendenza) – su altri ci si può addentrare per cogliere se non altro i cambiamenti in atto.

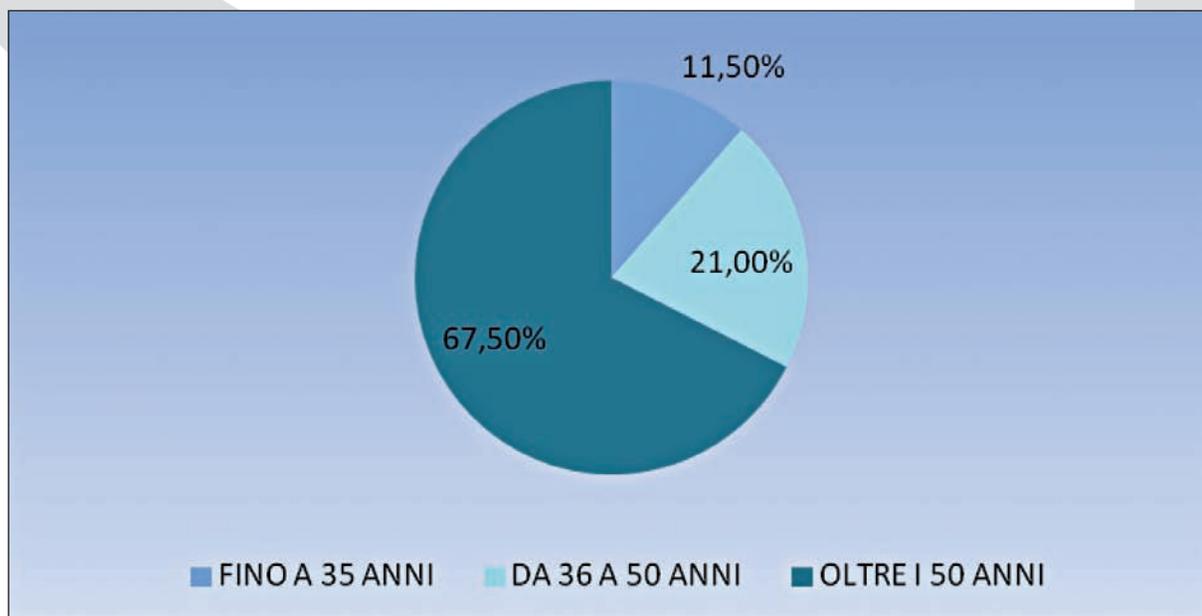
La assoluta maggioranza di chi ha risposto al questionario (90%) si è dichiarato favorevole alla realizzazione di un Bollettino telematico che, evidentemente, va incontro ad esigenze di una più celere informazione soprattutto in alcuni campi come le novità legislative, le tematiche medico legali, gli aggiornamenti previdenziali. Dobbiamo registrare con soddisfazione che un'alta

percentuale (40%) di colleghi legge tutte le rubriche mentre riscuotono sempre grande interesse le novità scientifiche e gli avvisi dei convegni e/o corsi.

Per ultimo, non certo per importanza, un cenno alle proposte. Spicca in questo senso l'attenzione, tutta nuova e particolare ma ai primi posti di gradimento, delle tematiche previdenziali nonché di quelle correlate ai problemi medico legali. Segni piuttosto chiari di un disagio della professione che deve sempre più confrontarsi con una realtà del tutto sconosciuta fino a un ventennio fa, tale però da creare le condizioni di un disagio che non ha mai pervaso un esercizio professionale caratterizzato invece da un forte impegno personale e umano. Da non sottovalutare infine un forte input all'Ordine per approfondire i temi del rapporto territorio – ospedale, ma su questo c'era già un preciso impegno del Consiglio e su quella strada intendiamo andare avanti.

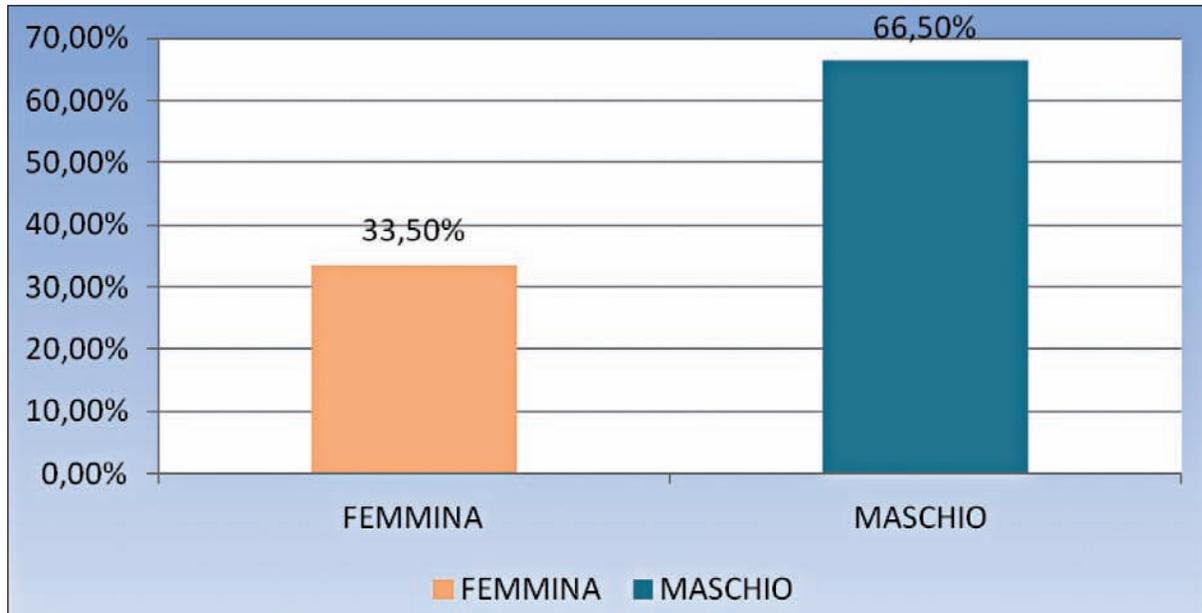
Il Comitato di Redazione

FASCE D'ETÀ

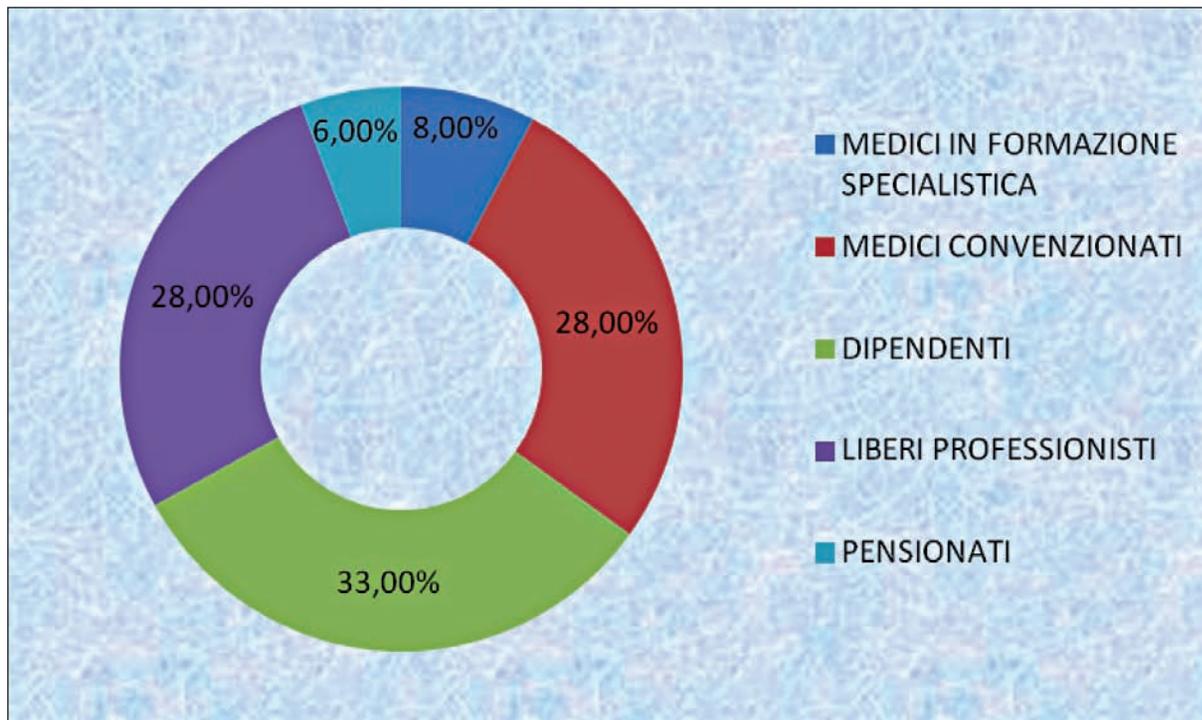


QUESTIONARIO

GENERE

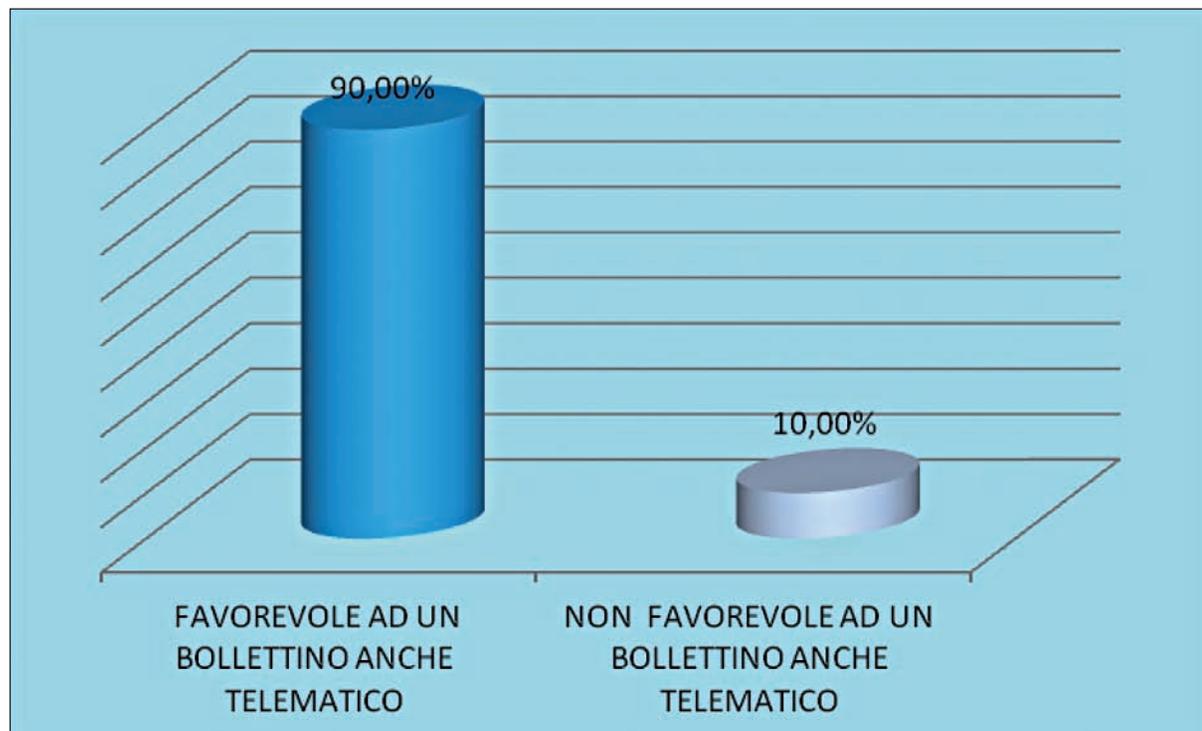


ATTIVITÀ PROFESSIONALE



QUESTIONARIO

BOLLETTINO TELEMATICO*



* Molti dei colleghi che hanno espresso parere favorevole ad un bollettino telematico hanno inteso la sostituzione dell'attuale bollettino cartaceo con un Bollettino esclusivamente informatico. Le motivazioni principali adottate sono state: minor spazio nell'archiviazione (da considerare che il 70% non archivia), e risparmio di carta, minori disguidi postali, più velocità nella ricezione.

RUBRICHE PIÙ LETTE **

TUTTE	40,00%
DALLE NOVITA' SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA	9,00%
NEWS	7,00%
CORSI CONVEGNI CONGRESSI	7,00%
NORMATIVA	4,00%
EDITORIALE	4,00%
STORIE MODENESI	4,00%
PARTICOLARE INTERESSE	4,00%

**a seguire molte altre rubriche a tutt'oggi presenti sul Bollettino

QUESTIONARIO

TEMATICHE PROPOSTE

PENSIONI - CONTRATTI DI LAVORO - QUESTIONI MEDICO-LEGALI
AMPLIARE NOTIZIE SULLA PROFESSIONE NEGLI OSPEDALI E RAPPORTO OSPEDALE - TERRITORIO
FORMAZIONE PROFESSIONALE (LOCALE, REGIONALE E NAZIONALE)
MEDICINA D'URGENZA E MEDICINA LEGALE
DEONTOLOGIA MEDICA E POLITICA SANITARIA
LIBERA PROFESSIONE
LINEE GUIDA
AGGIORNAMENTI NELLE VARIE BRANCHE MEDICHE
NUOVE TECNOLOGIE E RESPONSABILITA' MEDICA
PROBLEMATICHE AUSL MODENA - PROBLEMATICHE PROFESSIONALI, CULTURALI SOCIALI, ORGANIZZATIVE
RAPPORTI TRA MEDICI MEDICINA GENERALE E MEDICI OSPEDALIERI - RAPPORTI TRA COLLEGHI
PIU' ARTICOLI DI ODONTOIATRIA
VOLONTARIATO NEL MONDO MEDICO
ASPETTI POLITICI NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE - ASPETTI BUROCRATICI E FIGURE GERARCHICHE - USO DENARO PUBBLICO NELLA SANITA'
CASISTICA ERRORI PROFESSIONALI
ATTIVITA' AMBULATORIALE SPECIALISTICA EXTRA OSPEDALIERA
CONSIGLI PRATICI PER DISTRICARSI TRA NORME BUROCRATICHE PER L'USO DI NUOVI FARMACI / TECNOLOGIE DIAGNOSTICHE / INFORMATICHE
INDIPENDENZA DEL MEDICO NELL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE: A CHI SPETTA SALVAGUARDARLA? SOVRANITA' DELL'ATTO MEDICO
BIOETICA
LAVORO PER GIOVANI MEDICI - CONSIGLI E ORIENTAMENTI
PRATICA MEDICA E CASI CLINICI
COMUNICAZIONE - RELAZIONE CON IL PAZIENTE
RAPPORTI CON INFORMATORI DEL FARMACO. COMMENTI SU NUOVE TERAPIE

(riportate in ordine di preferenze espresse)

QUESTIONARIO

SUGGERIMENTI PRATICI

ELIMINARE LE SPONSORIZZAZIONI PUBBLICITARIE PER DARE SPAZIO A MATERIE MEDICHE
UTILIZZARE CARTA MENO COSTOSA
VA BENE COSI' COM'E'
MAGGIORI INFORMAZIONI RIGUARDO ALLA PROFESSIONE MEDICA
MENO ARTICOLI CARATTERE GENERALE E PIU' ARGOMENTI SPECIFICI
MANTENERE IL DIALOGO CON GLI ISCRITTI CHE POSSONO OFFRIRE SPUNTI – PERMETTERE AGLI ISCRITTI DI INVIARE CONTRIBUTI
INFORMAZIONI PRATICHE (esempio: modalità e orari di accesso a servizi ospedalieri o ad ambulatori a disposizione dei colleghi ecc)
INVIO PIU' FREQUENTE (OGNI 15 GG) VIA TELEMATICA
POSSIBILITA' DI INCONTRI ARTISTICO - CULTURALI. SEGNALAZIONE DI MOSTRE- VIAGGI - INIZIATIVE ARTISTICHE E CULTURALI
RUBRICA IN CUI POTER PUBBLICARE UNA DIAGNOSI INCONSUETA IN CUI CI SI E' IMBATTUTI
RUBRICA ITER DIAGNOSTICO-TERAPAUTICO DI UNA PATOLOGIA INTERVISTANDO UNO SPECIALISTA
AUMENTARE ARTICOLI TRATTI DA RIVISTE INTERNAZIONALI
PUBBLICAZIONE QUESTIONARIO SULLE CONDIZIONI LAVORO SPECIALIZZANDI A MODENA
MENO TEMATICHE PER MMG
SERVIZI DI CONSULENZA E CERTIFICAZIONE ON LINE
COLLEGAMENTO DALLA NEWSLETTER VIA EMAIL AL SITO

(riportate in ordine di preferenze espresse)

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 13 marzo 2012

Il giorno lunedì 13 marzo 2012 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Vice-Presidente	Dott. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

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

I componenti del Collegio Revisori dei Conti, Dott. Cinque Michele, Dott. Matteo D'Arienzo, e il Dott. Roberto Olivi Mocenigo presenti in sala per partecipare alla riunione del Collegio, sono invitati dal Presidente, con l'approvazione di tutti, a prendere parte alla seduta di Consiglio.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio Direttivo del 13.2.2012 e del 21.2.2012;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Definizione delle Commissioni ordinistiche per il triennio 2012-2014 (esecutivo);
5. Professional Day (D'Autilia, Gozzi);
6. Accordo ANISAP-Federfarma: stato dell'arte;
7. ENPAM: Consiglio Nazionale del 24.2.2012 (Addamo);
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
10. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

Prima iscrizione

AMBROSIO	ALESSANDRO
ARDIMENTO	ETTORE
ARMILLOaTTA	DOMENICO
CAGNANO	SIMONA
CANDINI	DANIELE
DIBELLO	GIUSEPPE
FEDERZONI	LUCIA
KODZHEBASH	LILIYA
PATSARYNA	IHOR
SORBO	PIETRO
STEFANI	ELISA
TRANFA	CHRISTIAN

N. iscrizione

Iscrizione per trasferimento

FIDANZA	FRANCESCO ANTONIO	6690
---------	-------------------	------

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 2 aprile 2012

Il giorno lunedì 2 aprile 2012 – ore 21,30 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Vice-Presidente	Dott. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Mara Bozoli, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

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

Sono altresì presenti i componenti del Collegio Revisori dei Conti: Dott. Cinque Michele, Dott. Matteo D'Arienzo e Dott. Roberto Olivi Mocenigo.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio Direttivo del 26.2.2012 e del 13.3.2012;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. ENPAM: Report dal Consiglio Nazionale (Addamo);
5. Esito delle elezioni per il rinnovo del Comitato Centrale della FNOMCeO (D'Autilia, Gozzi);
6. Delibere amministrative (Addamo);
7. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
8. Delibere del personale dipendente;
9. Varie ed eventuali.

Albo Medici Chirurghi

Prima iscrizione

		N. iscrizione
MOHAMED LAMIN	LAROSSI	6691
VAI	FRANCESCA	6692

Iscrizione per trasferimento

GNARINI	VALENTINA LUISA	6693
UCCI	NICOLA	6694

Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui all'art. 29, comma 3, dlgs 17/8/99 n. 368 e succ. modificazioni

LORENZINI	MONICA	6173
-----------	--------	------

Inserimento elenco speciale Psicoterapeuti ai sensi della L. 56/89

SOLI	MARCELLO	3719
------	----------	------

Cancellazione

CALIGIANI	BENEDETTA	6483
MIMMO	PATRIZIO	6131
QUAGLIA	MICHELE	6003

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO - lunedì 23 aprile 2012

Il giorno lunedì 23 aprile 2012 – ore 21,00 - presso la sala delle adunanze di quest'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Sono presenti:

Presidente	Dott. Nicolino D'Autilia
Vice-Presidente	Dott. Beniamino Lo Monaco
Consigliere Segretario	Dott. Paolo Martone
Tesoriere	Dott. Antonino Addamo

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Paolo Barani, D.ssa Loretta Boiani, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Luca Carteri, Dott. Adriano Dallari, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Vincenzo Malara

Assenti giustificati: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Raffaele Bruni, Dott. Roberto Gozzi, Dott. Stefano Reggiani.

per discutere il seguente ordine del giorno:

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 2.4.2012;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Documento Conferenza Stato-Regioni sui ruoli sanitari: competenze degli infermieri (D'Autilia);
5. Iniziativa ISDE-Ordine su Monitor;
6. ENPAM: news (Addamo);
7. Vicenda prescrizione farmaci dei MMG e PLS (Sala);
8. Proposta di istituzione di un "Gruppo medici per la legalità" (D'Autilia, Olivi)
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
11. Delibere del personale;
12. Varie ed eventuali.

Sono altresì presenti i componenti del Collegio Revisori dei Conti: Dott. Cinque Michele, Dott. Matteo D'Arienzo. Assente giustificato il Dott. Roberto Olivi Mocenigo.

Albo Medici Chirurghi

Prima iscrizione

FILIPPONE	PATRIZIO	N. iscrizione
Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui all'art. 29, comma 3, dlgs 17/8/99 n. 368 e succ. modificazioni		6695
SILVESTRI	DIEGO	5513

Cancellazione

ABELLA	RAUL FELIPE	5187
ARAPOGLU	TEODORA	2938
BARRON TELLO	MANUEL MARIA	4388
BONATTI	RUBES	2234
FINI	MATTEO	4942
GIARDINO	LUCIANA	4426
GORI	ENRICO	2648
KENGNE FOGOULONG	CARINE	6413
LASKARIS	ANDREAS	6842
MORETTI	BARBARA	5740
MUSAJO	FRANCESCO	3530
ZACCARIA	GIACOMO	5942

Albo Odontoiatri

Cancellazione

FILOTIE	ELENA	N. iscrizione
		0612

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - martedì 27 marzo 2012

Il giorno martedì 27 marzo 2012 - ore 20,45 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Sono presenti:

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

1. Approvazione verbale CAO del 21.2.2012;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Riforma della professione;
4. Programma di lavoro per il triennio 2012-2014: aggiornamento e formazione, pubblicità sanitaria;
5. Valutazione vicende disciplinari;
6. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
7. Varie ed eventuali.

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI - lunedì 7 maggio 2012

Il giorno lunedì 7 maggio 2012 - ore 21,45 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

Sono presenti:

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

1. Approvazione verbale CAO del 27.3.2012;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Riforma della professione;
4. Programma di lavoro per il triennio 2012-2014: aggiornamento e formazione, pubblicità sanitaria;
5. Valutazione vicende disciplinari;
6. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
7. Varie ed eventuali.

NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
Al Dott. Giuseppe Cottafavi per il decesso della madre
Alla D.ssa Laura Malmusi per il decesso della madre
Alla famiglia per il decesso del collega Dott. Pradelli John Mauricio
Al Dott. Malak Mohamad Kamel per il decesso del fratello.

LETTERE ALLA REDAZIONE

Signor Presidente Nicolino D'Autilia, cari Colleghi, forse ci ripetiamo. Tuttavia si diceva anche 2000 anni fa: "...repetita iuvant ...", almeno speriamo. Allora serviva a qualcosa. Oggi, quello che si ripete tristemente, è che nel nostro Paese troppe persone innocenti continuano a morire uccise sulle "strisce pedonali". Lo confermano i recenti dati pubblicati dall'ISTAT. Le cifre sono consultabili e sono ben note, tanto che lo Stato Italiano è obbligato a pagare un'ammenda all'Europa Comune, poiché i decessi stradali non si sono ridotti, come era stato pattuito e sottoscritto a suo tempo. Dunque per i padroni delle strade, i pedoni non esistono. Solo chi inquina e diffonde gas tossici ha diritti senza limiti. In buona sostanza paradossalmente, poiché i pedoni non inquinano, non interessano a nessuno!

Al riguardo, un "prototipo" di attraversamento pedonale difficile e a rischio per i pedoni è quello di "via Del Pozzo", nei tratti di accesso alle Strutture del Poliambulatorio e del Policlinico, da parte di cittadini utenti, comprese mamme con bimbi in carrozzina e persone anziane. La pericolosità dell'attraversamento pedonale di accesso al Poliambulatorio è nota da tempo a tutti, compreso l'Assessorato dei Servizi Traffico e Trasporto del Comune di Modena.

Gli utenti considerano l'attraversamento di accesso al Poliambulatorio quasi da "panico", a causa della velocità dei mezzi provenienti su doppia fila da via Vignolese, per il terrore di essere travolti, non essendo presente nessuna protezione, né lampeggiatore né segnalatore di passaggio con precedenza pedonale. Superato questo attraversamento difficile, il pedone incontra una seconda

difficoltà di attraversamento, con strisce pedonali, per raggiungere il Poliambulatorio. Si tratta del flusso di auto provenienti, a velocità non controllata, dal parcheggio esterno e dirottate in uscita su via Del Pozzo.

Della situazione menzionata era stato informato anche il Consiglio del Distretto Circondariale da cui dipende Via Del Pozzo, i cui provvedimenti non si sono mai visti. Ma se Atene piange Sparta non ride. Infatti le cose non vanno meglio nell'area interna del Policlinico, dove il traffico di automezzi ha raggiunto livelli preoccupanti, senza adeguati controlli. A prescindere dalla incalcolabile entità di polveri sottili e ultrasottili, mai rese note, nonché dei gas tossici scaricati giornalmente nell'area del Policlinico, che non dovrebbe essere inquinata per non apportare ulteriori danni agli ammalati, il traffico dei mezzi in transito non tiene conto dei limiti di velocità, degli stop obbligatori e del rispetto dei pedoni, che rischiano di essere travolti. Tra le maglie nere del traffico stradale interno del Policlinico figura anche il transito dell'autobus di linea, che in un incrocio rende problematico il passaggio dei pedoni dal Poliambulatorio al Policlinico. Inoltre, si fa notare nel circuito stradale del Policlinico, la segnaletica è carente e in alcuni punti quasi invisibile, il che favorisce le scorrettezze e la velocità dei mezzi di trasporto. Insomma si vede la necessità di un riordino del sistema del traffico stradale almeno all'interno del Policlinico. Mentre scriviamo, giace in Parlamento la proposta di legge di ridurre la velocità di percorso dei mezzi nei circuiti cittadini con l'obbligo da parte dei costruttori di dotare le auto e i mezzi di trasporto di limitatori automatici. Nella stessa proposta viene previsto di punire, con "provvedimenti penali"

LETTERE ALLA REDAZIONE

e il carcere i conducenti di mezzi, in preda ad alcool e droghe, responsabili di uccisioni di persone sulla strada.

Non si pretende, come sarebbe giusto, di dedicare una "Giornata Nazionale ai Caduti sulle Strisce Stradali", ma ci rivolgiamo al Consiglio dell'Ordine, affinché prenda responsabilmente una posizione ufficiale in merito alla "PREVENZIONE" delle morti ingiustificate ed evitabili sulle strisce pedonali. E' utile ricordare che il dovere dei Medici, come recita l'articolato del Nuovo Codice di Deontologia Medica, è di attuare la "TUTELA della SALUTE" dei cittadini. In particolare l'articolo 5 recita testualmente:il Medico favorisce e partecipa alle iniziative di "PREVENZIONE", di tutela della salute.....individuale e collettiva. Gli fa eco l'articolo 32 che mette in evidenza "I DOVERI DEL MEDICO NEI CONFRONTI DEI SOGGETTI FRAGILI". Il pedone è da considerare un soggetto fragile, anche perché non ha nessuna protezione, e spesso

muoiono sulle strade soggetti minori e anziani. Abbiamo il dovere di intervenire nel rispetto della dignità delle persone e della qualità della vita.

Una soluzione esemplare in opera da tempo a Vignola è rappresentata dalla installazione di un semaforo a velocità controllata prima del tratto stradale antistante l'Ospedale Civile, che diventa rosso quando i mezzi in transito superano la velocità consentita.

Non si tratta di atteggiamenti da "difensori civici", ma semplicemente di disporre una maggiore "PREVENZIONE" per chi ha diritto di essere tutelato dai rischi del traffico stradale. Si potrebbe dire che, in tempi difficili come quelli che stiamo attraversando, ci troviamo di fronte a problemi di portata sempre maggiore. Ma nel frattempo cerchiamo di non perdere di vista eventi prevenibili, evitando di piangere vittime innocenti e le sofferenze delle famiglie colpite.

Renzo LODI - Francesco RIVASI

Rispondiamo a un collega che leggendo sull'ultimo bollettino, in un paragrafo dal titolo: ENPAM, nuovi assetti nel Consiglio di Amministrazione, chiedeva spiegazioni più dettagliate in merito alle vicende del nostro ente di previdenza.

ENPAM: QUESTIONI NOTE MA NON TROPPO

Caro collega le "note vicende" a cui fa riferimento l'articolo del bollettino sono quelle riportate dalla stampa, ovvero che il Presidente dell'ENPAM Eolo Parodi, un ex consigliere esperto e altri due ex dirigenti dell'ente sono stati indagati con l'accusa di truffa aggravata per aver raggirato il consiglio di

amministrazione e averlo indotto in scelte erranee che avrebbero recato un danno all'ente stesso.

Noi non siamo in grado di dirti se le accuse mosse sono fondate o meno, questo lo appurerà la magistratura speriamo in tempi brevi. Noi possiamo dirti che l'ENPAM nel 2011 ha chiuso con un bilancio pre consuntivo più che positivo facendo registrare un

LETTERE ALLA REDAZIONE

avanzo di gestione di 892 milioni di euro, cioè 25 milioni di euro in più di quanto ipotizzato nell'ultimo bilancio di previsione, che il Presidente Parodi si è autosospeso per permettere alla magistratura di fare al meglio il suo lavoro, che l'ENPAM, per voce del vice presidente vicario Dr. Oliveti, ora succeduto alla presidenza, si è dichiarata parte offesa in questa vicenda e che le accuse mosse, se dimostrate vere porterebbero ad una omessa vigilanza da parte del Presidente Parodi in virtù della sua carica e non ad una indebita appropriazione e che nessuno degli indagati è accusato di aver sottratto alcunché all'ente.

Noi stiamo seguendo con attenzione queste vicende e possiamo dirti che la relazione del Collegio Sindacale richiesta ultimamente dal Ministro Fornero in riferimento all'indagine della magistratura è positiva, in quanto ha escluso potenziali ricadute sui conti e che il Dr. Oliveti in questi giorni ha dichiarato che il patrimonio dell'ENPAM è in crescita di un miliardo rispetto al pre-consuntivo così che il patrimonio totale sale da 11,5 miliardi

a 12,5 miliardi di euro registrandosi al contempo una significativa riduzione dei rischi legati ai passati investimenti in strutturati e derivati.

Tutto bene? No, ma almeno la situazione è sotto controllo e non è così drammatica come qualcuno avrebbe interesse a farla apparire. In questo momento di forti tensioni economiche un ente come l'ENPAM con il suo ingente patrimonio, 12,5 miliardi di euro, farebbe molto comodo a qualunque cassa, ed un ente mal gestito o con a capo persone incapaci o peggio truffaldine sarebbe preda di facili appetiti ed inglobato agevolmente nel mare magnum della previdenza pubblica con il plauso di tutti.

Siamo grati alla magistratura per l'opera di vigilanza e controllo che svolge in questo contesto e a chiunque chieda maggiore trasparenza e chiarezza, ma dobbiamo stare attenti alle facili ed interessate speculazioni che potrebbero portare alla perdita dell'autonomia della Nostra cassa di previdenza.

A. Addamo

Inserzione pubblicitaria

Causa personali motivi di salute, si cede ambulatorio dentistico autorizzato, con sede in provincia di Modena. Doppia postazione di lavoro, avviamento ventennale, possibilità di affiancamento anche annuale al subentro. Prezzo euro 20.000,00 dilazionabili fino a 24 mesi.
Per qualsiasi informazione 340 0811228.

NORMATIVA

Pubblichiamo la precisazione che è pervenuta dall'AUSL di Modena, Servizio Farmaceutico, in risposta ad una nostra richiesta di chiarimenti riguardo la destinazione dei farmaci inutilizzati (a vario titolo) in confezione integra.

FARMACI INUTILIZZATI ANCORA IN CORSO DI VALIDITÀ

I cittadini si rivolgono talvolta al medico per chiedere a chi possano essere consegnati i farmaci eventualmente rimasti inutilizzati presso il loro domicilio. Questa evenienza può infatti verificarsi quando per il medico è stato necessario variare una terapia già prescritta, ad esempio per inefficacia di quella precedentemente impostata o per effetti collaterali intervenuti a carico del paziente, o, nei casi più gravi, per il decesso del paziente.

Il vuoto normativo in questo campo è stato colmato alcuni anni fa con la Legge Finanziaria 2008 (Legge 24 dicembre 2007, n 244, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato") che all'articolo 2, commi 350, 351 e 352 (riportati in calce), ha dettato le disposizioni per il recupero dei medicinali. I medicinali, oggetto dei suddetti commi, devono essere in corso di validità (non scaduti), conservati nel loro confezionamento integro (completi di tutte le unità posologiche e del foglietto illustrativo) e correttamente conservati.

La legge prevede, al comma 350, che i farmaci inutilizzati in possesso di:

- ospiti delle Residenze sanitarie assistenziali,
- pazienti che hanno ricevuto assistenza domiciliare dalle Aziende USL o da organizzazioni non lucrative aventi finalità di assistenza sanitaria

possano essere riutilizzati:

- all'interno delle stesse Residenze sanitarie assistenziali,

- dalle Aziende USL o dalle organizzazioni non lucrative che hanno provveduto all'assistenza domiciliare.

Al di fuori delle situazioni sopra descritte i detentori di confezioni di medicinali che non abbiano più necessità di utilizzarle possono, secondo il comma 351, consegnarle ad organizzazioni senza fini di lucro, riconosciute dalle regioni e province autonome, aventi finalità umanitarie o di assistenza sanitaria.

In questo caso i medicinali che possono essere recuperati e riutilizzati devono essere in corso di validità (non scaduti), conservati nel loro confezionamento integro (completi di tutte le unità posologiche e del foglietto illustrativo) e correttamente conservati con esclusione di quelli per i quali è prevista la conservazione in frigorifero a temperature controllate.

Al cittadino può quindi essere consigliato di consegnare gli eventuali farmaci che, ancora validi, non abbia più necessità di utilizzare ad una organizzazione umanitaria o di assistenza sanitaria senza fini di lucro (es. Porta Aperta).

Nei casi previsti dai commi 350 e 351 i medicinali dovranno essere presi in carico da un medico della Struttura che provvederà alla loro verifica, registrazione e custodia (comma 352).

Legge 24 dicembre 2007, n 244 art.2

350. Le confezioni di medicinali in corso di validità,

NORMATIVA

ancora integre e correttamente conservate, legittimamente in possesso di ospiti delle Residenze sanitarie assistenziali (RSA) ovvero in possesso di famiglie che hanno ricevuto assistenza domiciliare, per un loro congiunto, dall'azienda sanitaria locale (ASL) o da una organizzazione non lucrativa avente finalità di assistenza sanitaria, possono essere riutilizzate nell'ambito della stessa RSA o della stessa ASL o della stessa organizzazione non lucrativa, qualora, rispettivamente, non siano reclamate dal detentore all'atto della dimissione dalla RSA o, in caso di suo decesso, dall'erede, ovvero siano restituite dalla famiglia che ha ricevuto l'assistenza domiciliare alla ASL o all'organizzazione non lucrativa.

351. Al di fuori dei casi previsti dal comma 350, le

confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, ad esclusione di quelle per le quali è prevista la conservazione in frigorifero a temperature controllate, possono essere consegnate dal detentore che non abbia più necessità di utilizzarle ad organizzazioni senza fini di lucro, riconosciute dalle regioni e province autonome, aventi finalità umanitarie o di assistenza sanitaria.

352. Ai fini del loro riutilizzo, le confezioni di medicinali di cui ai commi 350 e 351 sono prese in carico da un medico della struttura od organizzazione interessata, che provvede alla loro verifica, registrazione e custodia. Le disposizioni di cui ai commi da 350 al presente comma si applicano anche a medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope.

Affittasi in zona sud di Carpi (MO)

Appartamento al primo piano di circa mq 90 adibito a Studio Medico e/o Studio Dentistico con ascensore così composto: due locali operativi, ufficio, sala d'attesa, servizio igienico, ripostiglio e due balconi.

Ampio parcheggio, zona ben servita.

Per informazioni: 059/682771



AMBIENTE E SALUTE

L'IMPEGNO DELL'ORDINE PER LA TUTELA DELL'AMBIENTE

Sabato 5 maggio presso la sala ex-oratorio del palazzo dei Musei di piazza Sant'Agostino a Modena, si è tenuto un convegno organizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Modena e ISDE-medici per l'ambiente dal tema "Inceneritori, ambiente e salute".

La preoccupazione per gli effetti sulla salute di inquinanti presenti nell'ambiente circostante impianti di incenerimento di rifiuti (sia pericolosi che urbani) è diffusa e va assumendo dimensioni sempre maggiori. Numerosi sono gli studi epidemiologici effettuati per valutare l'impatto sulla salute degli inceneritori di rifiuti, molto eterogenei nel metodo e nei risultati. Spesso il confronto fra le diverse ricerche risulta difficile, se non impossibile, a causa delle differenze dovute al contesto geografico, alle popolazioni prese in esame, alle diverse tipologie di impianti o di rifiuti considerati. Tali studi spesso non consentono di dimostrare un rapporto causa-effetto univoco dei fattori di rischio ambientali legati al ciclo dei rifiuti, proprio perché nelle aree coinvolte operano numerosi fattori di pressione ambientale e criticità riferibili anche a fattori socio-economici. Inoltre tali indagini sono caratterizzate da problematiche di tipo tecnico nello stabilire un rapporto causa-effetto degli impianti di incenerimento, basti pensare alla compresenza di diverse fonti di inquinamento nella stessa area geografica (traffico veicolare, inquinamento industriale ecc.), ai lunghi tempi di latenza fra l'esposizione e il manifestarsi del danno alla salute.

In tal senso un nuovo studio verrà realizzato dalla britannica *Health Protection Agency* per definire il nesso tra le emissioni dei moderni inceneritori di rifiuti urbani e la salute umana. Il nuovo studio prenderà avvio nel mese di aprile 2012 ed ha l'obiettivo di ampliare le conoscenze e fornire ulteriori informazioni al pubblico su questo argomento. I risultati preliminari di questo studio saran-

no disponibili a partire dal 2014.

E' comunque doveroso sottolineare che un inceneritore immette in ambiente significative quantità di inquinanti dannosi per la salute sia delle popolazioni esposte (con danni in parte valutabili mediante studi epidemiologici), che della popolazione in genere (soprattutto a causa dell'inevitabile inquinamento delle catene alimentari). Gli inquinanti rilasciati con maggiore frequenza sono rappresentati da metalli, idrocarburi policiclici aromatici, acidi (fluoridrico e cloridrico), gas (CO, NOx, SOx) policloroderivati (diossine e furani) cloruro di vinile, e particolato ultrafine. Di particolare pericolosità le particelle ultrafini (UPF), particelle di diametro <0,1 micron e per questo motivo in grado di oltrepassare gli alveoli polmonari.

Queste ultime sono indicate come particolarmente patogene a livello cardio-vascolare.

Per queste ragioni, da oltre 20 anni, il conferimento in discariche e l'incenerimento dei rifiuti devono essere considerati metodi residuali di trattamento dei rifiuti. L'unione Europea all'articolo 4 della direttiva C.E. 17/6/2008 stabilisce una gerarchia nella eliminazione dei rifiuti, mettendo l'incenerimento al penultimo posto immediatamente prima delle discariche. Questo perché sempre secondo l'Unione Europea la gestione dei rifiuti deve essere effettuata senza danneggiare la salute umana e senza creare pregiudizio all'ambiente.

In una regione altamente inquinata come la Pianura Padana è doveroso ricorrere ad una maggior cautela nell'immissione di sostanze potenzialmente pericolose nell'aria atmosferica. Un'ampia letteratura scientifica prodotta negli ultimi due decenni mostra il nesso tra inquinamento atmosferico e danni alla salute con effetti acuti e cronici a carico del sistema cardiovascolare e respiratorio. In particolare è dimostrata una correlazione tra esposizione a inquinamento atmosferico ed effetti acuti, come mortalità giornaliera, ricoveri e

AMBIENTE E SALUTE

accertamenti al pronto soccorso, visite ambulatoriali e consumo di farmaci per problemi cardiovascolari e respiratori¹.

La relazione tra inquinamento atmosferico ed eventi avversi cardiovascolari è nota e studiata da tempo. Molti studi hanno evidenziato la relazione con la mortalità cardiovascolare. Una metanalisi effettuata nel 2009 dall'Health Effect Institute ha concluso che esiste una *evidenza sufficiente* dell'associazione causale tra inquinamento atmosferico ed incremento della mortalità cardiovascolare². Una recente metanalisi pubblicata su JAMA³ ha mostrato che l'incremento della concentrazioni di molti inquinanti nell'aria comporta un aumento significativo del rischio di infarto miocardico acuto (ad esempio, l'aumento di 10 µg/m³ di PM_{2,5} comporta un incremento del 2,5% di rischio di infarto miocardico acuto e quello di 1 mg/m³ di CO comporta un incremento del 4,8% di rischio di infarto miocardico acuto). Questi effetti sono particolarmente evidenti nei gruppi di popolazione più vulnerabili, come gli anziani, i bambini, i soggetti già affetti da patologie cardio-vascolari e respiratorie, che possono manifestare disturbi e malattie anche per esposizioni a concentrazioni di inquinanti inferiori a quelli definiti come limiti di legge.

Nel 2007 la Regione Emilia-Romagna ha avviato il progetto Monitor che ha indagato tutti e nove gli inceneritori di RSU funzionanti nella regione, sostanzialmente con due obiettivi:

- acquisire nuove conoscenze relative alle caratteristiche qualitative e quantitative delle emissioni in atmosfera rilasciate da tali impianti.
- Valutare, con approccio omogeneo, lo stato di salute della popolazione direttamente esposta alle emissioni degli inceneritori di RSU.

Nel Dicembre 2011 sono stati presentati risultati finali e il Comitato Scientifico nelle sue conclusioni asseriva: "Le analisi epidemiologiche sugli effetti a lungo termine sono state condotte con metodologia rigorosa e attendibile e si riferiscono a tutti gli inceneritori della regione. Nell'insieme l'impatto sanitario degli inceneritori

dell'Emilia-Romagna è contenuto, ma non nullo"

Alcuni epidemiologi ed oncologi appartenenti all'ISDE Italia (International Society of Doctors for Environment) hanno sottolineato come i risultati suggeriscano la possibilità di un aumentato rischio per alcune patologie tumorali (fegato, pancreas, vescica, colon, linfoma non-Hodgkin, polmone, ovaio) e non tumorali (malattie cardiocircolatorie, vascolari e respiratorie) e che il dato più preoccupante (come rimarca lo stesso Comitato scientifico dello studio Monitor) concerne l'aumentato rischio di nati pre-termine ed aborti spontanei (un dato che, se confermato rafforzerebbe i risultati di altri studi che hanno mostrato un aumentato rischio di malformazioni fetali nelle popolazioni direttamente esposte.). Alla luce di quanto detto fino ad ora e in base all'art. 5 del nostro Codice Deontologico che afferma che "*Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale determinante più importante della salute dei cittadini*" ritengo doveroso, per tutelare la salute della popolazione, mantenere alta la sorveglianza sugli impianti di incenerimento di rifiuti e farci promotori di proposte con le istituzioni per migliorare la situazione ambientale del nostro territorio.

*Per l'associazione ISDE Medici per l'Ambiente
Gabriele Romani*

Per approfondimenti www.isde.it

1) *Inquinamento urbano e patologie cardiovascolari, position paper a cura di: Associazione Medici per l'Ambiente (ISDE Italia), Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), Società Italiana di Cardiologia (SIC), Società Italiana di Igiene (SItI), Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), Azienda USL 11 Empoli, Azienda Sanitaria di Firenze; 7 febbraio 2012*

2) *HEI Panel on the health effects of traffic-related air pollution. A critical review of the literature on emissions, exposure, and health effects. HEI Special Report 17. Boston, MA: Health Effects Institute; 2010*

3) *Mustafic H ety al. Main Air Pollutants and Myocardial Infarction - A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA 2012;307:713-21*

DI PARTICOLARE INTERESSE

RECENSIONI UTILI PER SAPERE CHE... L'ASSUNZIONE CONTEMPORANEA DI FUMO DI TABACCO E DI BETA-CAROTENE PUO' ESPORRE A RISCHI DI SVILUPPO DI TUMORI BRONCO-POLMONARI

PREMESSE

Nonostante i progressi delle biotecnologie e dei sistemi più avanzati di imaging, la "diagnosi precoce" dei tumori bronco-polmonari, intesa come "anticipazione diagnostica preclinica", rappresenta tuttora un traguardo in stallo. Infatti, dai grandi trials finora realizzati, si evince che tutti gli "screening" sviluppati per individuare in "fase preclinica" i tumori del polmone, non hanno contribuito a ridurre il "tasso di mortalità" di questa infrenabile malattia. Tuttavia la ricerca è aperta e continuano gli studi finalizzati a controllare gli stadi iniziali di sviluppo e la gestione di questa temibile patologia.

In realtà, la TAC multistrato del torace è in grado di rivelare i tumori del polmone in uno stadio più precoce rispetto alla semplice radiografia. Ciò nonostante, da quanto si evince da una delle maggiori sperimentazioni randomizzate, realizzata negli Stati Uniti dal "National Lung Screening" (NLST) con più di 53.000 grandi fumatori arruolati, sottoposti regolarmente a controlli mediante la TAC del torace, i cui risultati preliminari sono stati annunciati nel novembre del 2010, si può giungere egualmente in ritardo per un trattamento efficace, che consenta di aumentare veramente la sopravvivenza dei pazienti con tumori del polmone (1).

GOOD CLINICAL PRACTICE

Sulla scorta di queste constatazioni e in termini di "good clinical practice", il percorso più razionale e senza riserve è ancora centrato sulla "prevenzione" dei "fattori di rischio".

A prescindere dai ben noti induttori convenzio-

nali dei tumori bronco-polmonari, quali il fumo di tabacco, l'inquinamento ambientale, alcune lavorazioni a rischio, oggi sono stati messi sotto inchiesta anche alcuni "integratori", cosiddetti alimentari, e farmaci assunti cronicamente.

Alfa, beta e gamma-carotene sono provitamine, convertibili nella forma attiva della vitamina A. Il beta-carotene è presente non solo negli integratori alimentari, ma anche in diverse specialità medicinali, sia in forma di antiossidante, che di eccipiente.

In questi ultimi anni, diversi studi e ricerche hanno fatto osservare un aumento del rischio di sviluppo di tumori, specialmente polmonari, ma anche della prostata e di adenomi colon-rettali, con una morbilità e mortalità cardiovascolare globale aumentata, in forti fumatori che assumevano contemporaneamente "beta-carotene".

Le "evidenze" degli studi clinici riportati in letteratura confermano l'esistenza del rischio aumentato di sviluppo di tumori e di mortalità in seguito all'assunzione di "beta-carotene" da parte dei forti fumatori. Un compendio sintetico dei possibili indicatori di evidenze, si può desumere dalla rassegna dei seguenti Reports.

° Lo studio randomizzato VATBC (Alfa Tocoferol Beta-Carotene Cancer Prevention Study) svolto su 23.133 fumatori, riporta una entità del 18% di Tumori Polmonari più elevata nel gruppo dei fumatori che assumevano "beta-carotene", rispetto ai gruppi che non ne facevano uso.

° Lo studio randomizzato CARET (Beta-Carotene and Retinol Efficacy Trial) riporta una incidenza maggiore del 28% di tumori polmonari nel grup-

DI PARTICOLARE INTERESSE

po dei fumatori che assumevano "beta-carotene" (2).

° Lo Studio Prospettico su una Coorte rilevante di 60.000 donne francesi arruolate, ha messo in evidenza che nelle fumatrici, che contemporaneamente assumevano beta-carotene, il rischio di sviluppo di tumori bronco-polmonari, non solo era aumentato rispetto alla popolazione delle non fumatrici, ma era altresì "dose beta-carotene dipendente".

° Nella Monografia sul Beta-Carotene, redatta dal Gruppo Statunitense "The National Standard Research Collaboration", contenente dati statistici di rilievi aggiornati al 2006, nella sintesi conclusiva si consiglia formalmente le fumatrici e i fumatori di tabacco, ma anche i consumatori abituali di bevande alcoliche e superalcoliche, a non assumere contemporaneamente "beta-carotene", poiché questa sostanza è risultata correlata con il rischio di maggiore sviluppo di tumori bronco-polmonari.

° Un autorevole Gruppo Statunitense di "Esperti" in Vitamine e Minerali ha sollecitato la "Food Standard Agency" a promulgare la raccomandazione affinché sull'etichettatura di tutti i prodotti a base di "beta-carotene", venga riportata la scritta della "controindicazione all'assunzione ad parte dei forti fumatori".

Il meccanismo d'azione in senso neoplastico del beta-carotene non è ancora chiaro e documentato. Tuttavia, sulla base delle ricerche sperimentali, si ipotizza che il beta-carotene potrebbe avere un effetto induttore sugli enzimi del citocromo P50, con una plausibile conseguente attività di potenziamento dei diversi cancerogeni contenuti nel fumo di tabacco (3).

PROVVEDIMENTI DELLA DIREZIONE GENERALE DELLA VALUTAZIONE DEI MEDICINALI E DELLA FARMACOVIGILANZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE

In seguito alle evidenze cliniche riportate nei trials

enunciati negli Stati Uniti, in Italia sono state ufficialmente adottate alcune misure preventive da parte della Direzione Generale della Valutazione dei Medicinali e della Farmacovigilanza del Ministero della Salute.

° Per ogni specialità farmaceutica che contiene come sostanza di base il "beta-carotene", vi è l'obbligo, imposto al Produttore, di inserire nel testo illustrativo del farmaco, la "controindicazione" all'assunzione da parte dei forti fumatori di tabacco.

° Per le Specialità Medicinali contenenti "beta-carotene" come eccipiente, viene imposto ai Produttori di sostituire questa sostanza oppure ridurre il dosaggio di beta-carotene presente, informando i fumatori, mediante il testo illustrativo, circa i rischi correlati tra fumo di tabacco e beta-carotene.

° La Direzione Generale degli Alimenti del Ministero della Salute ha trasmesso la ordinanza a tutti i Produttori di "Integratori Alimentari", che impiegano "beta-carotene" in questi prodotti, di stampare a caratteri chiari nelle etichettature la "controindicazione" all'assunzione da parte dei forti fumatori di tabacco.

INTERVENTION REVIEW

In una "Review", organizzata da un Gruppo Internazionale di Ricercatori, con lo scopo di saggiare gli effetti favorevoli e/o dannosi di supplementi di antiossidanti per prevenire la morbilità e la mortalità negli adulti, si premette che, in precedenti ricerche su animali e su modelli fisiologici, era stato osservato che supplementi alimentari di antiossidanti potevano produrre effetti benefici e prolungare la vita media (4). Tuttavia, in diversi studi osservazionali erano apparsi risultati contraddittori, nel senso che alcune di queste indagini suggerivano che i supplementi di antiossidanti potevano prolungare la vita media, mentre altri studi osservazionali mostravano effetti neutri o addirittura dannosi.

DI PARTICOLARE INTERESSE

Nella sistematica ricerca riportata nella citata "Review", sono stati inclusi 78 grandi trials clinici randomizzati. In totale figurano arruolati 296.707 partecipanti, che sono stati randomizzati in gruppi che assumevano supplementi di antiossidanti, cioè "beta-carotene", vitamina A, vitamina C, vitamina E, Selenio, versus gruppi trattati con Placebo e altri gruppi di controllo senza l'assunzione di antiossidanti e di Placebo.

La metanalisi, aggiornata in base ai risultati dei 78 trials selezionati, ha messo in evidenza che i supplementi di antiossidanti potrebbero aumentare la mortalità. In buona sostanza i Ricercatori riportano l'assenza di evidenze cliniche a sostegno dell'attività dei supplementi di antiossidanti a favore della "prevenzione primaria o secondaria". Al riguardo sembra che il "beta-carotene" e la "vitamina E" aumentino la mortalità. Lo stesso effetto può essere attribuito alle alte dosi di "vitamina A", che però non è associato con l'assunzione di vitamina C e di Selenio. Le "evidenze" di questa ricerca non mettono in rilievo vantaggi particolari circa l'assunzione di supplementi di antiossidanti nella popolazione generale o in pazienti affetti da varie patologie.

Infine i Ricercatori esprimono l'opinione che è necessario considerare gli antiossidanti, proposti come supplementi alimentari, a tutti gli effetti prodotti medicinali, e che di conseguenza devono essere sottoposti ad una più approfondita valutazione e a una congrua normativa prima di essere messi in vendita nel libero mercato.

RAPPORTI TRA FARMACI E TUMORI

Prima di chiudere questa rassegna, si ritiene utile ricordare uno "specimen" attinente i rapporti tra farmaci e tumori. Le notizie comparse sulle correlazioni tra farmaci antagonisti dei recettori dell'angiotensina, cioè gli Angiotensin Receptor Blocher (ARB), impiegati in clinica per il controllo dell'ipertensione arteriosa e per il trattamento della insufficienza cardiaca, e l'insorgenza di tumori in generale, vengono riportate da una metanalisi del 2010, pubblicata su "The Lancet Oncology" (5).

In questo studio, composto da sperimentazioni randomizzate su un contingente di circa 30.000 unità arruolate, è stato osservato che, tra i soggetti partecipanti alle ricerche, quelli che assumevano il telmisartan (denominazione chimica), farmaco antagonista dei recettori dell'angiotensina, presentavano una maggiore probabilità di sviluppare neoplasie, calcolata nella entità del 7,2% versus il 6% dei controlli, con particolare riferimento ai tumori polmonari. Naturalmente ci si chiede se il rischio sia limitato per un tasso lievemente aumentato di neoplasie polmonari e per quale ragione.

Tuttavia ricerche di questa tipologia sono utili per riflettere e mettono in evidenza che è indispensabile sviluppare studi più accurati per conoscere meglio le conseguenze della assunzione a lungo termine di diversi farmaci. Sulla scorta della citata metanalisi, la Food And Drug Administration negli Stati Uniti, ha deciso di procedere a una più approfondita indagine di revisione riguardante l'attività della classe degli Angiotensin Receptor Blocher. La morale che ne consegue è la seguente: nella prescrizione dei farmaci, specie a lunga assunzione, l'informazione e la cautela sono sempre buone norme da prendere in considerazione.

*Renzo Lodi - Francesco Rivasi
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

Riferimenti bibliografici

- 1) *La diagnosi precoce del tumore al polmone. From Harvard Medical School. Harvard Health Letter. Edizione Italiana, Hesperia Informazioni 2011; 17: 1 - 3.*
- 2) *Neuhouser ML, Patterson RE, Thomquist MD, Omenn CS, King IB, Googman GE. Fruits and vegetables are associated with lower lung cancer risk only in the placebo arm of beta-carotene and retinol efficacy trial (CARET). Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention 2003; 12: 350 - 58.*
- 3) *Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, Simonetti RG, Gluud C. Mortality in randomized trials of antioxidant supplements of primary and secondary prevention. J A M A 2007; 297: 842 - 57.*
- 4) *Bjelakovic G, Nikolova D, Gluud LL, Simonetti RG, Gluud C. Antioxidant supplements for prevention of mortality in healthy participants and patients with various diseases. (Review). Copyright The Cochrane Collaboration 2012, Published by John Wiley & Sons, Ltd.*
- 5) *Rubrica: Il Medico Risponde. From Harvard Medical School. Harvard Health Letter. Edizione Italiana, Hesperia Informazioni 2011; 17: 8.*

DI PARTICOLARE INTERESSE

LA GAMMOPATIA MONOCLONALE DI INCERTO SIGNIFICATO (MGUS): UN PERCORSO CONDIVISO¹

Diagnostica e follow up dei pazienti con Gammopatia Monoclonale di Incerto Significato (MGUS) negli ambulatori di medicina generale: valutazione dell'impatto dell'utilizzo di un profilo di monitoraggio dei parametri di rischio di progressione comprendente il dosaggio delle catene libere leggere nel siero (FLC ratio)

La Gammopatia Monoclonale di Incerto Significato (MGUS) è condizione definita come presenza di una componente monoclonale (CM) nel siero o nelle urine in soggetti senza evidenza clinica o laboratoristica di mieloma multiplo, macroglobulinemia di Waldenstrom, amiloidosi o altri disordini linfoproliferativi. La prevalenza di MGUS nella popolazione generale è circa l'1%, con maggior rischio per il sesso maschile. Nelle classi di età più elevate può raggiungere il 9%. Sebbene il mieloma multiplo sia la patologia che più frequentemente ne consegue, l'evoluzione in disordini linfoproliferativi è piuttosto rara e globalmente circa l'1% per anno. Allo stato attuale la diagnosi e il follow up dei portatori di MGUS sono caratterizzati da una forte variabilità della pratica clinica e i pazienti sono gestiti attraverso visite frequenti e ripetute presso gli ambulatori provinciali specialistici di ematologia.

Sulla base dei dati epidemiologici e degli studi pubblicati la MGUS è una condizione che può essere efficacemente gestita dal Medico di Medicina Generale in tutti i casi in cui non siano presenti ben definiti e specifici fattori di rischio di progressione.

IL PERCORSO

Il percorso è stato definito nell'ambito di un progetto di ricerca-intervento finanziato con fondi del Bando di Modernizzazione della Regione Emilia-Romagna. Nel progetto sono coinvolti: la "Rete Ematologica Provinciale", il Dipartimento di Patologia Clinica e il Laboratorio Centralizzato BLU dell'AUSL di Modena, il Dipartimento Cure Primarie e i MMG dei Distretti di Modena e Castelfranco Emilia.

I principali obiettivi del progetto sono:

- sperimentare un modello organizzativo presso gli ambulatori di medicina generale volto all'ottimizzazione della diagnosi e del follow up delle Gammopatie Monoclonali attraverso i parametri proposti;
- valutare l'impatto dell'adozione nella routine di BLU, delle indagini utili a identificare i fattori di rischio di progressione;
- costituire una banca dati per il monitoraggio nel tempo della coorte dinamica dei portatori di Gammopatie Monoclonali della provincia di Modena;
- ridurre il numero di visite ematologiche dei pazienti con gammopatie monoclonali a basso rischio di progressione;
- facilitare l'accesso alle visite ematologiche ai pazienti con gammopatia monoclonale associata a fattori di rischio di progressione.

LE FASI DEL PERCORSO

FASE 1: La valutazione del rischio del singolo paziente

Secondo gli studi più recenti, in presenza di gammopatia monoclonale è possibile individuare condizioni predittive di rischio di progressione in assenza di più chiari segni di malattia conclamata e, di conseguenza, personalizzare il follow up attraverso la valutazione di:

¹GRUPPO DI PROGETTO

Coordinatore: V Solfrini - Direzione Sanitaria AUSL Modena

Componenti: AUSL Modena: M Morandi, F Bellelli, L Cavazzuti, ML De Luca, G Buonaugurelli, E Gaetti, S Cecoli, R Amendolara, L Casolari, G Pedrazzini - MMG Modena e Castelfranco: MG Bonesi, G Feltri, C Piancone, F Pieralisi - AOU Policlinico, UO Ematologia e Rete Ematologica Provinciale: C Basili, A Donelli, G Leonardi, M Luppi, R Marasca, F Narni, G Partesotti, G Torelli
Dipartimento di Patologia Clinica AUSL Modena: AM Cenci, T. Trenti

DI PARTICOLARE INTERESSE

a) dosaggio della componente monoclonale (CM);

b) tipizzazione della CM;

c) rapporto tra le catene leggere libere kappa/lambda (FLC ratio) nel siero.

A seguito di esame elettroforetico delle proteine sieriche, su tutti i reperti positivi per presenza di banda larga il laboratorio svolge a cascata la serie di esami di approfondimento per ricercare, quantificare e caratterizzare un eventuale componente monoclonale.

Gli esiti di tali esami giungono al MMG che farà una valutazione del rischio di progressione in malattia conclamata.

In Tab. 1 sono illustrati i criteri per individuare i fattori di rischio di progressione (FR).

Tab.1: FATTORI DI RISCHIO DI PROGRESSIONE

		Fattore di rischio (FR)
A	Tipizzazione componente monoclonale (CM)	IgA-IgM
B	Dosaggio CM	≥ 1,5 g/dl
C	Rapporto catene kappa/lambda	<0,26; >1,65

In presenza di una CM, il MMG decide se richiedere esami di approfondimento per diagnosticare la presenza di eventuali danni d'organo, importanti per la valutazione della progressione della gammopatia monoclonale in mieloma multiplo (sintomi CRAB: ipercalcemia, insufficienza renale, anemia, lesioni ossee).

Le indagini raccomandate sono:

- emocromo per valutare l'anemia e la citopenia

- creatinemia per valutare l'insufficienza renale

- calcemia per valutare l'ipercalcemia

- esame standard delle urine seguito da esame sulle 24 ore se positivo per proteinuria.

Inoltre il MMG può verificare la presenza di altri sintomi quali la presenza di linfadenomegalie, di dolore osseo senza motivo apparente e la diminuzione di peso negli ultimi mesi.

FASE 2: Il follow up in MG o in Ambulatorio di Ematologia

In seguito alla valutazione degli esiti degli esami, il MMG decide se inviare allo specialista o gestire personalmente il follow up del paziente (Tab. 2).

Tab. 2: FOLLOW UP IN RELAZIONE AL LIVELLO DI RISCHIO DI PROGRESSIONE

Presenza di fattori di rischio (FR)		Livello rischio	Follow up (FU)
Senza FR	Età ≥ 75 anni	BASSO	ELF° + EdoS A 2 anni
	< 75 anni	BASSO-INTERMEDIO	ELF° + EdoS a 1 anno
Presenza 1 FR (A o B o C)		INTERMEDIO	ELF° + EdoS A 6 mesi
Presenza ≥ 2 FR (tra A, B, C)		ALTO	Invio specialista e visita entro 30 gg
Presenza almeno 1 sintomo di danno d'organo (CRAB* + altri sintomi di sospetto di progressione^)		ALTO	Invio specialista Urgenza B

DI PARTICOLARE INTERESSE

Nei casi di **RISCHIO ALTO**

Se sono presenti **almeno 2 FR e/o sintomi di danno d'organo** il MMG richiede una visita specialistica ematologica che sarà garantita entro 7 giorni (presenza/sospetto di danno d'organo) o entro 30 giorni (≥ 2 FR)

Nei casi di **RISCHIO INTERMEDIO e/o BASSO**

Se sono presenti **meno di 2 FR** il MMG programma un controllo elettroforetico (ELF) ed eventuali esami di valutazione di danno d'organo:

a **3-4 mesi** se prima diagnosi per escludere progressione rapida in Mieloma Multiplo

a **6 mesi** in presenza di solo 1 FR

a **1 anno** in assenza di FR in soggetti con età minore di 75 anni

a **2 anni** in assenza di FR in soggetti con età maggiore o uguali a 75 anni

°ELF = esame elettroforetico §Edo = esami per valutare il danno d'organo

***sintomi CRAB**: ipercalcemia, insufficienza renale, anemia, lesioni ossee

^ **altri sintomi**: aumento improvviso della componente monoclonale (aumento del 50%), severa proteinuria nelle 24 ore con proteine >1,5g/24 h o ++ o +++ all'esame Dip stick, linfadenomegalia >3 linfonodi >3 cm di diametro, perdita di peso >3 kg in 3 mesi

VALUTAZIONE DEL PERCORSO E RISULTATI ATTESI

L'analisi dell'impatto del percorso sarà effettuata a partire dal profilo di utilizzo di prestazioni sanitarie pertinenti (esami di laboratorio, visite ematologiche e/o oncologiche, altro), nel periodo precedente e successivo all'implementazione del percorso in una coorte di pazienti con gammopatia monoclonale assistita dai MMG dei distretti di Modena e Castelfranco. La coorte sarà costruita a partire dagli assistiti dei MMG di Modena e Castelfranco che nel periodo giugno 2011 – giugno 2012 avranno eseguito una ELF refertata dal Laboratorio BLU con riscontro di CM. Ciascun MMG riceverà un elenco di propri assistiti con riscontro di componente monoclonale che dovrà restituire confermando o negando la presenza di malattia linfoproliferativa conclamata o conosciuta.

I principali risultati attesi del progetto riguardano in primo luogo, la standardizzazione delle conoscenze e delle competenze specifiche per la diagnostica e il follow up dei pazienti con MGUS da parte dei professionisti coinvolti. La presa in carico dei pazienti con MGUS presso gli ambulatori di MMG consentirà di ridurre l'invio dei pazienti presso gli ambulatori specialistici di ematologia.

La costituzione di un database clinico alimentato via via descriverà la coorte dinamica dei portatori di MGUS e permetterà la validazione dei fattori di rischio di progressione come proposti in letteratura, compreso il dosaggio delle catene libere leggere nel siero e la valutazione di esito del percorso clinico assistenziale implementato.

Eventuali approfondimenti e la bibliografia completa è disponibile su richiesta presso il Coordinatore del progetto o scrivendo a ricerca.innovazione@ausl.mo.it.

PRINCIPALI RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

RA Kyle et al. Monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS) and smoldering (asymptomatic) multiple myeloma: IMWG consensus perspectives risk factors for progression and guidelines for monitoring and management. *Leukemia* (2010) 24, 1121–1127

Kyle RA, et al. Prevalence of monoclonal gammopathy of undetermined significance. *N Engl J Med* 354:1362-1369, 2006

Dispenzieri A, et al. Immunoglobulin free light chain ratio is an independent risk factor for progression of smoldering (asymptomatic) multiple myeloma. *Blood* 111: 785-789, 2008

Kyle RA, Rajkumar SV Monoclonal gammopathy of undetermined significance and smouldering multiple myeloma: emphasis on risk factors for progression. *Brit J Haemat* 139: 730-743, 2007

Cervi P Monoclonal gammopathy of undetermined significance (mgus) – Discharge advice for GPs Clinical Haematology Guidelines – 2008 Basildon and Thurrock University Hospitals – NHS Foundation Trust

DI PARTICOLARE INTERESSE

UNA RIFLESSIONE SUL CORPO IN MEDICINA

«Espropriato della sua malattia, che nonostante tutto è pur sempre un modo con cui, in circostanze sfavorevoli, un corpo cerca di sopravvivere, il malato si trova letteralmente “nelle mani del medico” che, agendo come funzionario della scienza, ignora il corpo perché conosce solo l’organismo.» U. Galimberti¹

La scissione cartesiana dell’essere umano in *res cogitans* e *res extensa*, considerata da Binswanger «cancro di ogni psicologia»², ha traghettato fino ai giorni nostri il modello di uomo inaugurato da Platone³, che attribuisce tutto il bene all’anima (la *res cogitans* cartesiana) e tutto il male al corpo (*soma* e al tempo stesso *sema*, cioè “tomba dell’anima”), favorendo così l’accettazione di una visione *dia*-bolica dell’esistenza (fondata sulla *dis*-giunzione anima-corpo, bene-male, positivo-negativo) a scapito del *sim*-bolismo⁴ caratterizzante la vita nella sua essenza più profonda. Il simbolo per definizione è ambi-valente, dice *questo* e al contempo *quello*, permettendo così agli opposti di co-esistere (Fig.1). L’ambivalenza simbolica del corpo umano deriva dal suo essere a un tempo veicolo che introduce al mondo e ostacolo da superare per accedere al mondo, e dal suo presentarsi tanto come contingenza quanto come possibilità esistenziale. Date queste premesse, comprendiamo come l’ambivalenza che caratterizza ogni relazione umana⁵, ha verosimilmente proprio nell’ambivalenza del corpo la sua origine. La storia del pensiero occidentale ci ha consegnato un essere umano diviso in due parti, ed è solo sul finire dell’Ottocento che si ravvisa la necessità di tornare alla dimensione corporea dell’esistenza, per favorire una ri-composizione dell’umano; la riflessione che ne scaturisce attraversa così i primi decenni del XX Secolo per diventare un momento cruciale del movimento anti-istituzionale, come ricordano le parole di Franco Basaglia: «Perché la nostra società possa cambiare deve utilizzare un nuovo modello di uomo, un modello molto più dinamico, sul quale fondare una nuova medicina consapevole



Fig.1 – Il **Taijitu** (tàì jí tú), simbolo Taoista che rappresenta il principio yin yang. Il simbolo, per definizione, è ambivalente; yin yang (*yīnyáng*) indicano polarità opposte e forze contrastanti, essenza del mondo naturale e del tutto (il cerchio, in questo simbolo), che si evocano vicendevolmente. Ogni cosa ha aspetti yin e yang: la luce, ad esempio, non potrebbe esistere senza le tenebre, per poter essere percepita (Wikipedia, 2011). L’ambivalenza simbolica non appartiene al giorno o alla notte, ma si rispecchia nel crepuscolo e nell’aurora, quando il giorno non è solo giorno e la notte non è solo notte (Galimberti, cit., p. 578).

del fatto che l’uomo oltre a essere un corpo, è un prodotto di lotte, è un corpo sociale oltre che un corpo organico. Ed è su questo corpo sociale che la nuova medicina deve lavorare [...]»⁶ Finalmente il corpo esce dall’ambito strettamente filosofico e psicologico, per approdare alla medicina sociale. Nietzsche, ne *La gaia scienza*, ravvisa il generale “*fraintendimento del corpo*” in cui sono caduti secoli di filosofia. Forse che la stessa sorte sia toccata alla nostra medicina, che di quella filosofia si è nutrita? Il significato che attribuiamo

¹ Desidero ringraziare il dott. Roberto Bursi e il dott. Daniele Di Girolamo per la lettura critica del presente lavoro. Galimberti U., *Il Corpo*. Feltrinelli, Milano 2002, p.96.

² Binswanger L., *L’indirizzo antropoanalitico in psichiatria*, in *Il caso di Ellen West e altri saggi (1944-1946)*. Bompiani, Milano 1973, p.22.

³ Cfr. Platone, Fedro.

⁴ «La filosofia, da Platone a Hegel, non è che il dissolvimento progressivo dell’ambivalenza simbolica (*sym-bállein*) attraverso quell’operazione disgiuntiva che stacca (*dia-bállein*) la forma (*eidos*) dal substrato materiale (*hypokelmenon*), l’essenza dal fenomeno, il valore dal supporto che lo incarna, l’anima dal corpo, per costruire idealità autonome, invariante ed eterne, al di là dei cambiamenti della materia eterogenea e indifferenziata.» Galimberti U., op.cit. p.110.

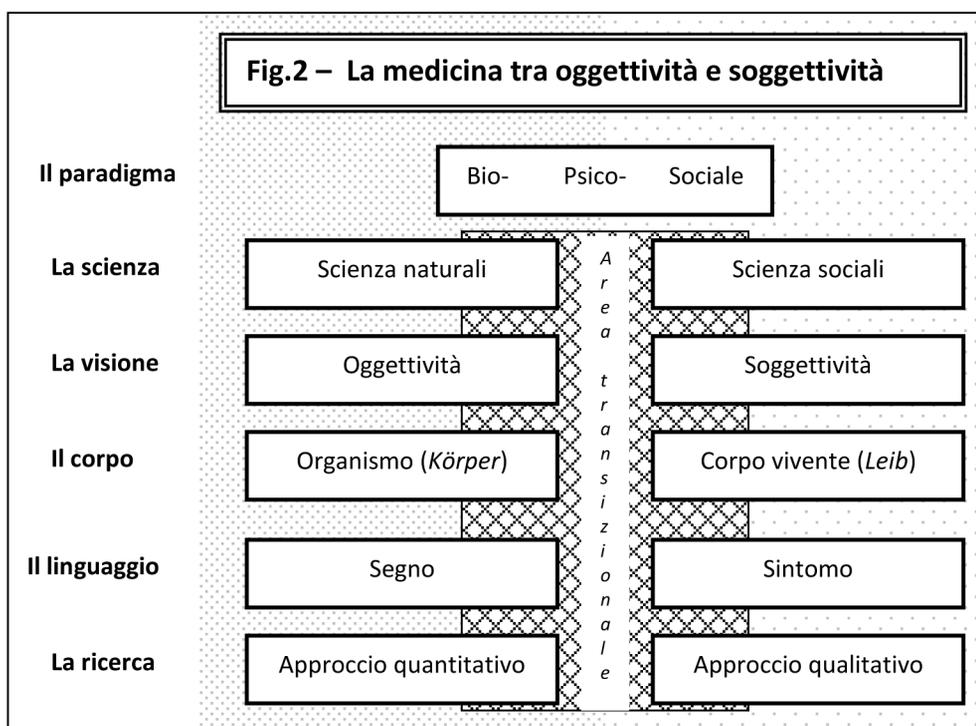
⁵ Cfr. Freud S., *Lutto e melanconia*, in *Opere 1886 – 1921*, Newton Compton Editori, Roma 2010.

⁶ Basaglia F., *Conferenze brasiliane*. (1979), Raffaello Cortina Editore, Milano 2000, p.73. Si veda anche, dello stesso autore, *L’utopia della realtà*. Einaudi, Torino 2005, capp. III, V, VI.

⁷ «È uno sguardo, quello del medico, che sottrae al corpo quell’ambivalenza simbolica che la malattia esalta, per collocarlo in quella bivalenza polare che conosce solo la disgiunzione del “normale” dal “patologico”, dove sottesa non c’è una riflessione sulla vita in generale, ma solo una riflessione sulla malattia come entità clinica che ha un “decorso”, un “esito”, ma mai un “senso”.» Galimberti U. op. cit., p.97.

DI PARTICOLARE INTERESSE

al corpo nella pratica medica è cruciale. Dobbiamo partire dalla consapevolezza che il corpo si dà nel tempo e nello spazio secondo due modalità (Fig.2): corpo organico (Körper) e corpo vivente (Leib). Il primo, riconducibile alla res extensa cartesiana, vive il tempo postulato dalla fisica, e lo spazio tridimensionale rappresentabile in un sistema d'assi cartesiani; si modella a partire dal cadavere, dal corpo-cosa privo di ogni soggettività. Tuttavia nessuno di noi, medici o pazienti, esperisce quotidianamente l'organismo, ma il corpo vivente, in cui il mio occhio non è un organo ma ciò che vede, la mia mano è *possibilità* di afferrare, accarezzare o allontanare, i miei piedi il mezzo che ho per accorciare le distanze. A differenza del corpo organico, il corpo vivente «non è nello spazio e nel tempo, ma *dischiude* lo spazio e il tempo come distanza o prossimità delle cose, come impiego di un certo tempo necessario per raggiungerle.»⁸ Se è vero che «corpo e psiche fanno uno sul piano dell'esistenza»⁹, allora possiamo affermare che organismo e corpo vivente non sono due *realtà*, ma due modalità diverse con cui si dà la *presenza*, quell'apertura



originaria che precede ogni distinzione tra soggetto e oggetto, tra interiorità ed esteriorità, tra conscio e inconscio, perfetta identità di corpo ed esistenza, per la quale essere e apparire fanno, nel corpo, tutt'uno.¹⁰ Ancora oggi però la medicina e la ricerca *mainstream*, scotomizzando il loro essere prodotti culturali interpretabili alla luce di determinati codici culturali¹¹, si concentrano solo sul corpo organico, fondando su di esso la propria sicurezza ontologica, quasi ignorassero che il principio di indeterminazione di Heisenberg non si applica esclusivamente agli elettroni¹². Credo dunque sia utile per il medico cercare di vedere il paziente con una "sana diplopia", un duplice

⁸ Galimberti U., *Psichiatria e fenomenologia*. Feltrinelli, Milano p.260.

⁹ Binswanger L., *Per un'antropologia fenomenologica*. Feltrinelli, Milano 1970, p.267.

¹⁰ Cfr. Galimberti U., *Il Corpo*. Feltrinelli, Milano 2002, pp.269-270.

¹¹ «La scienza naturale è una forma culturale che rientra soltanto nel mondo culturale di quell'umanità che l'ha elaborata e solo nel suo ambito esiste la possibilità di comprenderla.» Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Il Saggiatore, Milano 1972, p.325.

¹² Cfr. Heisenberg W.K., *I principi fisici della teoria dei quanti*. Utet, Torino 1963. In meccanica quantistica il principio afferma l'impossibilità di

DI PARTICOLARE INTERESSE

sguardo: uno rivolto al corpo organico, all'oggettività della funzione lesa, dell'osso oggettivamente fratturato, dell'addome oggettivamente dolorabile, e uno consapevole della *soggettività* del paziente, del suo essere corpo vivente, per il quale la malattia come esperienza di vita non è omologabile alle categorie della patologia medica, e assume un senso e un significato unico e irripetibile, esclusivo di quella persona e non generalizzabile. Le patologie esistono infatti per la biologia, che risponde alle esigenze di conoscere e categorizzare; la medicina, in quanto disciplina umanistica, non si può fermare al dato biologico, ma deve fronteggiare il senso che la persona attribuisce alla sua malattia, all'interno della sua vita. Per questo è vero il vecchio adagio secondo cui non esistono malattie ma malati, perché infiniti sono i modi di essere-nel-mondo e attribuire senso, secondo quella prospettiva soggettiva organizzante l'esperienza che definiamo *Sé*¹³.

La presente argomentazione non si esaurisce nella distinzione appena evidenziata tra corpo organico e corpo vivente, perché si deve prendere atto anche della presenza di un terzo spazio, di un'area transizionale (Fig.2), un'area intermedia di esperienza a cui contribuiscono la realtà interna e la realtà esterna.¹⁴ È all'interno di questo campo intermedio che hanno luogo le nostre esperienze più significative: prime fra tutte, l'esperienza della malattia. Così, la ricetta che il medico scrive, il farmaco che viene indicato, non devono essere "appoggiati" sulla scrivania (se non addirittura buttati) con noncuranza, senza la consapevolezza che nel momento in cui prescrivo una medicina questa non appartiene più esclusivamente alla realtà esterna condivisa, ma va a localizzarsi in quel campo intermedio di esperienza del Paziente che gli consente di vivere quella prescrizione come sua, poiché in tale area oggettività e soggettività si sovrappongono. Così, la prescrizione del medico (e, si noti bene, ogni sua parola) non si colloca in uno spazio indistinto che separa il suo corpo da quello del paziente, ma viene introdotta in un campo di relazione in cui l'area transizionale del paziente e quella del medico si sovrappongono, creando uno spazio di condivisione. Con il concetto di area transizionale superiamo dunque i limiti del corpo, per vedere come essi non siano affatto oggettivamente definiti e definibili, ma soggettivamente percepiti e dinamici.

Abbiamo sufficientemente evidenziato l'importanza di essere consapevoli di ciò che è oggettivo in quanto totalmente estraneo a noi, di ciò che è soggettivo e rende la nostra esperienza unica e irripetibile, e dell'esistenza di un'area intermedia di esperienza definita area transizionale. Forti di questi concetti, possiamo ora considerare la malattia «un rapporto compromesso con il mondo»¹⁵, e non solo un dato, un parametro che devia dalla norma prestabilita divenendo anormale esclusivamente per effetto di codice (in questo caso, il codice della scienza medica), a prescindere dal senso che assume per quel corpo. Questo passo ulteriore è reso possibile da una lettura fenomenologica della malattia¹⁶, che offre a noi medici la possibilità di ricomporre, nell'area dell'ambivalenza simbolica, la primordiale lacerazione platonica tra psiché e soma, per cui la salute è anche e al tempo stesso possibilità di malattia (da qui la prevenzione) e la malattia è anche e al tempo stesso salute (da qui la riabilitazione). Così, la riflessione proposta ci consente di inserire l'individuo nel più corretto rapporto io-mondo, che vede

determinare, mediante osservazione, contemporaneamente la posizione e la quantità di moto di una particella elementare (Wikipedia, 2011) perché nel tentativo di determinare una grandezza si modifica inevitabilmente l'altra. Più in generale, nel momento in cui uno scienziato studia un determinato sistema ne perturba la configurazione originaria. Un importante corollario del principio di Heisenberg è il passaggio dalla conoscenza causale alla *conoscenza probabilistica*.

¹³ Cfr. Stern D., *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino 1987.

¹⁴ Cfr. Winnicott D.W., *Gioco e realtà* (1971). Armando Editore, Roma 2006. pp.107-108.

¹⁵ Galimberti U., *Il Corpo*. Feltrinelli, Milano 2002, p.284.

¹⁶ Cfr. voce "fenomenologia" in Galimberti U., *Dizionario di Psicologia*. UTET, Torino 1994. La fenomenologia è una corrente filosofica inaugurata da E. Husserl, studia la coscienza come intenzionalità, nel suo *tendere a* ed essere *coscienza di qualcosa*.

3. Il "terzo spazio": l'area transizionale

4. Il medico "unambolo"

DI PARTICOLARE INTERESSE

nel corpo «l'oggetto psichico per eccellenza, il solo oggetto psichico».¹⁷ ¹⁸ Qualcuno noterà che il corpo su cui si concentra la fenomenologia è il Leib, corpo vivente; ma la medicina, dal canto suo, non può accontentarsi di questo, e al medico è così richiesto di muoversi sempre e al contempo dal piano dell'oggettività dell'organismo a quello della soggettività dell'individuo, come un funambolo che deve tenersi in equilibrio correndo costantemente il rischio di scivolare nel versante quantitativo, organico, o in quello qualitativo, soggettivo, idiografico dall'altro. Abbandonarsi esclusivamente ad uno di questi ambiti priva la medicina di quel sano dubbio, di quella dialettica di cui si deve costantemente nutrire per dirsi scienza umana, prima che scienza medica; dialettica soggettivo-oggettivo, individuo-mondo, medico-paziente. «L'errore nasce [...] quando un modo dell'apparire diventa la totalità dell'apparire, il senso ultimo di ogni fatto, lo statuto dell'essere»¹⁹, generando quella che Jaspers ha definito «superstizione scientifica».²⁰

Giorgio Mattei

¹⁷ Sartre J.P., *L'Essere e il Nulla*. il Saggiatore, Milano 1966, p.429.

¹⁸ A partire dalla dialettica io-mondo comprendiamo come sia fondamentale, per la medicina, permettere ad ogni individuo di esprimere liberamente il proprio essere-nel-mondo; questo anche attraverso l'implementazione di strumenti culturali e politici. Sul rapporto medico-cittadinanza si rimanda alla lettura di Ferrari S., Mattei G., *Anche i medici sono cittadini*. Janus 2, estate 2011. www.janusonline.it

¹⁹ Galimberti U., cit., p.286.

²⁰ Jaspers K., *La filosofia dell'esistenza*. Bompiani, Milano, 1967, pp.19-25.



Ospedale Privato Accreditato "Villa Pineta s.r.l."
Dir. San.: Dr. Maria Teresa Nobile -Specialista in Igiene e Medicina Preventiva
Via Gaiato 127 - 41026 Pavullo nel Frignano (MO) - Tel. 0536/42039 - fax 0536/42190 - info@villapineta.it - www.villapineta.it



Poliambulatorio specialistico privato "Villa Pineta"

E' stato aperto a **Modena, via Scaglia Est 21/27**, il nuovo Poliambulatorio specialistico privato di Villa Pineta, l'Ospedale Privato Accreditato che ha sede a Gaiato di Pavullo.

Villa Pineta mette così a disposizione nella sede modenese, prestazioni specialistiche, che già da tempo eroga nella sede di Gaiato, quali:

- visita specialistica pneumologica - polisonnografia notturna con sistema portatile - valutazione funzionale respiratoria
- visita specialistica cardiologica
- visita specialistica medico-nutrizionale
- visita specialistica fisiatrica
- attività di medicina fisica e riabilitazione

Le prestazioni fanno riferimento ad uno staff multidisciplinare composto da medici pneumologi, cardiologi, fisiatristi, nutrizionisti, oltre che da terapisti della riabilitazione, infermieri, psicologi e dietisti.

Informazioni e prenotazioni:
telefonando al n° 0536- 42039 dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle ore 18.30 e chiedere della terapeuta De Biase Assunta

L'OPINIONE

LA RIDUZIONE DEI PARTI CESAREI E' UN'UTOPIA?

Pubblichiamo un ulteriore contributo del Prof. Masellis sul tema dell'ancora troppo elevato numero di parti cesarei. Data la rilevanza dell'argomento il Comitato di Redazione auspica che altri colleghi vogliano partecipare al dibattito su questo aspetto così peculiare dell'assistenza sanitaria.

La riduzione del ricorso al parto cesareo è un obiettivo da perseguire per migliorare la qualità dell'assistenza ostetrica in Italia.

Negli ultimi decenni gli studi ed i dati epidemiologici mostrano, da un lato una crescita imponente dei parti cesarei e dall'altro la persistenza a livelli costanti della paralisi cerebrale infantile.

Questi dati sono sostanzialmente omogenei in tutto il mondo più evoluto, ed il nostro paese non fa eccezione.

Sono noti da alcuni anni gli esiti negativi del parto cesareo in termini sia di mortalità che di morbilità materna, ma anche relativamente alla morbilità neonatale. A questo proposito non possiamo ignorare che il ricovero in Terapia Intensiva di neonati da Cesareo Elettivo Vs Parto Vaginale è nove volte superiore nel gruppo del Cesareo Elettivo.

Da questi dati dovrebbe essere evidente come l'abuso del parto cesareo sia un serio pericolo per la salute della popolazione di interesse ostetrico. Per altro nessuno mette in discussione la legittimità del ricorso al parto cesareo per una ampia serie di indicazioni: presentazioni anomale del feto(presentazione trasversa, podalica ecc.), isterotomie ripetute(tagli cesarei ripetuti, alcuni interventi sull'utero), patologie ostetriche rilevanti(gestosi grave, ipertensione grave ecc), alcune patologie non ostetriche(traumi importanti del bacino, cardiopatie gravi, insufficienza renale ecc).

Perciò possiamo esprimere una prima valutazione che in linea di massima dovrebbe essere condivisa: occorre darsi l'obiettivo di eseguire tutti i cesarei necessari,

mentre il passo successivo deve essere quello di ridurre il più possibile l'incidenza dei cesarei inutili.

A tal proposito mi sembra utile porre l'attenzione al fatto che sta facendo scalpore un documento dei mesi scorsi, del NICE (National Institute for Clinical Excellence) britannico che, per la prima volta, ha aggiunto alle indicazioni finalizzate alla sicurezza di mamme e bambini anche "le paure e le ansie di molte donne, che chiedono il cesareo per evitare il parto naturale."

Personalmente condivido queste indicazioni: non si può non tener conto della volontà delle donne, soprattutto alla luce dei cambiamenti che hanno investito la gravidanza, il parto e la medicina nel suo complesso. Se una donna che è stata ben informata chiede il taglio cesareo, penso sia scorretto da parte del medico non eseguirlo.

Non condivido l'atteggiamento mentale che si è instaurato in qualche punto nascita, per fortuna pochi, di rifiutare a tutti i costi il taglio cesareo, costringendo le donne a rivolgersi ad altre strutture.

Questo atteggiamento preconetto, che non tiene conto delle esigenze e del vissuto di ogni singola donna, è da valutare negativamente.

Il motivo dominante che spinge la donna a chiedere un cesareo è la paura e l'ansia, questo non può essere ignorato, al contrario bisogna operare in modo da rimuoverle dopo averle valutate; ma questo è un percorso che non si esaurisce nel corso di una visita ambulatoriale o al momento del travaglio, è un percorso più lungo che tenda a valorizzare l'esperienza della nascita naturale, cercando di rimuovere le cause che sono alla

base della paura e dell'ansia, cause che a volte hanno una origine lontana culturale, familiare, di esperienze negative personali o di altre donne.

Atteggiamenti coercitivi oltre a creare maggior rischio, non fanno altro che aumentare l'ansia e la paura.

C'è un problema però che alimenta posizioni rigide e cioè le nuove linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, secondo le quali "il semplice fatto che la donna voglia partorire con il cesareo non è di per sé una buona ragione per ricorrervi."

Il medico può perfino "rifiutare di eseguire l'intervento se la donna persiste nella sua decisione, purché le consenta di accedere a un secondo parere."

A questo punto chiedo se ciò è condivisibile, dopo aver parlato per anni della centralità della donna nel percorso nascita, dell'auto-determinazione e dell'eticità di favorire la partecipazione alle scelte.

Voglio dire però a difesa delle linee guida che in generale una linea guida non è un protocollo rigido, ma una indicazione affidata a operatori che, si presuppone, abbiano l'elasticità mentale per applicarle con saggezza clinica.

Se da un lato ci auguriamo che il futuro ci porti strumenti efficaci per abbassare gli esiti neonatali negativi, è utile mettere a fuoco vantaggi e svantaggi del cesareo ed impegnare i professionisti a utilizzare questo importante strumento con motivazioni dimostrate scientificamente.

Facendo riferimento sia ai dati di letteratura che all'analisi dei percorsi della Unità Operativa di ostetricia e ginecologia di Carpi, da me diretta dal 1997 al 2009, si può affermare che una strategia efficace, messa in atto da ogni punto nascita, deve partire dalla corretta ed onesta valutazione delle proprie indicazioni al cesareo.

In particolare è utile condividere fra gli operatori della U.O. le indicazioni all'intervento, indicazioni che devono essere scientificamente rilevanti, cioè devono esse-

re considerate motivazioni "forti" sufficienti da sole a giustificare il ricorso al cesareo.

Il percorso della U.O. suddetta è stato molto articolato e complesso da analizzare, poiché sono 12 gli anni di lavoro dedicati al miglioramento dell'equipe e quindi dell'assistenza.

L'obiettivo strategico risultato vincente è stato quello di migliorare la qualità dell'assistenza senza mirare alla riduzione sic et simpliciter dei tagli cesarei; una migliore assistenza significa utilizzo oculato del parto cesareo, cioè molto semplicemente, ricorrere al cesareo quando è utile.

Questo atteggiamento dell'intera equipe ospedaliera, con l'indispensabile condivisione dei servizi territoriali, ha portato al dimezzamento del ricorso al parto cesareo nella nostra realtà dal 37,8% del 1996 al 19,9% del 2007, per altro in forte controtendenza rispetto al panorama ostetrico italiano.

Questo dimezzamento è ancora più significativo in quanto ha coinciso con un notevole incremento dell'attività ostetrica, che si è mantenuto tale fino al 2008 (da 606 parti del 1996 a 1808 parti nel 2008); è interessante il fatto che nello stesso periodo si registra una diminuzione del contenzioso medico-legale.

Il percorso ed i risultati della U.O. di Ostetricia e Ginecologia di Carpi confermano che l'obiettivo di ridurre il ricorso al parto cesareo è perseguibile.

In sintesi la strategia assistenziale vincente è stato un lavoro di equipe condiviso, omogeneo ospedaliero-territoriale e un'assistenza all'intero "percorso nascita" rispettosa delle evidenze scientifiche, il che ha portato come favorevole conseguenza alla riduzione dei tagli cesarei.

La riduzione dei tagli cesarei non è una utopia ma un obiettivo raggiungibile.

Giuseppe Masellis

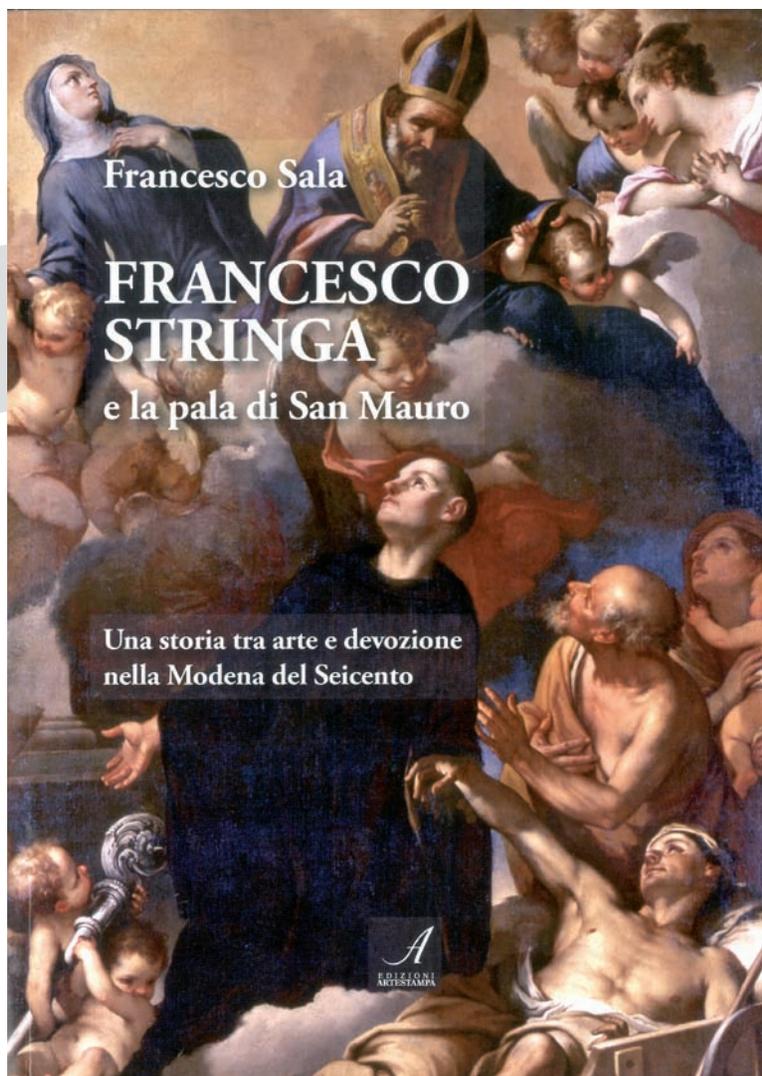
BIBLIOTECA

FRANCESCO STRINGA E LA PALA DI SAN MAURO *di Francesco Sala*

La tentazione sarebbe quella di attribuire al dottor Sala, consigliere del nostro Ordine da molti anni, il merito di aver dato luce e risalto ad un episodio tra i tanti occorsi nel Seicento a Modena. La verità è ben altra. La pala di San Mauro infatti con la sua storia per molti versi rocambolesca è solo il pretesto per il nostro collega per rovistare negli archivi, spulciare nelle carte ingiallite, cercando il filo conduttore di una vicenda che a questo punto diviene la scusa per raccontarci Modena e non solo in quel secolo, con gli scorci di vita quotidiana di un povero Cristo che si chiamava Francesco Stringa e della città nella quale ha vissuto. Un microcosmo allora, ma sufficiente a fornire allo scrittore le coordinate per illustrarci uno spaccato di vita quotidiana denso di piccole emozioni e grandi drammi. E poi, sullo sfondo, questo parallelismo con Venezia che appare lontanissima ma è infine all'origine della storia. Una suora veneziana e il nostro pittore uniti da un dipinto che ci accompagna per tutto il racconto. Questa è la storia, o meglio, il pretesto che Sala utilizza per addentrarsi nella vita cittadina di allora, con i fasti della corte e le miserie della gente comune. Uno scenario coinvolgente che si vive pagina dopo pagina, senza il timore di annoiarsi come accade non di rado quando si affrontano temi storici.

Ma la piacevolezza dello scritto (e della sua lettura) nulla toglie alla rigosità della ricerca storica che si è avvalsa di un lavoro certosino del nostro, con puntuale resoconto a piè di pagina della bibliografia, ampia ed accurata.

Un libro da leggere con tranquillità insomma, senza affanni e soprattutto con la voglia di provare l'emozione di "vivere" nella nostra bella città del Seicento.



N. G. D'Autilia

DIALETTO IN PILLOLE

DIALETTO IN PILLOLE

A cura di Lodovico Arginelli

Anche l'estetica in medicina ha la sua importanza.

Infatti in questo numero, analizzeremo attraverso detti e modi di dire la parola:

BRÓTT = BRUTTO

"L'è brótt come i débit" (è brutto come i debiti), molto semplice da intendere.

"A brótt grogn" (a brutto grugno... a muso duro, ricordando la bella canzone di Pierangelo Bertoli), senza troppi preamboli.

"A sun brótt ma s'cèt" (sono brutto ma sincero, schietto).

"Bèl in fàsa, brótt in piàza" o il suo contrario, "Brott in fàsa, bèl in piàza" (bello in fasce, appena nato e brutto in piazza, da adulto...) poi si leggerà al contrario.

"Bróttta come un lózz" (brutta come un luccio), si dice delle donne che hanno occhi grandi come quelli del luccio.

"Bróttta come un spavèinta pàser" (brutta come uno spaventapasseri).

"Bróttta da dàn" (brutta da danno), molto brutta.

"Bróttta persòuna" (brutta persona, tipo losco).

"Dè mari a chèl bèli, che chèl brótti élgh pèinsen lór" (date marito a quelle belle, che quelle brutte ci pensano loro).

"Éser un brótt arnés" (essere un brutto arnese), espressione riferita ad una persona brutta e sgraziata.

"Guèrdel bèin, guèrdel tòtt, un àmm sèiza quatrèin cuma l'è brótt" (guardalo bene, guardalo tutto, un uomo senza quattrini com'è brutto).

"L'è méi un mari brótt, che un amigh sgnor dal tòtt" (è meglio un marito brutto che un amante molto ricco).

E' un modo di dire che evidenzia come in passato il matrimonio fosse considerato un traguardo assolutamente irrinunciabile.

"L'è brótt come la fam" (è brutto come la fame)

"L'è brótt da fèr paura" (è brutto da far paura).

"Bróttta come la miséria" (brutta come la miseria).

Alla prossima puntata cun "Bèl"



ARTE E DINTORNI



L. Arginelli

A cura di Lodovico Arginelli

LUGLI ALBANO

Nacque a Carpi il 13 novembre 1835 e morì a Carpi nell'agosto del 1914. Studiò all'Accademia di Modena ottenendo plausibili riconoscimenti. Esiste negli atti un certificato di studio del Malatesta, del 26 marzo 1872, in cui sono elencati premi e menzioni ottenuti dal 1850 al 1867, nonché il "pensionato", che gli consentì tre anni di perfezionamento a Firenze.

In questa città il Lugli esegue una copia di affreschi del Ghirlandaio: un quadretto d'invenzione rappresentante un "Giotto", (Giotto che disegna una pecora). (Istituto Venturi di Modena), ed una tela d'invenzione raffigurante il Ghiberti che mostra a due personaggi il promodellino del sacrificio di Abramo (Carpi, Museo Civico).

Buon affrescatore, ha lasciato a Carpi varie testimonianze, di cui la più pregevole è: "La proclamazione del dogma della Immacolata Concezione", nella Chiesa di S. Nicolò.

Nella stessa Chiesa si trovano medaglioni eseguiti in tarda età.

Altri medaglioni sono nella Cattedrale.

Se le opere storiche e gli affreschi denotano un'abilità scolastica e di maniera, diversa speditezza acquistano i ritratti.

Sono immagini fresche, nelle quali le doti del disegnatore sembrano prevalere sulle preoccupazioni pittoriche.

Altre sue opere:

"Ritratto di Pietro Giannone"

"Ritratto del N.H. Bernardino Meloni"

"Alcune vedute di vecchi angoli della sua Carpi"

"Vecchio con barba", disegno su carta con rialzi di biacca, cm. 28x39.

"Madonna", olio su tela, cm. 46x62, datato 1906.

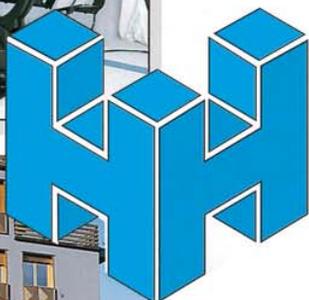
"Ritratto del Canonico Emilio Bulgarelli", olio su tela, cm. 82x120, datato 1897, Carpi, Museo Civico. (in copertina).

"Figura femminile", olio su tela, cm. 25x42

"Ritratto di Luigi De Pietri Tonelli", olio su tavola, cm. 26x31, Carpi, Museo Civico.

Lascia a Carpi, numerose testimonianze di ritrattistica, che dopo la morte dell'ultimo erede dovranno passare per testamento al Museo.





la tua **Scegli**
Salute

HESPERIA

Un nome affermato
nella realtà sanitaria nazionale.
Un grande Gruppo attento
ai minimi dettagli.
La più moderna forma
di tutela della salute.
Uomini e tecnologie di spicco
a Vostra disposizione.
Ospedale privato accreditato
polispecialistico di Alta Specialità.

Sede distaccata
della Scuola di Specializzazione
in Cardiocirurgia dell'Università degli
Studi di Bologna.

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

Centro Diagnostico multidisciplinare
d'avanguardia.

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



HESPERIA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
POLISPECIALISTICO DI ALTA SPECIALITÀ
Via Arquà, 80/A - 41100 Modena
Tel. 059.449.111 - Fax 059.39.48.40
Direttore Sanitario Dr. Stefano Reggiani
Medico Chirurgo Specialista in Cardiologia
ed Igiene e Medicina Preventiva
www.hesperia.it



SINCERT



EXACTA S.r.l.
POLIAMBULATORIO

Via Medaglie d'Oro 63 - 41124 Modena
Tel. 059 30 22 65 - Fax 059 44 16 88
e-mail: info@poliambulatorioexacta.it
www.poliambulatorioexacta.it

Visite Specialistiche

Ecografia
Ginecologia
Dermatologia
Allergologia
Ematologia
Endocrinologia
Medicina del Lavoro

Laboratorio di Analisi

Chimico-Cliniche / Microbiologiche
e Sezioni Speciali
Orario prelievi: 7.00 / 10.45
dal Lunedì al Sabato.
Listino Prezzi: Tariffario Minimo del S.S.N.
Esami Eseguiti in Sede.
Prelievi a Domicilio.

