

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

ANNO LVII - n. 7/8 luglio/agosto 2008 - Pubbl. mensile e 1,00 - Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.I. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Modena - Direz. e Amm.: Modena, p.le Boschetti, 8 - Tel. 059/247711 - Fax 059/247719 - E mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it www.ordinemedicimodena.it

N. 7/8 - MENSILE - Sped. A.P. - ANNO LVII - LUGLIO/AGOSTO 2008

- Aedes Albopictus e il virus Chikungunya (F. Rivasi – L. Maccio);
- La deontologia medica e le politiche della salute "La professione fra obblighi deontologici e utilizzo delle risorse" (N. D'Autilia);
- Trattamento dei Rifiuti e Salute - Posizione dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (Aprile 2008).



**NOBILE COLLEGIO OMEOPATICO
ANNO ACCADEMICO 2008- 2011**

SCUOLA TRIENNALE DI OMEOPATIA CLASSICA BOLOGNA



Cenni storici, principi fondamentali dell'omeopatia, diverse scuole e indirizzi, i miasmi in Hahnemann, rimedi delle malattie croniche di Hahnemann. Anamnesi omeopatica: interrogatorio del paziente, classificazione e gerarchizzazione dei sintomi, composizione e preparazione del farmaco omeopatico. Le farmacopee omeopatiche e europee: dinamizzazione e tecniche standard. Sperimentazione: azione tossicologica e idiosincrasia, studio del repertorio, tecnica di repertorizzazione, prima prescrizione scelta dalla diluizioni e dinamizzazione, prescrizione nei casi acuti, materia medica e casi clinici, clinica medica.

Responsabile scientifico/ didattico Paolo dr. Benedetti

Medico chirurgo specialista in geriatria generale e chirurgia toracica, dirigente di primo livello presso la U.O. di chirurgia generale della AUSL di Arezzo. Omeopata dal 1980 ha seguito corsi dei più grandi medici omeopati italiani ed esteri dr Beucci, dr Santini, dr Negro, dr Masi, dr Vitoulkas.
Docente presso le scuole del Nobile Collegio Omeopatico.

Date e orari del corso per il primo anno

Sabato 04 ottobre 2008, 08 novembre 2008, 13 dicembre 2008, 10 gennaio 2009, 07 febbraio 2009, 07 marzo 2009, 04 aprile 2009, 09 maggio 2009, 06 giugno 2009

Orari : 9.00 13.00 – 14.30 18.00

RICONOSCIUTI 61 CREDITI ECM (per il I° anno)

Sede: Nobile Collegio Omeopatico via Rusconi,7 - Bologna

Riservate ai laureati in medicina e chirurgia, odontoiatria e ai laureandi dell'ultimo anno delle rispettive facoltà

la partecipazione alle Scuole prevede la sola iscrizione al N.C.O. quota annuale 250 euro la quota associativa consente la partecipazione alle scuole e ai corsi che l'Associazione promuove su tutto il territorio nazionale nell'anno di riferimento

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA REGIONALE:

**Milena Temperoni –cell 335 7322008- e-mail milenatemperoni@tiscali.it
Forum: www.omeofree.com**



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Stefano Reggiani

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Lodovico Arginelli | Dr. Marco Baraldi

| Dr. Luigi Bertani | Dr. Adriano Dallari |

D.ssa Azzurra Guerra | Dr. Giacinto

Loconte | Dr. Paolo Martone | Dr.

Michele Pantusa | Prof. Francesco Rivasi

| Dr. Francesco Sala | D.ssa Laura Scaltriti

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi | Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Roberto Olivi

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Carlo Curatola

Revisore dei conti supplente

D.ssa Marisa Zanini

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliendo

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli | Dr. Vincenzo

Malara | Prof. Mario Provisionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

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

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

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

Pantusa | Prof. F. Rivasi

Realizzazione Editoriale

Poligrafico Mucchi

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

Fotocomposizione & Grafica

Colorgraf - Via Baracchini, 12 - Vignola

Tel. 059/776576 - Fax 059/7702525

SOMMARIO

— ATTIVITÀ DELL'ORDINE	4
— FEDERAZIONE NAZIONALE	10
— ENPAM	13
— DI PARTICOLARE INTERESSE	14
— L'OPINIONE	21
— ARTE E DINTORNI	27
— TACCUINO	28



CONVENZIONE CON L'A.C.I.

L'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena ha firmato un accordo con l'A.C.I. per uno sconto sulle tariffe praticate dalla sede modenese a i propri soci medici e familiari.

ACI SISTEMA 59 EURO (anziché € 69,00)

Intervento gratuito di riparazione sul posto. Traino del veicolo fino dove vuoi tu gratuito fino a 15 Km. Recupero e ripristino del veicolo sulla sede stradale.

Tessera familiare ACI SISTEMA € 49,00

ACI GOLD 79 EURO (anziché € 89,00)

Soccorso stradale in Italia e in Europa ai soci, su qualunque auto o moto viaggino. Proposte turistiche singolari e successive esclusivamente riservate ai soci. Il più esteso circuito di sconti ed agevolazioni in Italia e nel mondo.

Tessera familiare ACI GOLD € 69,00

Solo per i soci A.C.I. un corso di recupero punti gratis.

Solo per i soci A.C.I. sconto del 20% sulle pratiche automobilistiche.

Per eventuali chiarimenti in merito contattare Sig.ra Franca o Angela 059/247609.



Accordo confermato tra Ordine dei medici e Comune di Modena per l'accesso in centro storico L'Ordine garante dei professionisti modenesi

Come era ormai noto da tempo, nel primo autunno di quest'anno parte anche nella nostra città il sistema di accesso al centro storico – c.d. City pass – riservato agli autoveicoli la cui targa sia inserita in una lista tenuta dal Comune. L'Ordine dei medici, che da più di venticinque anni ha gestito, tramite una convenzione con lo stesso Comune, il rilascio degli emblemi ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e ai cardiologi per poter raggiungere i propri pazienti in risposta alla richiesta di una visita domiciliare, si è preoccupato di salvaguardare, in prima istanza, il diritto dei sanitari che operano in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

A seguito dell'incontro che si è svolto presso la nuova sede dei vigili urbani, si è raggiunto un accordo che in buona sostanza recepisce le richieste dell'Ordine dei medici, mantenendo inalterate le possibilità dei sanitari di entrare nel centro storico della città, ma adottando modalità differenti dal passato.

In pratica, essendo la lettura della targa del veicolo (da parte delle telecamere) il sistema discriminante tra automezzi autorizzati e non, bisogna trasmettere il proprio numero di targa all'ufficio competente del Comune, che provvederà ad inserirlo in un apposita lista. Poiché questa operazione avrebbe comportato per i colleghi tempi lunghi ed inevitabili disagi, sia nel campo della informazione che in quello della trasmissione dati, l'Ordine si è fatto promotore della raccolta dei dati: nome, cognome e targa del veicolo, che sarà inviato al Comune. Si stanno utilizzando i corsi di aggiornamento dell'AUSL e la newsletter per la più ampia informazione possibile.

I colleghi che esercitano in studi situati in centro storico e che sono già titolari di apposite autorizzazioni sono esonerati da queste incombenze, in quanto il Comune è già in possesso dei loro dati.

Per quanto riguarda i colleghi che sostituiscono medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (operanti a Modena), valgono le regole in vigore fino ad ora e dovranno comunicare il relativo periodo per godere degli stessi benefici.

Continua da parte dell'Ordine il rilascio degli emblemi per "visita domiciliare urgente" che garantisce comunque la motivazione dell'accesso in centro storico per eventuali (e molto probabili) controlli dei vigili urbani.

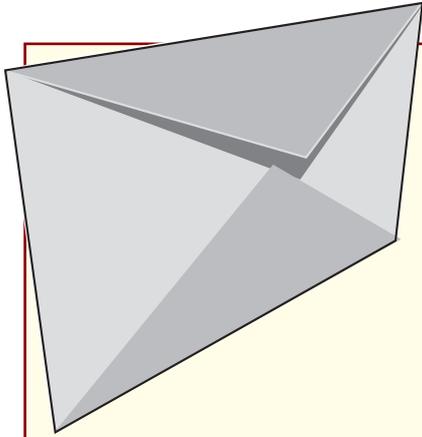
Si invitano pertanto i colleghi – che non l'abbiano già fatto in precedenza – a comunicare per iscritto all'Ordine, utilizzando l'apposito modulo, il numero di targa del veicolo che utilizzano, insieme a nome e cognome, affinché si possa trasmetterlo al più presto al Comune di Modena. Siamo francamente soddisfatti per l'accordo raggiunto, perché ha dimostrato una buona volontà da parte del Comune nel riconoscere la peculiarità della nostra professione, garantendo, in primo luogo, la tutela della salute dei cittadini modenesi e nel contempo ha affidato all'Ordine professionale il ruolo di garante dei colleghi. In tempi come quelli che stiamo vivendo non è cosa da poco.

Il presidente

Per qualsiasi ulteriore informazione telefonare alla segreteria dell'Ordine 059/247711 o inviare una mail a ippocrate@ordinemedicimodena.it



Pubblichiamo la lettera che il presidente dell'Ordine ha inviato al Direttore sanitario del Policlinico di Modena sul tema di una richiesta "impropria" di - **Visita nevi** - frequentemente avanzata dai pazienti ai propri medici di medicina generale. Restiamo in attesa di una risposta.



Gent.mo Direttore Sanitario
Azienda Policlinico di Modena
Dott. Maurizio Miselli

E p.c.

Gent.mo Direttore Sanitario
Azienda USL di Modena
D.ssa Kiriakoula Petropulacos

Gent.mo Preside Facoltà Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Modena
Prof. Aldo Tomasi

Oggetto: richiesta "visita nevi".

Gentile Direttore,

desidero sottoporre alla Sua attenzione una situazione alquanto incresciosa che si sta verificando da alcuni mesi a questa parte nella nostra provincia e che riguarda una richiesta formulata dalla clinica dermatologia di Modena.

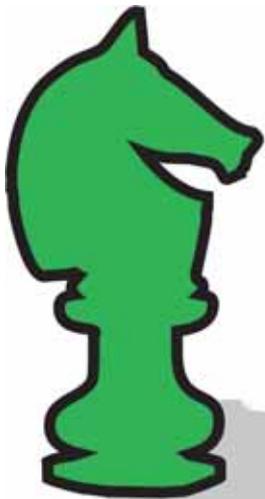
Essa riguarda la richiesta ai Medici di Medicina Generale di inviare i propri pazienti presso la clinica con impegnativa del SSN recante la dicitura: "**visita nevi**".

Ora è del tutto evidente che tale prestazione sanitaria non è mai esistita, ne mi auguro esisterà mai, in quanto essa rientra a pieno titolo in una semplice **visita dermatologica**.

Poiché tale procedura appare oggettivamente assai poco corretta, dal punto di vista sia professionale che deontologico, la prego di adoperarsi per risolvere tale situazione che crea disagio sia nei cittadini che nei professionisti.

Nel ringraziarLa per la consueta collaborazione con il nostro Ordine professionale, colgo l'occasione per inviarLe i più cordiali saluti.

Il presidente
Dott. N. D'Autilia



**MOSSA
VINCENTE!**

**Trasferisci
il tuo conto corrente a BPER:
è semplice, rapido e gratuito!**

Messaggio pubblicitario con finalità promozionali. Per tutte le condizioni contrattuali si rinvia ai Fogli Informativi a disposizione della clientela presso ogni filiale della Banca o sul sito www.bper.it.

www.bper.it

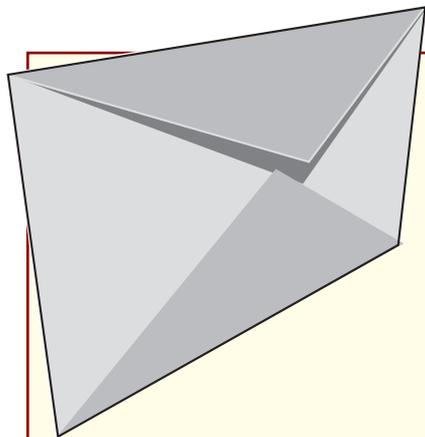
**Banca popolare
dell'Emilia Romagna**

GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

La banca per la famiglia



Pubblichiamo la lettera che il presidente dell'Ordine ha inviato ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta di Modena e p.c. all'Assessorato ai Servizi sociali del Comune di Modena, invitandoli a non fornire informazioni di alcun tipo **per via telefonica** alle assistenti sociali sulle condizioni dei propri assistiti. La prassi di questi operatori infatti è contraria al Codice della Privacy e al nostro Codice Deontologico.



Ai Medici di medicina generale
Ai Pediatri di libera scelta
AUSL Modena Distretto 3
Loro indirizzi

Oggetto: riservatezza dati dei propri assistiti

Cara/o collega,
poiché negli ultimi tempi sono divenute più frequenti le vostre richieste all'Ordine per situazioni inerenti la possibilità o meno di fornire informazioni relative ai propri assistiti alle assistenti sociali per via telefonica, questo Consiglio ritiene di informarti sul comportamento da adottare nel rispetto della normativa vigente.

Questa Presidenza per la verità aveva richiesto alcuni mesi fa, nel corso di un incontro ufficiale presso l'Assessorato alle politiche sociali, per la casa e per l'integrazione del Comune di Modena, di formalizzare un documento condiviso che tutelasse sia il medico che l'assistente sociale, nel rispetto della tutela del cittadino. Trascorsi molti mesi e di fronte ad un atteggiamento di sostanziale indifferenza nei confronti di questo problema, si ritiene opportuno, per tua maggiore tutela, richiamare l'attenzione su alcune norme in vigore.

A questo proposito occorre fare riferimento ad alcuni articoli del D.Lgs 193 del 30-6-2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) ed in particolare i numeri 1, 2, 4 comma b) e d), 26 comma 5) e 83.

L'articolo 26 in particolare recita al quinto comma che **"i dati idonei a rivelare lo stato di salute non possono essere diffusi"**.

Sussistono poi, e non sono certo di secondaria rilevanza, gli obblighi derivanti dal rispetto del Codice di Deontologia medica e, nella fattispecie, degli articoli 10, 11 e 12, tutti inerenti il **segreto professionale** e la **tutela dei dati personali** dei propri assistiti.

Considerato che è prassi consolidata delle assistenti sociali contattare i medici curanti per via telefonica, richiedendo informazioni sullo stato di salute (e non solo) dei propri pazienti, **questa Presidenza ti invita a non fornire più tali dati**, sollecitando gli interessati a programmare incontri ad personam e richiedendo nel contempo di verificare le specifiche autorizzazioni, soprattutto quando trattasi di minori. Occorre infatti attenersi a precise regole dettate dalla legge dello Stato e dalle norme del nostro Codice Deontologico.

Certo che comprenderai la rilevanza di questa comunicazione, ti saluto molto cordialmente.

*Il presidente
Dott. N. D'Autilia*

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO LUNEDÌ 12 MAGGIO 2008

Il giorno lunedì 12 maggio 2008 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

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

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 7.4.2008;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Convegno europeo di Modena del 17 maggio "Tempo di lavoro e rischio clinico";
5. Autorizzazioni negli studi professionali: novità dal Comune di Modena (Arginelli e altri);
6. Pubblicità sanitaria (Pantusa);
7. Delibere amministrative (Addamo);
8. Delibere del personale dipendente (Lo Monaco);
9. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI

Prima iscrizione		n. iscrizione
ALTRUDA	CARMELA	6227
Iscrizione per trasferimento		
CONTRAFATTO	IGINO	6228
STUCCHI	ALESSANDRA	6229
Inserimento Elenco Speciale Medico Autorizzato		
Radioprotezione		
GUERRA	TONINO	2577
Ottenimento cittadinanza Italiana		
TAILA	KINDI	5764
Cancellazione		
BORELLI	LELIO	1421
CHiodo	MARCELLO	4688
EMILIANI	SABRINA	4940

FRUGGERI	LUCA	5578
GAVIOLI	GIORGIO	2188
LANCELLOTTI	ADALBERTO	1223
MONARI	MARIA GIOVANNA	3382
Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi Dl.vo 277/91		
BONETTI	DANIELA	4727
Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - Dimissionari - 1^ FASCIA		
CASOLARI	CHIARA	2132
(cessato in data 01.08.2007)		
CURCI	PAOLO	1767
(cessato in data 01.12.2007)		
Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - Dimissionari - 2^ FASCIA		
MONTANINI	VANNA	2025
(cessato in data 01.06.2007)		
RICCHI	ELIO	2213
(cessato in data 31.07.2007)		
SPERANZA	MARINO	2369
(cessato in data 01.10.2007)		
Nomina Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - 1^ FASCIA		
PELLACANI	GIOVANNI	4956
(passaggio da Docente di 2^ fascia a Docente di 1^ fascia in data 01.11.2007)		
SIMONI	MANUELA	6132
(nomina in data 01.11.2007)		
Nomina Docenti Universitari a Tempo Pieno -DPR 382/80 - 2^ FASCIA		
ROSSI	ROSARIO	5356
(nomina in data 01.11.2007)		

ALBO ODONTOIATRI

Iscrizione per trasferimento		n. iscrizione
TOTARO	GIOVANNI	0713
Cancellazione		
MONARI	MARIA GIOVANNA	0588





SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO MERCOLEDÌ 4 GIUGNO 2008

Il giorno mercoledì 4 giugno 2008 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Michele Pantusa, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 12.5.2008;
2. Variazioni agli albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Autorizzazione studi medici: iniziative dell'Ordine di Modena (Arginelli, Reggiani);
5. Elezioni per il rinnovo degli organi istituzionali dell'Ordine triennio 2009-2011;
6. Documento sui bifosfonati e osteonecrosi mascellare (Arginelli e altri);
7. Commissione regionale ECM: novità della nuova normativa nazionale per Ordini e professionisti;
8. Pubblicità sanitaria (Pantusa);
9. Delibere amministrative (Addamo);
10. Delibere del personale dipendente (Lo Monaco);
11. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI

		n. iscrizione
Prima iscrizione		
PISANI	EMANUELE	6230
Iscrizione per trasferimento		
AMARA	LIDIA	6231
ARMOCIDA	CLAUDIA	6232
FERRI	FRANCESCO	6233
LONGO	GIUSEPPE	6234
MORTATI	ROBERTO	6235
STURLONI	NICOLETTA	6236
Cancellazione		
CALEFFI	GIUSEPPE	4905
CARUNCHIO	PAOLA	5046
CORRADINI	CRISTINA	5142
GANDINI	GIOVANNA	5650
GHELFI	OMERO	0960
LA CAVA	CLEMENTINA	4517
MOSCARA	LUIGI	5007

ALBO ODONTOIATRI

		n. iscrizione
Iscrizione per trasferimento		
SILINGARDI	GABRIELE	0714
contemporanea iscrizione Albo Medici Chirurghi (n. iscriz. 2476)		

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI LUNEDÌ 26 MAGGIO 2008

Il giorno lunedì 26 maggio 2008 - ore 21,30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri.

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

1. Approvazione verbale del 22.4.2008;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Opinamento parcelle odontoiatriche;
4. Varie ed eventuali.

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI

Il Ministero della Salute, in attuazione di quanto previsto dalla Legge finanziaria 2008 (art.1 comma 376 - Legge 244/2007) confluisce nel Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

MINISTRO
Maurizio Sacconi

Sottosegretari di Stato

prof. Ferruccio FAZIO - *"Programmazione sanitaria, della ricerca e delle politiche della salute"*
on. Francesca MARTINI - *"Fondo sanitario e rapporto con le Regioni stesse"*
on. Eugenia Maria ROCCELLA - *"Temi eticamente sensibili, come la procreazione medicalmente assistita"*



CORSI DI MEDICAL ENGLISH DI I E II LIVELLO PER MEDICI E ODONTOIATRI

continuano le iniziative dell'Ordine per la formazione dei colleghi

Dalle ore 19,30 alle 21 il martedì e il giovedì presso la sede dell'Ordine

ottobre 2008:	2 - 7 - 9 - 14 - 16 - 21 - 23 - 28 - 30
novembre 2008:	4 - 6 - 11 - 13 - 18 - 20 - 25 - 27
dicembre 2008:	2 - 4 - 9

Poiché registriamo con soddisfazione che i corsi di inglese, promossi dal nostro Ordine nel corso degli ultimi rappresentano un forte contributo nei programmi di aggiornamento e formazione dei colleghi, il Consiglio Direttivo ha deliberato di organizzare anche per l'autunno 2008 nuovi corsi di Medical English, rivolti agli iscritti interessati ad apprendere ed utilizzare il linguaggio appropriato della lingua inglese durante lo svolgimento del lavoro ed in occasione di viaggi all'estero. I docenti sono di madre lingua inglese della scuola Read International, laureati e abilitati per l'insegnamento con esperienza pluriennale nel settore medico e professionale. Un colloquio iniziale con il docente e coordinatore, Prof. Jane Elizabeth Read, sarà utile per stabilire il livello di preparazione del partecipante al fine del corretto inserimento nel gruppo di apprendimento. I corsi sono preparati espressamente tenendo presenti le esigenze di lavoro dei medici e degli odontoiatri e si basano su moderne e dinamiche metodologie didattiche e comunicative per l'acquisizione di vocaboli ed espressioni utili sia quotidianamente, sia per il lavoro, nozioni grammaticali, letture di argomenti medici e scientifici, esercitazioni di pronuncia, esercitazioni di ascolto.

Si informano i colleghi che la momento non sono previsti corsi di livello superiore a quello intermedio; pertanto tutti coloro che avessero già frequentato tale corso si vedranno esclusi dalla ulteriore partecipazione.

I corsi sono gratuiti e si terranno a Modena presso la sede dell'Ordine. Si precisa che ai fini dell'acquisizione dei crediti ECM è indispensabile partecipare a tutte le serate. Saranno accolte le richieste redatte sull'apposito modulo (disponibile anche sul sito Internet www.ordinemedicimodena.it) da consegnare alla segreteria o da inviare via fax (059/247719) o e-mail (simonettam@ordinemedicimodena.it) fino ad esaurimento dei posti.

SCHEDA DI ISCRIZIONE corso di medical english

sede del corso

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena - P.le Boschetti, 8 - 41100 Modena

cognome e nome

codice fiscale.....nato a.....il.....

indirizzo:.....

cap.....città.....pr.....

indirizzo di posta elettronica.....

recapito telefonico numero di cellulare.....

professione

qualifica (libero professionista, dipendente, convenzionato, ecc...)

iscritto Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena.

Data

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

.....

firma

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



MANIFESTO DI PADOVA SULLA TUTELA DELLA SALUTE GLOBALE

La FNOMCeO, nel considerare la tutela della salute nella sua dimensione globale quale riconoscimento di un fondamentale diritto umano e quale fattore indispensabile per uno sviluppo economico durevole favorente la riduzione delle disuguaglianze, al fine etico di promuovere azioni politiche concrete che garantiscano equità, accessibilità, qualità e adattabilità degli interventi sanitari laddove povertà ed esclusione sociale si sommano allo svantaggio della malattia,

afferma i seguenti principi:

Diritto alla salute

La salute è un bene indivisibile e un diritto fondamentale del genere umano.

È fondamento e finalità primaria di crescita economica quale moltiplicatore delle risorse umane.

La qualità di salute di una popolazione, la giustizia con cui si affronta l'assistenza e garantiamo il livello di protezione alle situazioni di svantaggio derivate dalle malattie, condiziona il giudizio sullo sviluppo di una società.

Determinanti della salute

Povertà, sfruttamento, violenza e ingiustizia, nonché fattori di ordine socio-economico, politico e culturale interni ed esterni alle società colpite, favoriscono le disuguaglianze nella salute.

L'equità nella salute va perseguita eliminando differenze non necessarie ed evitabili, favorendo l'istruzione, la sicurezza e lo sviluppo sociale ed economico. La tutela della salute richiede uno sviluppo durevole dove l'istruzione, la giustizia, l'equità sociale possano svilupparsi quali conquiste etico-civili in un ecosistema stabile ed equilibrato.

Ruolo del medico

Il medico deve garantire una corretta informazione ed educazione sanitaria, per promuovere stili di vita che possano favorire la salute e ridurre l'asimmetria informativa con i cittadini.

Il medico promuove la partecipazione e la cooperazione per il mutuo benessere e il buon governo delle istituzioni, per favorire qualità di vita, rendimento dei sistemi sanitari e salute dei cittadini.

La crescita costante, progressiva e consapevole delle potenzialità degli esseri umani e delle comunità, in termini di sviluppo civico e sociale, accompagnata da una corrispondente crescita di autonomia ed assunzione di responsabilità, è condizione imprescindibile per realizzare una reale partecipazione ai processi decisionali e come tale deve essere sostenuta dal medico e dai sistemi sanitari

locali.

La formazione del medico deve essere in grado di consentire l'acquisizione di un senso di responsabilità etico-sociale per il paese di provenienza; deve consentire una correlazione tra conoscenze teoriche e formazione pratica che sia rispettosa della diversità negli stili di vita, del pensiero esistenziale e della comprensione critica della propria identità attraverso il paritario rapporto con l'alterità.

Ruolo della comunità internazionale e locale

Alla comunità internazionale afferisce la responsabilità del ruolo guida nel definire politiche attive di promozione della salute e nel coordinare politiche intersettoriali idonee a contrastare i determinanti distali della stessa.

La comunità internazionale deve sostenere i sistemi sanitari nel loro ruolo di programmazione e regolazione dei servizi sanitari pubblici e privati, per garantire la tutela della salute in un'ottica di universalità di accesso ai servizi.

La cooperazione internazionale deve favorire politiche che possano garantire la formazione e il mantenimento delle competenze nel tempo del personale sanitario, destinando adeguate risorse per una degna remunerazione e adeguate condizioni

di lavoro che permettano la permanenza e l'integrazione nel sistema sanitario del paese di origine.

I servizi sanitari devono favorire l'accesso universale alle cure garantendo la loro gratuità e fruibilità.

I farmaci essenziali devono essere resi disponibili in una logica non economica ma di diritto. Le politiche di compartecipazione alla spesa devono essere rispettose dei bisogni differenziati espressi dai gruppi più vulnerabili delle comunità, donne e bambini, e favorire l'assistenza ai malati meno abbienti. Il medico deve adoperarsi per politiche di creazione e

consolidamento di un legame fiduciario tra le comunità locali e sistemi sanitari, privilegiando interventi di prevenzione e cura delle patologie a maggior carico di morbosità e mortalità.

Professione medica e cooperazione sanitaria

Gli interventi di cooperazione internazionale in tema di salute devono realizzarsi in un'ottica di integrazione con i sistemi sanitari dei paesi interessati, contribuendo al loro rafforzamento ed evitando competizioni.

Detti interventi devono essere prioritariamente indirizzati a sostenere la formazione di nuove risorse umane ad assicu-

rare la ricerca in campo medico rivolta al bisogno per il superamento degli squilibri esistenti, evitando rafforzamenti artificiali e temporanei di erogazione di cure dedicate a malattie specifiche che non siano utili ad abbattere le barriere di accesso alla salute della popolazione.

La cooperazione internazionale, portando a uno scambio di idee, di valori, di esperienze e di risorse, può consentire di affrontare insieme il problema delle disuguaglianze nella salute attraverso il coinvolgimento dell'Uomo e delle comunità nelle decisioni che riguardano la salute e i sistemi sanitari.

Padova, 31 maggio 2008



"UOMO SANO IN AMBIENTE SANO": CONDIVIDIAMO I VALORI DELLA SALUTE

Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia - Sezione di Modena www.isde.it

Anche alla luce delle nuove modifiche al nostro Codice Deontologico che ha introdotto una maggior responsabilizzazione del medico nel prestare attenzione ai danni sulla salute recati dall'ambiente in cui si vive (Art. 5), ti invitiamo ad accogliere le istanze, gli obiettivi e i progetti dell'Associazione Medici per l'Ambiente" e a condividerne l'impegno confermando il tuo sostegno o iscrivendoti alla Associazione "Medici per l'Ambiente-ISDE-Sezione di Modena"

**Tutti gli uomini sono responsabili dell'Ambiente.
I Medici lo sono due volte. Fino a quando possiamo restare indifferenti?**

**Per sostenere le attività oggi più che mai abbiamo bisogno del tuo aiuto!
Associati!**

MODALITA' PER L'ISCRIZIONE ALLA ASSOCIAZIONE MEDICI PER L'AMBIENTE SEZIONE DI MODENA

Quota annuale Euro 50,00 - Quota triennale Euro 100,00

1- Versamento mediante bollettino postale sul c/c n° 14313522 intestato a:
Associazione Medici per l'Ambiente - ISDE Italia
Via della Fioraia n.17/19 - 52100 Arezzo
Tel. 0575-22256 - Fax. 0575-28676

2- Oppure mediante bonifico bancario sul c/c:
n° 33178, Intestato a Associazione Medici per l'Ambiente
ABI 05390 CAB 14100
Banca Etruria - Sede Centrale, Corso Italia 179 - Arezzo

**IMPORTANTE:
INDICARE SEMPRE NELLA CAUSALE "ISCRIZIONE ANNUALE
(O TRIENNALE) DI ... (NOME E COGNOME) - SEZIONE DI MODENA"**

ARIA FRESCA A MODENA PROVENIENTE DALL'EUROPA...

È innegabile che non capita tutti i giorni di vedere e ascoltare tanti colleghi di vari paesi europei discutere e confrontarsi sui temi della qualità nell'assistenza, ponendola in relazione ai carichi di lavoro nei differenti ambiti professionali.

Questo è avvenuto a Modena, con una vasta eco mediatica e con un riscontro di significativo interesse da parte di tutti i partecipanti, che hanno mostrato di apprezzare l'iniziativa della Federazione nazionale e del nostro Ordine.

L'impegno organizzativo è stato, inutile nascondere, di particolare rilievo, e solo con una struttura ormai solidamente rodada, come lo sono i nostri uffici, in questi anni nei quali abbiamo intrapreso la strada della sensibilizzazione dei medici e degli odontoiatri modenesi con corsi, convegni e congressi, si è potuto rispondere in modo eccellente alla scommessa iniziale.

Tutti, stranieri e italiani, sono stati prodighi di elogi per il nostro Ordine e per l'impianto organizzativo. In un frangente storico come l'attuale, connotato dall'immagine imperante dei rifiuti a Napoli, siamo stati par-

ticolarmente orgogliosi di aver dato ai nostri ospiti un'altra fotografia, più razionale e certamente più gradita, del nostro Paese.

Ancora una volta Modena ha ospitato la riunione del Comitato Centrale della FNOMCeO, il governo della Professione, e il successivo convegno del 17 maggio su "Tempo di lavoro e rischio clinico" ha suggellato un rapporto direi quasi privilegiato che la Federazione nazionale ha da sempre instaurato con il nostro Ordine. Segno questo di un riconoscimento per l'attività del Consiglio eletto dai colleghi modenesi e per l'attività costante di tanti suoi rappresentanti in seno a commissioni e organismi regionali, nazionali e da alcuni anni internazionali. Va detto con molta chiarezza che questi traguardi non si raggiungono con atteggiamenti di facciata o comportamenti di comodo, ma sono il frutto di un impegno sui numerosi versanti della nostra professione. Lo testimoniano documenti, pubblicazioni, interventi orali e scritti, e perché no, unanimi apprezzamenti per il lavoro svolto.

Considerato che non si è riusciti nella scorsa legislatura a modificare la normativa sugli ordini professionali, si spera caldamente che questo "miracolo" possa accadere in questa, che certamente sembra avere le caratteristiche di una maggiore stabilità. La cosa non è di poco conto se pensiamo che solo da un rinnovato assetto legislativo deriva una serie di ruoli più consoni ad una professione al passo con i tempi.

Il convegno di Modena ha affrontato solo uno dei tanti temi sul tappeto – il working time – ma il dibattito che si è sviluppato, con la presenza tra l'altro dei segretari nazionali di tutti i maggiori sindacati medici e dei rappresentanti della parte pubblica, è stato un momento di particolare rilievo per lo sviluppo dei futuri programmi in ambito sanitario. Tutti hanno preso buona nota delle cose dette, perché erano e restano estremamente sensate.

E a Modena si è abituati a ragionare di cose concrete e ad adoperarsi per realizzarle.

*Il presidente
N.G.D'Autilia*



FONDAZIONE E.N.P.A.M.

PROROGATA LA SCADENZA AL 31 LUGLIO 2008 DELL'AUTODENUNCIA DEI REDDITI NON DICHIARATI ALLA "QUOTA B" E CONTESTUALE RIAMMISSIONE NEI TERMINI PER L'ACCESSO ALLA CONTRIBUZIONE RIDOTTA

Premesso che, per beneficiare della tutela previdenziale presso la "Quota B" del Fondo di previdenza Generale, tutti i medici e gli odontoiatri che producono un reddito professionale superiore a quello già soggetto a contribuzione "Quota A", devono presentare la relativa dichiarazione (modello D) prevista dall'art. 3 del Regolamento del Fondo e versare il corrispondente contributo previdenziale. **La Fondazione E.N.P.A.M. ha avviato la verifica del corretto adempimento dell'obbligo dichiarativo da parte degli iscritti, mediante controllo incrociato con i dati in possesso dell'Amministrazione finanziaria e, in particolare, dell'Anagrafe tributaria.**

Il Consiglio di Amministrazione dell'Ente, con delibera n. 56/2007, ha stabilito la riammissione nei termini per l'istanza di accesso al versamento in misura ridotta per gli iscritti titolari di altra copertura previ-

denziale obbligatoria (ovvero pensionati) che:

- provvedano ad autodenunciare, **entro il 31 luglio 2008**, i redditi professionali prodotti e non dichiarati all'E.N.P.A.M. per gli anni 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006;
- non siano già tenuti, per le annualità successive al 2001, al versamento del contributo Quota "B" sulla base dell'aliquota ordinaria del 12,50%;
- presentino, **entro il 31 luglio 2008**, domanda di ammissione alla contribuzione ridotta.

Resta ferma, in ogni caso, l'applicazione delle maggiorazioni previste dal Regolamento del regime sanzionatorio e, in caso di accertamento già notificato con riferimento all'anno 2001, la determinazione del contributo dovuto per tale annualità sulla base dell'aliquota ordinaria del 12,50%.

I soggetti interessati alla suddetta riapertura dei termini devono quindi provvedere, entro e non oltre il **31 luglio 2008**, a

presentare la relativa istanza di ammissione alla contribuzione ridotta ed a denunciare i redditi eventualmente prodotti e non dichiarati mediante l'apposito **modello DICH. QB.CR** (scaricabile dal sito www.enpam.it).

Si precisa che il mancato invio di tale documentazione entro il predetto termine, determinerà l'applicazione dell'aliquota del 12,50%.

Per eventuali chiarimenti è possibile contattare il Servizio di Accoglienza Telefonico dell'ENPAM ai seguenti numeri: tel. 06.48.29.48.29 - fax 06.48.29.44.44.

È stato prorogato al 31/07/2008 il termine ultimo per presentare richiesta di adesione alla **polizza sanitaria**, o apportare modifiche all'adesione sottoscritta lo scorso anno. Per il testo della Polizza, le modalità e il modulo di adesione, ecc. visitare il sito www.enpam.it - sezione polizza sanitaria

DECRETO BERSANI 223/2006

Liquidazione compensi: (art. 35 comma 12 e 12 bis)

I compensi in denaro per l'esercizio di arti e professioni sono riscossi esclusivamente mediante assegni non trasferibili o bonifici ovvero altre modalità di pagamento bancario o postale nonché mediante sistemi di pagamento elettronico.

Il limite per il pagamento in contanti delle parcelle è fissato per importi inferiori a:

EUR 500 --> dal 01.07.2007 al 30.06.2008;

EUR 100 --> dal 01.07.2008;

Aedes albopictus e il Virus Chikungunya

L'epidemia di Chikungunya che nell'estate del 2007 ha colpito un'area del ravennate ha messo in evidenza una nuova emergenza sanitaria legata alla diffusione di malattie tropicali in Italia, e più in generale, in Europa. Infatti, i fenomeni legati all'incremento massivo del turismo internazionale e dell'immigrazione, associati all'inadeguata risposta a livello nazionale in termini sia di informazione che di prevenzione verso le malattie tropicali emergenti, risultano essere problematiche di stretta attualità e di notevole interesse socio-sanitario.

L'evento epidemico che ha avuto come epicentro i comuni di Castiglione di Cervia e di Castiglione di Ravenna, ha coinvolto circa 300 persone, con una diffusione massima alla fine del mese di agosto. Il serbatoio dell'epidemia è stato identificato in un cittadino extracomunitario indiano giunto all'aeroporto di Forlì il 30 giugno, già affetto dal virus della Chikungunya e che, all'arrivo, presentava una sintomatologia di tipo febbrile. Ma per capire quale sia il reale pericolo della diffusione epidemica del virus della Chikungunya e di altri virus affini, bisogna prima di tutto tenere in considerazione il fenomeno che ne sta alla base, ovvero la possibilità da parte di batteri, virus o parassiti di invadere nuovi territori, grazie alla loro capacità di adattarsi a nuove nicchie ecologiche o a nuovi ospiti, modificando così la loro virulenza o le modalità di trasmissione, fino a sviluppare, nel tempo, una certa

resistenza ai farmaci.

Il Virus della Chikungunya è un RNA virus appartenente alla famiglia degli Arbovirus, in particolare alla categoria dei Togavirus, che presenta molte varietà, ma due principali sottotipi: CHIK e ONN (o'nyong-nyong).

Trova la sua iniziale diffusione nell'Africa Sub-Sahariana, dal Senegal all'Etiopia, dall'Angola allo Zimbabwe e nel Sud-Africa. È inoltre diffuso in India, Sri Lanka e nel Sud-Est Asiatico (Cambogia, Indonesia, Malaysia, Filippine, Thailandia e Vietnam). Questa malattia virale è trasmessa, nella maggior parte dei casi, dalla puntura della zanzara della specie *Aedes albopictus*, comunemente conosciuta con il nome di Zanzara Tigre, che ha una provenienza asiatica con areale d'origine compreso tra Nuova Guinea, a sud est, Madagascar, ad ovest e Giappone a nord. Negli ultimi venti anni la zanzara è stata introdotta accidentalmente nelle aree temperate di Europa, America e Africa. Sono inoltre noti casi di trasmissione della malattia ad opera della zanzara appartenente alla specie *Aedes aegyptus*, in particolare in zone quali le isole Reunion, Mauritius, Hawaii e Seychelles. Questa specie di zanzara, a differenza di *Ae. albopictus*, è assai più fragile ed è più spesso coinvolta nella diffusione di altri tipi di arbovirus, in particolare del virus che causa la malattia Dengue.

Rilevanza a livello mondiale ha avuto una violenta epidemia che ha colpito, nel marzo del

2005, le isole Reunion, provocando un'inaspettata emergenza sanitaria, poiché di notevole intensità sono state la larga diffusione e la gravità clinica dell'epidemia. Su una popolazione di 775.000 abitanti, sono stati riportati dati di 244.000 pazienti infettati dal virus Chikungunya, con una stima dei decessi che ha raggiunto nell'aprile 2006 la cifra di 205 morti; si sono registrati nel 15% dei casi forme severe di infezione con interessamento neurologico, citolisi epatica, linfopenia e severe reazioni ematologiche, fino ad arrivare a casi di infezione neonatale. Infatti, in condizioni di diffusione epidemica, il serbatoio primario del virus è rappresentato dall'uomo, senza distinzioni di razza, sesso o età; dopo la puntura della zanzara, e la successiva infezione nei singoli soggetti, si sviluppa un ciclo di trasmissione di tipo uomo-uomo per via ematogena.

Inoltre i dati disponibili suggeriscono che l'infezione del virus Chikungunya presenti due forme epidemiologiche: l'endemica e l'epidemica. La prima ha la sua localizzazione primaria nel continente africano e nelle zone rurali, ed è caratterizzata da una grande varietà di vettori e di reservoir, con una trasmissione duratura nei confronti delle popolazioni locali, largamente immunizzate. Per tali ragioni la malattia spesso passa inosservata a causa dei sintomi scarsi o del tutto assenti e della diagnosi spesso occasionale, durante controlli sierologici volti ad indi-

viduare la presenza di altri tipi di arbovirus. La forma epidemica, invece, è prevalente in Asia e nei contesti urbani, con una trasmissione che può avvenire ad opera di entrambi i tipi di zanzara vettori (*Ae. albopictus* e *Ae. aegyptus*), e si verifica in popolazioni scarsamente immunizzate; in questo caso gli eventi epidemici sono improvvisi e massivi, con una percentuale di attacco che raggiunge il 37%.

Al di fuori delle dinamiche epidemiche umane, il virus può essere isolato, in particolare nel continente Africano, in alcune specie di scimmie (*C. aethiops*), di babbuini (*Papio hamadryas*), e di scimpanzé, nei roditori, nei rettili e in altre specie di vertebrati, che presentano un ciclo di infezione del tipo zanzara-animale-zanzara.

In Italia la presenza della Zanzara Tigre è stata segnalata per la prima volta a Genova nel 1990, per poi diffondersi stabilmente in gran parte del Paese. Caratteristica di questa specie di zanzara è la sua colorazione nera interrotta da bande bianche, con un'evidenza particolare della linea longitudinale chiara sul dorso del torace; notevole è la sua capacità di adattarsi anche alle basse temperature. Le larve sono acquaiole e sono solo le femmine, tramite la puntura, a nutrirsi di sangue per la maturazione delle uova.

Un fattore chiave, in termini di prevenzione, è la peculiarità di *Ae. Albopictus* di concentrarsi nelle foreste pluviali dove sfrutta le raccolte d'acqua dolce poco agitate e temporanee, sia per la deposizione che per lo sviluppo delle larve; nella più recente colonizzazione delle aree abitate si annida nei contenitori (vasi e sottovasi delle piante ornamentali e da giardi-

no) e in tutte le altre piccole raccolte di acqua che abbondano nei contesti urbani e industriali (tombini, grondaie...).

Gli attacchi da parte della Zanzara Tigre avvengono prevalentemente all'aperto, durante le ore diurne, in particolare nelle prime ore del mattino e nel tardo pomeriggio (e ciò rende più difficile la prevenzione degli attacchi), nel periodo compreso tra il mese di maggio e il mese di ottobre.

La vita della zanzara in media dura quattro settimane; il suo morso è silenzioso e aggressivo e la sua puntura può causare intense reazioni allergiche alla saliva che essa inietta nell'ospite al momento del pasto di sangue.

La capacità di sfarfallamento di questa specie di zanzare sarebbe limitata da un raggio di volo di 400-600 metri e questa peculiarità non dovrebbe consentire la diffusione epidemica a partire da Paesi così lontani dal nostro. In realtà negli ultimi anni il maggior fattore di diffusione sulle lunghissime distanze è stato rappresentato dal commercio internazionale di pneumatici usati, al cui interno possono depositarsi le uova.

Perciò *Ae. Albopictus* è ad oggi considerata a tutti gli effetti una delle specie di zanzara che fa parte della fauna culicidica italiana; infatti potrebbe diventare un nuovo pericoloso vettore di altri tipi di arbovirus quali il West Nile virus (Flavivirus), il virus Rift Valley, il virus dell'Encefalite Giapponese e della Dengue, oltre ad essere un vettore naturale di Dirofilariasi. In Italia è già nota la presenza, ad esempio, del virus chiamato Toscana, che può avere come vettore proprio la Zanzara

Tigre.

Da sottolineare che la Zanzara Tigre è attratta prevalentemente dai mammiferi, ma non è da sottovalutare, in una prospettiva futura di controllo della pericolosità di diffusione della malattia, la possibilità che possa pungere e quindi infettare uccelli, rettili e anfibi.

Per quanto riguarda le manifestazioni cliniche della Chikungunya, l'infezione si presenta in un'alta percentuale dei casi in maniera asintomatica. Nei casi che invece si presentano in modo sintomatico, il periodo di incubazione della malattia è di norma di 2-3 giorni (con un range che va da 1 ai 12 giorni); in seguito compaiono febbre alta, dolori osteo-articolari intensi e diffusi, con una localizzazione prevalentemente a livello delle piccole articolazioni della mano, dei polsi, della caviglie e dei piedi (distinguendosi, ad esempio, dalla Dengue, che attacca di solito le articolazioni di gomiti e ginocchia). Interessante è sapere che lo stesso termine Chikungunya è suggestivo di questa specifica sintomatologia, poiché in lingua Swahili ha il significato di "camminare piegato in avanti".

Altri sintomi che possono associarsi, ma non sono tuttavia patognomici, comprendono: brividi, mal di testa, fotofobia, infiammazione congiuntivale, dolore retro-orbitale, nausea, anoressia, vomito e dolori addominali, leucopenia e, di frequente, può comparire, durante il picco febbrile, un rash maculo-papillare pruriginoso, localizzato o esteso ad un'ampia zona corporea (in particolare a livello del torace), che può ricomparire negli ultimi 5 giorni febbrili; comune è, inoltre, il manifestarsi di una mialgia

generalizzata.

In rari casi, in particolare se l'infezione è stata contratta da neonati o bambini di età compresa tra i 2 e i 4 anni, possono verificarsi casi di encefalite, insufficienza renale, citolisi epatica, setticemie e manifestazioni emorragiche quali le petecchie o le emorragie gengivali.

L'artralgia rimane in ogni caso il sintomo maggiormente indicativo di infezione di Chikungunya e può avere intensità variabile, distribuendosi sempre in modo simmetrico; può risolversi nel 90% dei casi nel giro di alcune settimane, ma arriva a protrarsi per mesi e addirittura anni, tanto che il 10% dei pazienti può sviluppare una rilevante condizione di cronicizzazione.

La diagnosi comprende, oltre ad un'attenta valutazione del contesto epidemico e delle manifestazioni cliniche, l'individuazione nel profilo ematico di forme di leucopenia e linfopenia, associate ad una moderata trombocitopenia e ad un notevole aumento dei livelli di transaminasi. Inoltre i due test diagnostici applicabili sono la PCR (polymerase chain reaction) per la quantificazione dell'RNA virale e l'analisi sierologia specifica delle immunoglobuline IgM (indice di infezione recente) e IgG (indice di infezione pregressa).

In particolare la PCR trova utilità nella fase iniziale della viremia, a partire dal giorno dell'inoculazione del virus al 7° giorno da essa, mentre la presenza delle IgM sarà verificabile tra il 4° e il 15° giorno e quella delle IgG nella fase di convalescenza, dal 16° giorno fino a 10 mesi dall'iniziale inoculazione, arrivando in una rilevante percentuale dei casi, a stabilizzarsi in circolo addirittura per molti anni.

Il problema legato alla persistenza del virus nel sangue e la possibilità quindi di avere un rischio trasfusionale nelle aree epidemiche, ha interessato la regione Emilia Romagna che, durante l'emergenza dell'estate del 2007, ha attuato una sorveglianza attiva sulla base di un modello di risk assessment basato sulla entità teorica dei soggetti nei quali l'infezione decorre in forma asintomatica (assunta pari al 15% secondo le stime effettuate in occasione dell'epidemia da virus Chikungunya nelle isole dell'Oceano Indiano) e sulla durata della viremia precedente l'insorgenza della sintomatologia clinica (stimata in 24-48 ore). È risultato così possibile individuare livelli di rischio estremamente bassi nella fase di ridotta incidenza di nuovi casi, così come ha retrospettivamente consentito di confermare che, in particolare nelle fasi più intense dell'outbreak epidemico, il rischio risultava non accettabile e che, pertanto, è stato opportuno adottare il provvedimento precauzionale di sospensione dei donatori residenti/domiciliati nelle zone interessate. La sospensione è stata poi revocata nel mese di ottobre, in accordo con il cessato pericolo di trasmissione della malattia, per l'assenza di portatori certi del virus.

Non esiste un farmaco o un trattamento specifico per curare questa infezione virale, anche se si può attuare una terapia di supporto poiché i sintomi rispondono parzialmente a farmaci antinfiammatori non steroidei.

Rimangono, infine, da prendere in considerazione quali effettivamente possano essere le strategie ad oggi da intraprendere

per attuare programmi atti a condurre all'eradicazione o alla significativa riduzione delle popolazioni di zanzare presenti sul nostro territorio. Il metodo classico di contenimento è rivolto alla rimozione dei possibili focolai larvali; si può inoltre basare sulla riduzione del contatto tra le zanzare e gli ospiti umani, consigliando alla popolazione di indossare vestiti che coprano braccia e gambe, di utilizzare insetticidi repellenti e di installare zanzariere nelle abitazioni.

Per il controllo delle popolazioni di zanzare presenti sul territorio e della sorveglianza attiva dei patogeni trasmessi dagli insetti si può inoltre applicare il monitoraggio entomologico, che comprende una fase di campionamento dei potenziali insetti vettori e una successiva fase di rilevamento dei patogeni nei campioni raccolti.

È importante quindi che, in particolare i medici di base, si familiarizzino con le malattie di origine tropicale così da poter acquisire una cultura di sanità internazionale per arrivare sia a formulare diagnosi, sia a curare le malattie tropicali emergenti, in accordo con le strategie di lotta che organizzazioni, come l'Oms, stanno adottando per fronteggiare queste emergenze epidemiologiche.

*L. Maccio - F. Rivasi
Dipartimento ad Attività integrata di Laboratori, Anatomia Patologica e Medicina Legale,
sezione di Anatomia Patologica, Università degli studi di Modena e Reggio-Emilia*

Bibliografia disponibile presso gli autori.

LA DEONTOLOGIA MEDICA E LE POLITICHE DELLA SALUTE

“LA PROFESSIONE FRA OBBLIGHI DEONTOLOGICI E UTILIZZO DELLE RISORSE”

Il tema delle risorse in ambito sanitario e del loro utilizzo secondo criteri nuovi e possibilmente condivisi con gli erogatori delle stesse è un tema molto attuale. Quello degli obblighi deontologici un po' meno. Bisogna avere il coraggio morale e, perché no, professionale di ammettere che di questo argomento si disserta molto poco. La Deontologia risulta ai più un ambito privilegiato di discussione tra professionisti “dedicati” alla tematica come possono essere i medici legali (alcuni illustri cattedratici la inseriscono nel *core curriculum* rivendicandone per questo una sorta di paternità), gli storici della Medicina, gli ordinisti infine, comprendendo in questa categoria tutti i colleghi che rappresentano per mandato elettorale la professione. La verità è che la Deontologia è ben altra cosa e sarebbe fin troppo semplice ricercare nella memoria del tempo le sue origini nel giuramento di Ippocrate, ancora attuale ai nostri giorni. Potrebbe essere invece sufficiente risalire al più antico Codice di Deontologia della nostra era, e cioè quello di Sassari, redatto nel 1903. Esso contiene tutti gli elementi che sono stati in seguito alla base delle successive elaborazioni degli attuali Codici. Ebbene, già in quella *summa* di norme di comportamento professionale per i medici sassaresi erano

contenuti alcuni principi ben definiti correlati al decoro della professione ed altri di chiara impronta solidaristica. Il *ché* depone per una sensibilità ed una profondità di pensiero dei nostri antenati sardi di non trascurabile rilevanza.

Ma venendo al nostro tema credo che sia il caso in primo luogo di fare specifico riferimento agli obblighi deontologici del medico, da sempre patrimonio prezioso della nostra professione. Approvato nel dicembre del 2006, il nuovo Codice mantiene inalterati i cardini dell'esercizio professionale ed in particolare quanto previsto dagli articoli 3 e 4, laddove si sottolineano i doveri del medico nella “**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,...**”

Art. 3 - Doveri del medico - *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 e si dichiara che “**l'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico**”.

Art. 4 - Libertà e indipendenza della professione - *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.*

Principi questi che hanno costituito nel tempo il baluardo della nostra professione e che oggi sembrano vacillare sotto i colpi delle nuove responsabilità che i sistemi sanitari ad impronta nazionale prima e regionale poi hanno imposto ai medici che vi operano. Obbligo di cura quindi e libertà della professione: un binomio che prefigura un

ambito dai contorni molto netti ma dal contenuto del tutto *in fieri*. Ma chi pensasse che le regole deontologiche si sono adeguate ai tempi si sbaglierebbe di molto. La realtà è che l'evoluzione della Medicina e della Società, intesa quest'ultima come luogo delle relazioni e come espressione del divenire umano, ha imposto nuovi rapporti tra i soggetti deputati alla erogazione dell'assistenza sanitaria, che sono comunque lo Stato, le Regioni, le Aziende sanitarie e/o socio-sanitarie, e coloro che sul campo forniscono ai cittadini/utenti/pazienti le cure, cioè i medici. Va detto, a questo proposito, che si è anche consumata una piccola grande rivoluzione nelle professioni, ed in quella medica in particolare, caratterizzata dal nascere e proliferare, mi sia consentito il termine, di numerose professionalità para-sanitarie che nel volgere di un breve lasso di tempo hanno eroso molto spazio all'ambito del nostro esercizio professionale. Lungi da me non riconoscere le peculiarità di queste nuove professioni, ma è un dato di fatto che esse si intersecano, quando non si embricano, sempre più con la nostra e, al di là di una mera e sterile difesa d'ufficio, resta la consapevolezza che non si possa ragionevolmente parlare di appropriatezza delle cure senza tenere conto di queste nuove realtà.

Ma la sfida nuova della nostra epoca e che il Codice ha recepito pienamente è sulla **qualità** delle cure. Termine questo usato ed abusato da medici e politici e mai come ora attuale

e determinante nelle scelte di amministratori ed economisti. Come giustamente recita il testo dell'articolo 6 infatti **"il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse."**

Art. 6 - Qualità professionale e gestionale - Il medico agisce secondo il principio di efficacia delle cure nel rispetto dell'autonomia della persona tenendo conto dell'uso appropriato delle risorse.

Il medico è tenuto a collaborare alla eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario, al fine di garantire a tutti i cittadini stesse opportunità di accesso, disponibilità, utilizzazione e qualità delle cure.

Mi piace ricordare a questo proposito l'ampia discussione che si sviluppò in seno alla commissione F.N.O.M.C.e O. deputata alla revisione del Codice su questo specifico punto, segnale di una centralità del problema o meglio dei problemi che si andavano a sollevare. Si trattava, e si tratta tuttora ogni giorno ed in ogni ambito di cura, di coniugare efficacia delle cure, libertà dell'individuo e risorse disponibili. Il tema delle risorse resta centrale nel dibattito sulla erogazione delle cure da parte di un sistema sanitario come il nostro. Ed il medico è chiamato non raramente a dover operare scelte che non possono non configgere con la sua personale coscienza ed il suo codice etico comportamentale. La stesura dell'articolo 6 ha comportato un doveroso confronto di idee

e di spunti di riflessione, contribuendo ad una formulazione che rispetta i criteri fondanti della nostra professione pur nella consapevolezza di un mutato scenario sociale ed economico.

Molte sono le cose e le relative considerazioni che si potrebbero fare sul tema delle risorse e della loro sempre dichiarata "limitatezza". In realtà tutti sappiamo molto bene che i fondi destinati al Sistema Sanitario sono sempre stati incrementati annualmente da tutti i governi che si sono succeduti a Roma, e che è sulla loro destinazione semmai che si è acceso il dibattito. Il rapporto fra territorio ed ospedale ne è stato in questo senso tema centrale. Un ragionamento sulle risorse e sul loro utilizzo ha avuto un preciso sviluppo dal momento che nel rapporto medico-paziente è intervenuto il cosiddetto terzo pagante. Prima di allora infatti la tipologia della relazione professionale tra i due soggetti era sostanzialmente diretta e la corresponsione della parcella avveniva in forma altrettanto diretta. Dall'istituzione delle Mutue, enti di assistenza legate a differenti categorie di cittadini: artigiani, commercianti, dipendenti statali, coltivatori diretti e così via, si sostanziò una diversa modalità di fruizione delle cure introducendo appunto il "terzo pagante", cioè la mutua. Il principio fu fatto proprio dal neonato Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 ed è tuttora in vigore. È ben vero che nel corso degli anni sono stati introdotti strumenti, più o meno validi, di cal-

mieramento della spesa pubblica, i ticket per fare l'esempio più eclatante, ma l'impianto del sistema è rimasto nella sostanza invariato.

La professione medica si è in questo lasso di tempo, storicamente esiguo (1978-2008) ma strutturalmente rilevante, profondamente modificata e ha dovuto prendere atto di una variazione di rapporti che non era e non è tuttora nel suo DNA. Siamo stati infatti formati dalle nostre università per agire come medici e basta, avulsi cioè dal contesto socio-sanitario in cui poi dobbiamo professare. L'importanza della nostra formazione è stata insomma il sapere, qualche volta il saper essere. Chi ha avuto la fortuna di avere veri maestri ha imparato anche il saper fare, ma ne conosco pochi. La maggior parte di noi si è formata sul campo, e spesso senza fare troppi danni. O almeno così si spera. Sono trascorsi undici anni dalla vicenda Di Bella e chi scrive queste brevi note ha vissuto sulla propria pelle l'amara esperienza di una solitudine professionale, rotta solo dalla solidarietà di qualche amico e di lontani Soloni della medicina che sentenziavano al riparo delle loro scrivanie polverose. Fu allora un Ministro, non medico, a dimostrare più coraggio di tanti medici nell'assumersi le responsabilità del caso. E fu allora che si scrisse a Montecatini l'articolo 12, ora 13, del Codice Deontologico che entrava nel merito anche e soprattutto dell'appropriatezza delle cure oltre che introdurre e rinforzare i principi del consenso informato.

Art. 13 - Prescrizione e trattamento terapeutico -

La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico.

Su tale presupposto al medico è riconosciuta autonomia nella programmazione, nella scelta e nella applicazione di ogni presidio diagnostico e terapeutico, anche in regime di ricovero, fatta salva la libertà del paziente di rifiutarle e di assumersi la responsabilità del rifiuto stesso. Le prescrizioni e i trattamenti devono essere ispirati ad aggiornate e sperimentate acquisizioni scientifiche tenuto conto dell'uso appropriato delle risorse, sempre perseguendo il beneficio del paziente secondo criteri di equità.

Il medico è tenuto a una adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e delle reazioni individuali prevedibili, nonché delle caratteristiche di impiego dei mezzi diagnostici e terapeutici e deve adeguare, nell'interesse del paziente, le sue decisioni ai dati scientifici accreditati o alle evidenze metodologicamente fondate.

Sono vietate l'adozione e la diffusione di terapie e di presidi diagnostici non provati scientificamente o non supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica, nonché di terapie segrete. In nessun caso il medico dovrà accedere a richieste del pazien-

te in contrasto con i principi di scienza e coscienza allo scopo di compiacerlo, sottraendolo alle sperimentate ed efficaci cure disponibili.

La prescrizione di farmaci, sia per indicazioni non previste dalla scheda tecnica sia non ancora autorizzati al commercio, è consentita purché la loro efficacia e tollerabilità sia scientificamente documentata.

In tali casi, acquisito il consenso scritto del paziente debitamente informato, il medico si assume la responsabilità della cura ed è tenuto a monitorarne gli effetti.

È obbligo del medico segnalare tempestivamente alle autorità competenti, le reazioni avverse eventualmente comparse durante un trattamento terapeutico.

Ed è per questo che il tema dell'utilizzo delle risorse è stato per i medici estremamente defatigante, perché mancava e, a mio parere, manca tuttora la cultura di fondo, la *ratio* del problema insomma. E qui si pone il problema della formazione sia pre che post-laurea. La maggior parte dei medici oggi operanti nel Servizio Sanitario, nelle condizioni di dipendenza e/o di convenzione, soffre per la mancanza di preparazione di base e di aggiornamento sui temi di economia sanitaria. E ciononostante i professionisti si sono impegnati ugualmente nella ricerca di un giusto equilibrio fra richieste del servizio, fondate su esigenze di natura spesso economica, e doveri del medico di fronte al paziente. In questa condizione, frequentemente disagevole, i medici hanno sempre tenuto la barra

del timone sulla rotta del rapporto con il cittadino, rispondendo chiaramente alle norme del loro Codice. Ma non è stato e non è sempre così, e non è di particolare aiuto il ruolo che svolge ormai da tempo l'informazione. I mass media sono i nuovi reali interlocutori dei professionisti medici e il loro impatto sulla gente è assai rilevante. Il medico si trova così a dover mediare nel già difficile rapporto con il paziente attraverso la rete delle notizie o pseudo-notizie sfornate dalle fonti di informazione a getto continuo. Solo una solida formazione ed un costante aggiornamento costituiscono un serio ed attendibile schermo per le richieste sempre più mirate del cittadino. L'induzione di accertamenti e di terapie, naturalmente a carico del sistema pubblico, sta assumendo i contorni di un assedio il cui esito appare di difficile previsione. Occorre, a mio parere, essere in questo senso molto sinceri con noi stessi e con i professionisti che rappresentiamo.

Una delle strategie che sicuramente può mettere in campo professionalità mediche esperite e motivate, associate in un progetto condiviso e di sicura efficacia, è rappresentata dalla partecipazione dei cittadini ai progetti di screening e di presa in carico nelle patologie croniche. Quanto alla prima tipologia essa si sostanzia nell'esempio del programma regionale dell'Emilia Romagna sul carci-

noma del colon. Esso coinvolge molti professionisti della sanità regionale e la popolazione a rischio di quella realtà. Nel contempo ha messo in moto tutta una serie di azioni collaterali, ma soprattutto ha esaltato una nuova coscienza collettiva del problema attraverso il coinvolgimento di molti operatori sanitari e l'utilizzo di altrettanto rilevanti risorse regionali.

Per ciò che concerne invece il territorio sempre nella stessa regione, ma l'esempio vale anche per molte altre realtà locali, si sono realizzati programmi di assistenza ai diabetici e ai non deambulabili, riservando loro modalità di accesso alle cure con percorsi privilegiati e integrazione delle differenti figure operanti al domicilio del cittadino: medico, infermiere, assistente sociale. La rete dell'assistenza regge perché si sono definiti, non senza iniziali e prevedibili conflitti, gli ambiti di responsabilità professionale soggettiva e il sistema può mantenere una sua autonomia organizzativa e strutturale perché sono stati previsti finanziamenti ad hoc.

Le risorse in campo sanitario saranno pertanto sempre più dedicate a processi e progetti finalizzati alla prevenzione e alla cura di specifiche patologie, in primis quelle croniche. Le reti ospedaliere dovranno rispondere ai requisiti di una maggiore efficienza per le patologie acute e la rete dei medici del territorio si dovrà attrezzare, e

lo sta già facendo, per rispondere in modo adeguato alle sfide della cronicità.

I medici sono chiamati a impegnarsi in un rapporto nuovo con i colleghi e con i cittadini, entrambi interlocutori di un processo innovativo di coinvolgimento di più professionalità. Risulta chiaro peraltro che senza la definizione di regole deontologiche come quelle contenute nel nostro Codice ogni tipo di relazione professionale è destinata a soccombere alle regole ben più cogenti del mercato. Già se ne intravedono le avvisaglie.

Solo la condivisione dei dettami del nostro Codice ci può offrire il terreno di crescita per uno sviluppo professionale vero, e non di facciata, che mantenga nel tempo la nostra reale forza (anche interiore) fondata su un parametro di indiscussa ed inalterata efficacia: la relazione con il paziente. Relazione che è e resta tra pari, tra uomo e uomo, o come recita il nostro Codice, tra medico e Uomo.

N. G. D'Autilia

Relazione svolta dal presidente in occasione del Convegno tenutosi a Torino il 10 maggio 2008 "LA DEONTOLOGIA MEDICA E LE POLITICHE DELLA SALUTE" organizzato dalla Federazione regionale degli Ordini dei medici e odontoiatri del Piemonte.

TRATTAMENTO DEI RIFIUTI E SALUTE

Posizione dell'Associazione Italiana di Epidemiologia (aprile 2008)

Premessa e scopo del documento

I rifiuti – effetto indesiderato della produzione e del consumo di beni – sono in aumento in Italia sia per volume (0,54 t/anno pro capite nel 2005) sia per numero di sostanze chimiche in essi contenute; resta perciò attuale il problema del loro impatto sulla salute e sull'ambiente. Le azioni fondamentali di prevenzione e il fulcro di ogni politica tesa a contenere i rischi connessi ai rifiuti risiedono nella loro riduzione, differenziazione, riutilizzazione e nella razionalizzazione delle modalità di smaltimento, secondo quanto indicato nel preambolo dell'ultima direttiva europea in materia (2006/12/UE).

La normativa vigente (D.lgs. 152/06) classifica i rifiuti *secondo l'origine in rifiuti urbani* (per lo più domestici) e rifiuti speciali (per lo più residui di attività produttive) e *secondo la pericolosità* in rifiuti tossici e nocivi (presi in considerazione dalla direttiva 91/689/CE) contenenti metalli pesanti e altre sostanze tossiche) e rifiuti non pericolosi (tutti gli altri). Le leggi italiane prevedono trattamenti differenziati per categoria d'appartenenza.

Per lo smaltimento dei rifiuti urbani, a valle del recupero differenziato dei materiali (ove esso avvenga), sono attualmente disponibili due diverse modalità normate da leggi e regolamenti: il conferimento in discarica controllata (48% del totale) e l'incenerimento con

parziale recupero energetico (10% del totale). Non è infrequente, tuttavia, il caso di discariche autorizzate che non funzionano a norma (mancato recupero del percolato e dei biogas) e di discariche autorizzate per il solo conferimento di rifiuti urbani dove sono conferiti illegalmente anche rifiuti pericolosi. Vanno inoltre considerate le discariche illegali, i siti di abbandono illegale e la combustione incontrollata di rifiuti pericolosi e misti.

L'obiettivo principale di questo documento è esprimere un parere documentato sulla nocività per la salute umana delle modalità legali di trattamento dei rifiuti, al fine di sostenere con le informazioni necessarie quanti sono preposti alle decisioni in merito alla sicurezza degli impianti legalmente operanti e alla dislocazione di nuovi impianti. Obiettivo accessorio è la considerazione degli effetti sulla salute di modalità improprie o illecite di trattamento dei rifiuti per raccomandare, se necessaria, l'adozione di azioni di protezione della popolazione esposta o, nel caso d'inconclusività delle informazioni disponibili, l'avvio di indagini ad hoc o di piani di sorveglianza per la documentazione dei possibili effetti.

Le considerazioni espresse in questo documento traggono origine dalla valutazione delle conoscenze desumibili dalla letteratura scientifica condotta dalla segreteria dell'Associazione Italiana di Epidemiologia.

Occorre, a riguardo, porre in evidenza che in molti degli studi epidemiologici internazionali considerati non è stata operata una distinzione tra rifiuti solidi urbani e rifiuti classificati in Italia come tossici o nocivi; i dati disponibili sono riferiti per lo più all'insieme delle due categorie non essendo possibile un'analisi differenziata per tipologia di rifiuti.

Rischi per la salute derivanti dalle discariche di rifiuti

Discariche autorizzate

Lo studio dell'impatto sulla salute delle discariche che operano secondo le procedure normative da leggi ruota attorno a due quesiti:

- le discariche determinano esposizioni responsabili di un incremento dei tassi di malattia nella popolazione generale?
- limitatamente alle popolazioni che risiedono nelle immediate vicinanze delle discariche, si registrano tassi più elevati di malattia?

Le osservazioni disponibili riguardano soprattutto la seconda questione, essendo la prima di più difficile trattazione, stante la limitatezza delle conoscenze attualmente in nostro possesso.

Gli agenti tossici più comunemente chiamati in causa riguardo alle discariche sono:

- solventi clorurati (tri- e tetracloro etilene, di- e tri-cloroetano);

- metalli (zinco, mercurio, cadmio, cromo, arsenico, piombo);
- idrocarburi aromatici policiclici (benzene, toluene, metilene);
- policlorobifenili (PCB);
- cloruri di vinile;

Le vie di esposizione riconosciute sono quella inalatoria, quella alimentare (per ingestione di acqua e prodotti agricoli contaminati) e il contatto dermico.

Gli studi epidemiologici disponibili sono stati condotti prevalentemente all'estero con un disegno multicentrico o multisito (1-7). I principali punti di forza di tali studi riguardano: le ampie dimensioni, il buon controllo del confondimento e l'utilizzabilità dei risultati per le decisioni strategiche. I punti di debolezza, invece, riguardano: la simultanea esposizione ad una molteplicità di agenti potenzialmente nocivi e la già ricordata assenza di distinzione tra discariche di rifiuti urbani e discariche di rifiuti tossici e nocivi, a causa della diversa normativa di riferimento, rispetto a quella italiana, all'epoca in cui gli studi sono stati condotti. Gli studi in questione sono di tipo descrittivo geografico, con un'inadeguata definizione dell'esposizione, basata solo sulla distanza tra la discarica e il domicilio della popolazione a rischio. Anche nei casi in cui, come nello studio casocontrollo multicentrico EUROHAZCON (7-8) le alterazioni dello stato di salute e la presenza di fattori confondenti sono stati rilevati con questionari individuali – e quindi con buona precisione –

la misura dell'esposizione agli inquinanti originati dalla discarica è stata stimata dalla semplice distanza lineare dell'abitazione dalla discarica. Solo alcuni studi beneficiano di una definizione più accurata dell'esposizione (9-12), ma risentono della limitata potenza statistica, del ridotto controllo del confondimento e di possibili effetti sui risultati di distorsioni della memoria.

Con questi limiti, gli studi epidemiologici cui è stato fatto riferimento hanno rilevato un eccesso di rischio per malformazioni congenite di circa il 10% (in relazione a discariche di rifiuti tossiconocivi), in particolare per difetti del tubo neurale e dell'apparato cardiocircolatorio (7-8), gastroschisi, palatoschisi, (9-12) È stato evidenziato, inoltre, negli studi multisito un maggior rischio di basso peso alla nascita (RR tra 1.03 e 1.06) e di tumori (leucemie, colon-retto, polmone, vescica, fegato), con valori variabili di rischio tra 1.02 e 1.20. Altri studi, però, non hanno messo in evidenza alcun eccesso di rischio (10-15).

Complessivamente le evidenze che emergono da questi studi sono deboli. Alcune indagini dotate di migliore impianto metodologico documentano rischi di piccola entità, ma molti altri studi, di pari qualità, non documentano alcuna associazione tra il domicilio in prossimità della discarica e danni alla salute. Nella maggior parte degli studi esaminati non può essere escluso l'effetto sui risultati di un insufficiente controllo di possibili fattori di con-

fondimento e di un'inadeguata definizione dell'esposizione. Occorre considerare, infine, che molti degli studi valutati hanno riguardato discariche a prevalente conferimento di rifiuti tossici e poche discariche a prevalente conferimento di rifiuti urbani.

In conclusione, con riferimento a discariche di rifiuti tossiconocivi, esistono evidenze di un piccolo ma significativo aumento del rischio di malformazioni congenite, che diventano più consistenti se riferite al rischio di basso peso alla nascita; non vi sono, invece, evidenze convincenti di eccesso di rischio per tumori, soprattutto per l'impossibilità di controllare i fenomeni migratori della popolazione esposta e la sequenza temporale fra esposizione e malattia. L'epidemiologia non si è interessata se non marginalmente agli effetti delle discariche di soli rifiuti urbani, essendo prevalente l'interesse per gli effetti sulla salute delle discariche di sostanze tossiche. Questa scelta è stata probabilmente dettata anche da valutazioni a priori di basso o nullo rischio delle discariche costruite e condotte in accordo con le norme di sicurezza in vigore e avvalendosi delle più aggiornate tecnologie.

Discariche non autorizzate

Definiamo *discariche non autorizzate* i siti di abbandono illegali e discariche autorizzate ma con tipologia di rifiuti diversi da quelli previsti, costruite cioè al di fuori delle norme di legge e in assenza dei presidi preposti al contenimento delle emissioni e al recupero del percolato. Tali

discariche sono da considerare sorgenti d'inquinamento diffuso per più vie di propagazione. Sull'impatto ambientale e sanitario dei siti di abbandono illegali a partire dal 2000 sono stati condotti in Italia – e in particolare in Campania – numerosi studi che, anche se non conclusivi, hanno grande rilevanza per la valutazione dei danni potenziali alla salute riconducibili a questo tipo di discariche (16-23). Si tratta di regola di studi descrittivi geografici basati su periodi di osservazione non sempre adeguati e condotti con disegno ecologico convenzionale per l'analisi della mortalità, dei ricoveri ospedalieri, della prevalenza di malformazioni alla nascita e – solo per poche aree – dell'incidenza di tumori. Uno studio ecologico si è avvalso di un indicatore di esposizione risultante dalla combinazione della prossimità del domicilio al sito di smaltimento dei rifiuti con un indice di pressione ambientale da rifiuti sul comune di residenza che tiene anche conto della tossicità dei rifiuti del sito di smaltimento (24).

Questi studi – che hanno considerato insieme sia discariche autorizzate sia siti di abbandono illegali – hanno messo in evidenza una correlazione dell'indicatore di esposizione con la mortalità per tutte le cause, per cause tumorali (tutte le sedi, fegato, polmone e stomaco nei maschi) e non tumorali (malattie cardiovascolari, malattie respiratorie, diabete e cirrosi) e con alcune malformazioni del sistema nervoso e dell'apparato genito-urinario.

Va considerato che il disegno adottato da questi studi non consente di postulare la causalità dell'associazione posta in evidenza. Gli autori, tuttavia, hanno considerato i risultati indicativi di una situazione di rischio determinata dall'inquinamento ambientale diffuso dovuto alla presenza dei siti. L'interpretazione dei risultati è resa ancor più complessa da altre tre considerazioni:

- gli studi hanno riguardato siti autorizzati, siti illegali di smaltimento e siti di abbandono incontrollato, con presenza anche di rifiuti tossici e pericolosi, senza poter distinguere gli effetti attribuibili a ciascuna tipologia di sito;
- le analisi effettuate hanno tenuto conto del confondimento prodotto dalla deprivazione socioeconomica, ma non è stato possibile escludere la permanenza di un effetto residuo di questo fattore. Per alcune cause di morte (ad es. tumori maligni del rene e della vescica) l'*Indice di deprivazione* è risultato essere il fattore di rischio principale;
- la vicinanza ai siti di smaltimento dei rifiuti è stata indicata dagli autori come la causa principale degli eccessi di rischio rilevati, senza poter escludere, almeno per alcuni di tali eccessi, l'azione di altri fattori presenti nelle popolazioni in studio quali: a) l'alta prevalenza di epatite (in relazione alla mortalità per tumori epatici), b) specifiche esposizioni occupazionali (per gli eccessi di mortalità confinati ai soli uomini), c)

l'inadeguatezza delle strutture di diagnosi e cura (per il diabete e le patologie cardiovascolari e respiratorie).

Pur con le limitazioni appena ricordate gli studi disponibili suggeriscono la possibilità di effetti negativi sulla salute della popolazione residente in prossimità dei siti illegali di smaltimento di rifiuti misti che determinano condizioni d'inquinamento ambientale diffuso ed esposizione a sostanze chimiche tossico-nocive per molteplici vie (aria, acqua, suolo e catena alimentare complessa). Benché non conclusivi i risultati degli studi disponibili sono avvalorati da considerazioni di plausibilità biologica e di coerenza degli effetti per genere e per fasce di età. Le evidenze superano le incertezze legate al disegno dello studio e all'insufficiente controllo del confondimento. Pertanto sono da considerare elevate le probabilità di una relazione causale.

Rischi per la salute derivanti dall'incenerimento dei rifiuti

L'incenerimento è diffusamente utilizzato per ridurre il volume e le proprietà infettive e tossiche dei rifiuti urbani, tossico-nocivi e ospedalieri. In Italia operano attualmente 50 impianti d'incenerimento, localizzati prevalentemente al centro nord (13 in Lombardia, 9 in Emilia e 8 in Toscana).

Se l'incenerimento sia un mezzo appropriato e sicuro di trattamento dei rifiuti è stato ed è oggetto di un ampio dibattito nel nostro Paese. L'interesse maggiore è legato al rischio potenziale per la salute

umana connesso alle emissioni degli inquinanti generati dal processo d'incenerimento.

Alcuni di questi (diossine, metalli e polveri ultrafini) sono agenti cancerogeni e tossici riconosciuti. Benché gli effetti correlati siano stati osservati a concentrazioni molto più elevate di quelle prodotte dagli impianti d'incenerimento, non è ancora chiaro se la stabilità molecolare delle sostanze in questione, determinandone l'accumulo nel tempo, possa esitare in aumenti di rischio apprezzabili delle popolazioni esposte.

Per quanto riguarda l'intensità dell'esposizione, va fatta una distinzione netta tra gli impianti di vecchia e di nuova generazione, giacché i livelli delle emissioni consentiti fino all'introduzione della direttiva 2000/76/CE erano di 3-6 volte maggiori per i principali parametri e di alcune centinaia di volte per le diossine e i furani.

Le principali sostanze chimiche emesse dagli inceneritori e considerate per il loro potenziale di rischio per la salute umana sono:

- metalli (Cadmio, Mercurio, Tallio, Zinco, Mercurio, Cromo, Arsenico, Piombo, Cobalto, Manganese, Nichel, Vanadio);
- idrocarburi policiclici aromatici (IPA);
- polveri fini e ultrafini;
- acidi (fluoridrico, cloridrico)
- gas (SO₂, NO₂, CO)
- policloroderivati (policlorobifenili, diossine, furani)

Le vie di esposizione individuate sono quella inalatoria (gas, polveri, IPA), alimentare (policloroderivati) e per contatto dermico (metalli, IPA).

Impianti d'incenerimento di vecchia generazione

Sono numerosi gli studi epidemiologici condotti tra il 1960 e il 1980 su popolazioni residenti in aree limitrofe agli impianti d'incenerimento ed è anche disponibile una rassegna sistematica della letteratura condotta in Italia (25) che riporta valutazioni di carattere generale sulla nocività dei vecchi inceneritori; è disponibile anche un recente rapporto di un gruppo tecnico dell'OMS sullo stesso argomento (26).

Gli impianti d'incenerimento di vecchia generazione hanno sicuramente comportato l'esposizione ambientale della popolazione residente a livelli elevati di sostanze tossiche. Per questa ragione è stata cercata la presenza di diversi potenziali effetti su: malattie respiratorie (27-29), rapporto di mascolinità alla nascita (30-32), malformazioni congenite (33-37) e tumori - linfomi, sarcomi dei tessuti molli, laringe, polmone, fegato - (38-44).

Studi metodologicamente robusti e difficilmente contestabili hanno messo in evidenza eccessi di tumori riconducibili all'esposizione a diossine (38-39, 42-43); questo risultato è molto plausibile se si tiene conto delle alte concentrazioni di queste sostanze ammesse nelle emissioni degli incenerito-

ri fino a non molti anni fa. Sono maggiori, invece, le incertezze nell'interpretazione dei risultati che riguardano gli altri effetti. Va rilevato che anche in questi studi fa difetto il controllo del potenziale confondimento prodotto dallo stato socio-economico.

Si può concludere che esistono prove convincenti dell'associazione tra l'esposizione alle emissioni degli impianti d'incenerimento di vecchia generazione (in particolare a diossine) e l'aumento di frequenza di tumori in alcune sedi. È possibile che le stesse emissioni abbiano prodotto altri effetti, tumorali e no, ma i dati a disposizione non sono sufficienti per avvalorare questa ipotesi.

Impianti d'incenerimento di nuova generazione

A seguito delle restrizioni comunitarie sulle emissioni ammesse (Direttiva 2000/76/EC, recepita in Italia nel 2005) le concentrazioni di molte sostanze tossiche sono state notevolmente ridotte. In particolare le concentrazioni ammesse di diossine sono passate nel nostro Paese da un massimo di 4.000 ng/m³ (DM 12/7/1990) ad un massimo di 0,1 ng/m³ (D. Lgs 11/5/2005)¹. A causa del poco tempo trascorso dall'introduzione delle nuove tecnologie d'incenerimento e a causa della difficoltà di condurre studi di dimensioni sufficientemente grandi da rilevare eventuali effetti delle nuove concentrazioni dei tossici emessi, non sono ad oggi disponibili evidenze chiare di

¹ Valori di tossicità equivalente della somma PCDD+PCDF riferita alla 2,3,7,8, TCDD

rischio legato agli impianti di nuova costruzione.

La frequente presenza nelle aree di localizzazione degli inceneritori di altri insediamenti industriali, di arterie viarie ad alto traffico, di insediamenti residenziali di popolazioni socialmente ed economicamente svantaggiate pone problemi nuovi, problematici per gli usuali strumenti dell'indagine epidemiologica, a quanti cercano di individuare gli effetti sanitari specifici delle emissioni dei nuovi inceneritori. Anche i nuovi impianti d'incenerimento emettono sostanze tossiche di riconosciuta pericolosità ma a concentrazioni non dissimili – in alcuni casi inferiori – a quelle di altre fonti emissive della stessa area (traffico, insediamenti industriali). I nuovi problemi, ai quali non sono state date ancora risposte, riguardano la misura della compromissione aggiuntiva del territorio che questi impianti determinano.

Data la difficoltà di porre in evidenza rischi che, per bassa intensità dell'esposizione, si collocano ai limiti delle capacità di risoluzione dell'epidemiologia (e forse oltre), e dato quindi il dubbio rapporto costo-beneficio delle indagini epidemiologiche convenzionali, la ricerca si è orientata verso metodologie di risk assessment (45), che sono tuttavia ancora bisognose di consolidamento metodologico. Le stesse considerazioni si applicano alla misura di biomarcatori di esposizione, anche se fino ad ora, di regola, non hanno messo in evidenza alterazioni significative (46-50).

Conclusioni

In considerazione del trend nazionale in continua crescita, lo smaltimento dei rifiuti è per il nostro Paese fonte di problemi economici, ambientali, sociali e sanitari, tenuto conto anche delle preoccupazioni e delle tensioni che determina nella popolazione residente in prossimità degli impianti di trattamento e nei loro amministratori. Punti focali di una politica centrata sulla prevenzione sono la riduzione della produzione di rifiuti, la razionalizzazione degli imballaggi, la raccolta differenziata, il riciclaggio, il riuso, il recupero dei materiali. Oggi in Italia il riciclo dei materiali non supera il 24% – con profonde differenze tra aree geografiche: valori più alti al nord rispetto al sud e alle isole con rilevanti eccezioni in entrambe le aree; anche se i rifiuti sono in molti casi una risorsa di alto valore energetico (basti pensare all'alluminio, all'acciaio, al vetro, alla carta) che può vantaggiosamente sostituire le materie prime nella produzione di beni di largo consumo.

Le due tipologie ordinarie di smaltimento dei rifiuti indifferenziati residuati a valle del processo di differenziazione – conferimento in discarica controllata e incenerimento – non sono antitetiche, ma sono esaustive delle possibilità di trattamento efficace e sicuro. Ribadita la priorità delle misure di prevenzione (riduzione, recupero, raccolta differenziata), l'Unione Europea raccomanda (51) l'incenerimento in via preferenziale rispetto al conferimento in discarica controllata. In alcune

zone italiane ove i siti disponibili per l'insediamento di discariche sono in via di esaurimento (è questo il caso delle province di Napoli e di Caserta) non appare agevole trovare soluzioni praticabili alternative all'incenerimento, ferma restando la necessità di incrementare pratiche di recupero e differenziazione.

Le conoscenze epidemiologiche ad oggi disponibili, ancorché non conclusive, fanno ritenere che il conferimento in discariche controllate, costruite e condotte in accordo alla normativa nazionale e comunitaria, non comporti un rischio per l'ambiente e per la salute delle popolazioni insediate nelle vicinanze dello stabilimento.

Analogamente, la valutazione delle poche osservazioni epidemiologiche disponibili non depone per un incremento di rischio per la salute umana del trattamento dei rifiuti mediante incenerimento in impianti basati sulle migliori tecnologie disponibili. Tale conclusione è sostenuta principalmente dalle concentrazioni estremamente basse di sostanze tossiche nelle emissioni dei nuovi impianti.

Tuttavia, il dimensionamento effettivo dei volumi di sostanze tossiche immesse dai camini nell'ambiente è un fattore critico per giudicare della sicurezza anche dei nuovi impianti e richiede la conduzione di osservazioni accuratamente pianificate. Negli impianti di grandi dimensioni le basse concentrazioni di sostanze tossiche nelle emissioni possono essere vanificate, almeno in via teorica, dalle elevate quantità in volume

delle emissioni nell'unità di tempo. Questo genere di impianti, infatti, è associato ad una riduzione del riciclo nel bacino territoriale circostante perché i grandi impianti a griglia mobile necessitano di elevati volumi di rifiuti per il loro funzionamento ottimale e di un basso potere calorifico del combustibile per il controllo ottimale delle temperature di combustione. Altre tecnologie (letto fluido, gassificazione), attivate su impianti di dimensioni minori, sono più adatte ad un ciclo dei rifiuti che preveda anche il riciclo e il riutilizzo.

I dati di letteratura, anche in questo caso non sufficienti e non conclusivi, mostrano che i maggiori rischi per la salute sono associati alle emissioni da discariche illegalmente utilizzate e siti di abbandono illegali, da impianti d'incenerimento con tecnologie obsolete, da siti di abbandono e dalle combustioni incontrollate di rifiuti.

Raccomandazioni

La tutela della salute e dell'ambiente richiede l'adozione di politiche orientate in senso preventivo per contenere la produzione dei rifiuti e la necessità di doverli smaltire.

Il conferimento in discarica controllata e l'incenerimento con le migliori tecnologie disponibili sono modalità di trattamento dei rifiuti che minimizzano l'impatto sull'ambiente e sulla salute. Altre modalità di smaltimento, sostitutive o aggiuntive a queste, non vanno escluse a priori, ma devono essere sottoposte a verifica, anche in relazione al rapporto costi-benefici, prima della loro adozione.

Ogni altra modalità di trattamento dei rifiuti – illegale o garantita da deroghe amministrative – dovrebbe essere interrotta per manifesta violazione delle norme vigenti, fino a verifica dell'effettiva assenza di condizioni di rischio connesse alle procedure in uso.

Vanno avviati piani di monitoraggio delle emissioni e di sorveglianza sanitaria delle popolazioni residenti in prossimità di discariche controllate e di inceneritori con le migliori tecnologie disponibili già operativi o dei quali è prevista l'attivazione. Vanno invece avviati studi analitici per la ricerca degli effetti sanitari nelle popolazioni che hanno subito le esposizioni derivanti da ogni altra modalità di smaltimento dei rifiuti.

Per il superamento dei limiti

degli studi fino ad ora condotti è raccomandato: l'uso di modelli evoluti di dispersione degli inquinanti basati sulle più recenti tecnologie GIS; l'attivazione di studi prospettici possibilmente multicentrici, con particolare attenzione al controllo sistematico del confondimento; l'uso di procedure di biomonitoraggio in particolare sui gruppi più vulnerabili (bambini, donne in gravidanza, malati cronici); la sperimentazione di studi di risk assessment.

Sia per i piani di sorveglianza sia per gli studi analitici è raccomandata la costituzione di comitati di esperti di provata competenza e in assenza di conflitto d'interesse cui demandare la progettazione delle osservazioni, le verifiche in corso d'opera, la divulgazione dei risultati.

È da ricercare la partecipazione e il coinvolgimento della popolazione in tutte le fasi, sia decisionali sia operative, connesse allo smaltimento dei rifiuti, secondo quanto ribadito dalla convenzione europea di Aarhus e dalla carta di Aalborg.

Bibliografia disponibile presso gli autori o sul sito www.ordinemedicimodena.it





PITTORI MODENESI DAL '500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

GINO SCAPINELLI

Nacque a Modena nel 1903 e vi morì nel 1985.

Da giovane frequentò gli studi di Bellei e Valli.

Dopo un iniziale periodo artistico molto precoce e promettente, fu costretto per un lungo periodo ad allontanarsi dall'arte.

Alla morte del padre fu assunto come capo tecnico nella fabbrica di concia delle pelli alla salina, di cui era proprietario Mandorino Donati.

Poi venne la guerra, la saliera fu bombardata e la fabbrica distrutta. La pittura divenne il suo scopo fondamentale.

Dal 1960 al 1985 si può ascrivere la piena attività di Scapinelli.

Di lui ricordiamo soprattutto la ricerca di un linguaggio puro, la tendenza a valori emotivi e nell'ultimo periodo, una propulsione verso la trasfigurazione cromatica.

Gino Scapinelli aveva il dono di saper sorridere della vita, ed in questo, di saper coinvolgere tutti.

Anche se sembrava che la pittura lo esaudisse, viveva in lui un'espressività intimistica che lo sospingeva verso la poesia ed un desiderio di comunicazione che lo coinvolgeva in diverse attività cultura-

li, con preferenza per il teatro (scenografia e direzione artistica).

Nelle sue opere traspare la luce interiore dell'artista, la sua curiosità di vivere, il suo modo sfumato eppure vitale, quasi sornione, di cogliere l'essenza palpitante dell'esistenza in tutto ciò che lo circondava.

Nulla è scontato nei dipinti di Scapinelli, neppure quei soggetti che apparentemente paiono più legati alla quotidianità; neppure il colore, che si rinnova continuamente in miriadi di sfumature e si fa luce (Cristina Boschini).

Dopo la morte venne allestita una grande mostra postuma al Centro Studi "L.A. Muratori" e gli venne intestata la sala mostre dello stesso centro.

Alcune sue opere:

"La valle" - olio su legno, cm 30x18;

"Impressione a Leningrado" - olio su tela, cm 68x48,5;

"Serenità" - olio su legno, cm 38x28,5 (opera di copertina);

"Natura morta" - olio su legno, 68x48,5.

LE STORIELLE _____ A CURA DI ROBERTO OLIVI

Il lavoro è il rifugio di coloro che non hanno nulla di meglio da fare ===== Oscar Wilde

Le verità scientifiche non si decidono a maggioranza ===== G. Galilei

Per arrivare all'alba non c'è altra via che la notte ===== Kahlil Gibran





ASSOCIAZIONE GIOVANI DIABETICI DI MODENA

Sede: Via Canalino, 45 - 41100 Modena - Tel. 340. 8306757

Sito web www.agdmodena.it

E- mail info@agdmodena.it

Presidente AGD Modena D. Bandiera

Caro dottor D'Autilia,

nella mia veste di iscritta all'Ordine e madre di un ragazzo con Diabete di tipo I, scrivo per informarti che a Modena è attiva ed operante da qualche mese l'Associazione Giovani Diabetici (AGD Modena).

Questa associazione è nata dall'esigenza dei genitori di ragazzi che hanno il Diabete di tipo I di confrontarsi sulle tematiche che vengono messe in gioco dall'arrivo e dalla convivenza con questa condizione. Il cambiamento delle abitudini e degli stili di vita dell'intera famiglia, l'impatto della diagnosi con l'inserimento o il rientro dei figli a scuola, la gestione quotidiana della terapia sono tutti momenti problematici. Alcuni di noi li hanno affrontati tempo fa e imparato a convivere con essi. Più spesso succede che la crescita dei nostri figli ci imponga un processo continuo di revisione e di maturazione su cose che sembravano acquisite.

Si tratta di un impegno importante giocato su

molti fronti, ripagato dalla bellezza di vedere ragazze e ragazzi che conducono una vita normale.

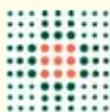
In tutto questo, riceviamo il supporto prezioso dell'equipe di medici e psicologi della Pediatria. Anche con il loro aiuto, la nostra associazione si propone di diffondere le informazioni, essere una sede di scambio e di confronto, per noi genitori e anche per le figure professionali coinvolte. Le nostre attività sono visibili in rete sul sito dell'AGD (www.agdmodena.it). Tra le iniziative già svolte, tengo in particolare a segnalarne due: la lettera per i genitori che si trovano ad affrontare una nuova diagnosi, e due incontri sul tema 'Diabete e bambino' con Medici di base e Pediatri, a San Felice sul Panaro e Mirandola. Vorrei invitare i Medici di Base e i Pediatri a segnalare l'esistenza della nostra associazione quando vengono a conoscenza di casi di diabete di tipo I tra i loro assistiti giovani.

Ti ringrazio per l'attenzione,

C. Chiodino



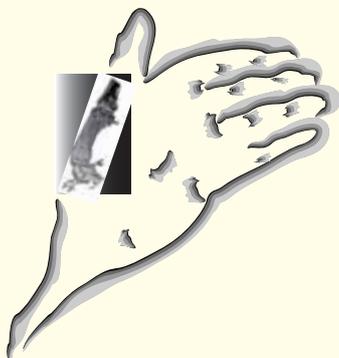
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI MODENA E REGGIO EMILIA



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



Società Italiana di
Chirurgia della Mano



I° convegno di aggiornamento sulla patologia del polso:

LA RIZOARTROSI

Modena 24 ottobre 2008

Centro Servizi Facoltà di Medicina e Chirurgia Università
degli Studi di Modena e Reggio Emilia
dalle ore 8 alle ore 17,15

Informazioni e iscrizioni:

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA INTERMEETING B.GO COLLEGIO MARIA LUGIGIA, 15
43100 PARMA - TEL.: 0521 231123 - FAX: 0521 228981 - E-MAIL: segreteria@intermeeting.it

Il programma per esteso è consultabile sul sito: www.ordinemedicimodena.it - sezioneaggiornamentoprofessionale

CONCORSO "SCOMMETTI CHE SMETTI?" EDIZIONE 2008

Smettere di fumare fa guadagnare in salute e anche vincere un premio

Aumentato del 46% il numero degli iscritti. In data 7 giugno si è svolta la premiazione degli ex fumatori. Anche due menzioni speciali per un Medico di medicina generale e per un Pediatra per il contributo dato alla promozione dell'iniziativa

Smettere di fumare si può e guardando il numero di iscritti all'edizione 2008 di "Scommetti che smetti?" pare proprio che sempre più persone abbiano voglia di farla finita con la sigaretta. Rispetto allo scorso anno infatti il concorso per diventare ex fumatori, conclusosi oggi con la cerimonia di premiazione, ha fatto registrare una crescita del 46% dei partecipanti, da 191 a 279. Un segnale chiaro della crescente attenzione per sani stili di vita.

15 le persone che hanno ricevuto oltre alle congratulazioni anche un premio assegnato a seguito di un'estrazione tra tutti partecipanti che si sono impegnati ad abbandonare le sigarette dal 2 al 29 maggio e che si sono sottoposti alle verifiche previste dal regolamento (misurazione del valore di monossido di carbonio nel respiro e quantità di cotinina presente nelle urine). Nel corso della cerimonia, sono state attribuite anche due menzioni speciali: una targa è andata a Maria Grazia Bolognesi, il Medico di medicina generale che ha annoverato il maggior numero di iscritti al concorso tra i suoi assistiti e una al Pediatra di libera scelta che maggiormente ha contribuito alla promozione dell'iniziativa, Roberto Cionini. Le targhe sono state consegnate dal Presidente dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena, Nicolino D'Autilia; presenti alla cerimonia anche due rappresentanti dei Medici di medicina generale, Francesco Sala e Lodovico Arginelli. L'originale concorso "Scommetti che smetti?", riprende quello internazionale biennale patrocinato dall'Oms (Organizzazione mondiale di sanità) e rientra in un piano di attività finalizzate alla promozione dell'adozione di un sano stile di vita in generale. A tal proposito si sottolinea che la gran parte degli iscritti al concorso ha indicato la salute quale motivazione principale che ha spinto a partecipare. L'iniziativa, che ha coinvolto prevalentemente persone di età compresa tra i 30 e i 45 anni, ha avuto particolare successo tra gli uomini, che hanno rappresentato oltre la metà degli iscritti. Molti dei partecipanti si sono dichiarati fumatori forti e oltre il 65% degli iscritti ha affermato di fumare 15 o più sigarette. Inoltre, quasi un quarto dei partecipanti a "Scommetti che smetti?" ha colto l'occasione del concorso per tentare per la prima volta di abbandonare l'abitudine alla sigaretta. I Distretti con il maggior numero di adesioni al concorso, dopo Modena, sono stati Sassuolo e Carpi e in particolare si è distinta, tra i Comuni non capo-distretto, la comunità di Formigine con 13 iscritti. Molti dei partecipanti si sono avvalsi del sostegno dei corsi per smettere di fumare tenuti nei Centri antifumo dell'Azienda USL.

"Scommetti che smetti?" si inserisce all'interno di "Gravidanza senza fumo. Nasce un motivo in più per smettere", il lungo programma provinciale di iniziative in programma fino al 22 giugno, promosse da Azienda USL e Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena. Quest'anno le iniziative sono tese a informare sui rischi che il fumo comporta per la fertilità, per il decorso naturale di una gravidanza e per il benessere dei neonati: la propria salute riproduttiva, il periodo di attesa e la nascita di un bambino diventano quindi anche motivi in più per smettere di fumare. Alla cerimonia di premiazione era presente il responsabile del Programma Interaziendale "Comunicazione e Promozione della salute" delle Aziende Sanitarie modenesi, Giuseppe Fattori.



PREMIATORI



PREMIATI



www.tennismedici.com

Caro Collega

stiamo organizzando il prossimo torneo nazionale di TENNIS dei Medici e vorremmo darne opportuno risalto a livello nazionale; l'AMTI, fondata nel 1971, conta ad oggi circa 800 iscritti e il torneo annuale è un piacevolissimo momento di incontro (non solo tennistico) con Colleghi di tutta Italia.

Vai a curiosare sul nostro sito nazionale!

Grazie per l'attenzione

Paolo Frugoni (membro del Consiglio Direttivo AMTI)
paolofrugoni@tiscali.it - www.tennismedici.com

Collaborate con il vostro Ordine: rispondete al questionario!!!

Come già preannunciato nel numero di gennaio, con il 2008 parte in maniera assolutamente definitiva e definita il programma ECM nazionale per le professioni sanitarie.

Al fine di ottemperare alle richieste pervenute dal Ministero della Salute e dal COGEAPS (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie) che è un organismo voluto dal Ministero della Salute per organizzare la rete degli operatori sanitari di tutta Italia con i loro crediti ECM, abbiamo predisposto un questionario che è stato inviato nelle scorse settimane a tutti gli iscritti medici e odontoiatri.

Rispondete al questionario
 ESSO NON VERRÀ INVIATO UNA SECONDA VOLTA.

Le spese postali infatti sono particolarmente elevate e non ci consentono un invio successivo. Il personale dell'Ordine è a vostra disposizione – come sempre del resto – per tutti i chiarimenti che riterrete opportuni. Lo sforzo organizzativo sia locale che nazionale è stato massiccio e ci aspettiamo che i colleghi comprendano la assoluta necessità di collaborare con il loro Ordine professionale.

Il presidente dell'Ordine
Dr. Nicolino D'Autilia

NOTE LIETE:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite felicitazioni con l'augurio di un prospero avvenire

- alla piccola Sofia e alla mamma D.ssa Maria Teresa Rabacchi,
- al piccolo Giacomo e al papà Dott. Giovanni Bertoldi.

NOTE TRISTI:

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

- Alla famiglia per il decesso del Dott. Daniele Lolli.
- Al Dott. Cesare Fontana per la scomparsa della moglie.
- Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Oliviero Bargali Stoffi.
- Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Alberto Fontana.

MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

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



**SERVIZI
DI SOSTEGNO:**

SALTUARI

CONTINUATIVI

PART-TIME

**GIORNALIERI/
NOTTURNI**

24 ORE SU 24

**FINE
SETTIMANA**

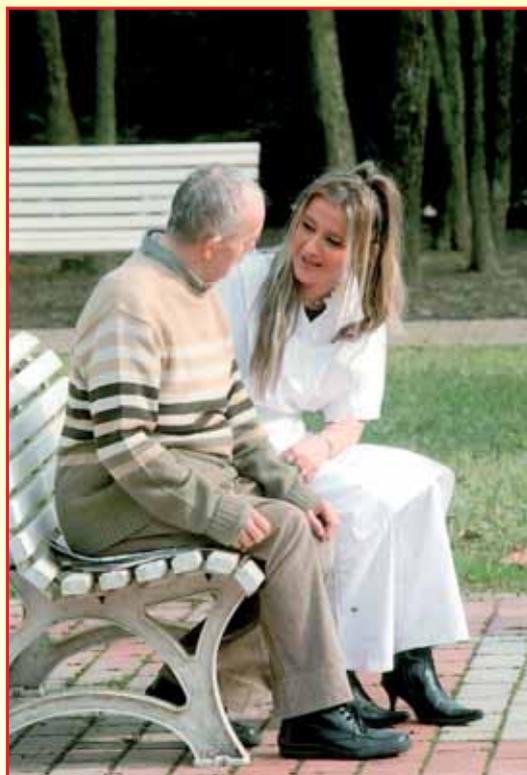
**SERVIZI
DI ASSISTENZA
PERSONALIZZATA**

per.....

ANZIANI

MALATI

DISABILI



chiamateci

MODENASSISTENZA

059 / 221122

Viale Reiter, 38 - Modena

