





Convegno dell'Ordine di Modena – 17 settembre 2011

“Integrazione Ospedale Territorio in relazione al PAL della provincia di Modena”

Un PAL piccolo piccolo (nonostante più di un'ottantina di pagine) (il presidente)

Reflusso gastroesofageo – un problema emergente (M. Frazzoni, R. Conigliaro, G. Melotti)

Il Prof. Franco Battaglia e il grande bluff di Chernobyl (G. Andreoli)

Riflessioni sull'uso a lungo termine degli inibitori di pompa protonica (G. Abbati)

I diritti dei nati prematuri (G.B. Cavazzuti)



BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

il Bollettino dell'Ordine

le tue idee, le tue proposte, i tuoi consigli



bollettino@ordinemedicimodena.it

- aspettiamo i tuoi contributi per fare del Bollettino uno strumento sempre più utile per la professione
- rivolgiti al tuo Ordine per eventuali inserzioni pubblicitarie

Il Comitato di Redazione



CONSIGLIO DIRETTIVO*Presidente*

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Paolo Martone

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

D.ssa Mara Bozzoli, Dr. Francesco Cimino,

Dr. Carlo Curatola, Dr. Adriano Dallari,

Dr. Stefano Reggiani, Prof. Francesco

Rivasi, Dr. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta

Turchi, Dr. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi, Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI*Presidente*

Dr. Roberto Olivi Mocenigo

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Marcello Bianchini

Revisore dei conti supplente

Dr. Luigi Bertani

COMMISSIONE ODONTOIATRI*Presidente*

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliendo

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli, Dr. Vincenzo

Malara, Prof. Mario Provvigionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dr. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

Dr. Gianluca Abbati, Dr. Lodovico Arginelli,

Dr. Marcello Bianchini, Dr. Michele Cinque,

Dr. Paolo Martone, Dr. Roberto Olivi

Mocenigo, Prof. Francesco Rivasi,

Dr. Pasquale Venneri

REALIZZAZIONE EDITORIALE*MC Offset*

Via Capilupi, 31 - Modena

Tel. 059/364156 - Fax 059/3683978

Fotocomposizione

Fotoincisa Modenese 2 s.r.l.

Via G. Dalton, 37 - Modena

Tel. 059/250033 - Fax 059/250175

Grafica

KRHEO GRAPHIC DESIGN

info@krheodesign.it | www.krheodesign.it

EDITORIALE	04
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	08
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA	13
DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA	15
L'OPINIONE	17
DI PARTICOLARE INTERESSE	19
DISCUTIAMO DI ETICA	26
FNOMCeO	28
ENPAM	29
CORSI CONVEGNI CONGRESSI	30
DIALETTO IN PILLOLE	32
ARTE E DINTORNI	34
TACCUINO	37

*Un impegno per i professionisti modenesi un im-
pegno per i professionisti modenesi un impegno per i
professionisti modenesi un impegno per i professionisti
modenesi un impegno per i professionisti modenesi un
impegno per i professionisti modenesi un impegno per i
professionisti modenesi un impegno per i professionisti
modenesi un impegno per i professionisti modenesi un
impegno per i professionisti modenesi un impegno per i
professionisti modenesi un impegno per i professionisti
modenesi un impegno per i professionisti modenesi un
impegno per i professionisti modenesi un impegno per i
professionisti modenesi un impegno per i professioni-
sti modenesi un impegno per i professionisti modenesi.*

primo timido dibattito, basato più sui “si dice” e sui “mi sembra”. Un lungimirante esempio insomma di approfondimento dei veri problemi della Sanità modenese, che sono tanti, forse anche di più. A cominciare dal futuro del territorio e degli ospedali. Forse è il caso di rammentare ai “responsabili” politici locali che continuiamo ad essere l’unica provincia dotata di un numero così elevato di ospedali e che le altre realtà provinciali dell’Emilia Romagna hanno già provveduto a razionalizzare la loro rete

UN PAL PICCOLO PICCOLO (NONOSTANTE PIÙ DI UN'OTTANTINA DI PAGINE)

ospedaliera. Da noi si ipotizza al contrario la costruzione di un nuovo Ramazzini tra Carpi e Mirandola, il che porta alla inevitabile considerazione che se si fosse invece provveduto ad una più efficace e puntuale manutenzione del "recente" ospedale di Carpi magari non ci sarebbe bisogno di nuovi enormi investimenti, come se il caso di Baggiovara non avesse insegnato nulla. A meno che in queste vicende qualcuno non sia particolarmente "interessato" e non certo sul versante della salute dei cittadini. Forse è ancora il caso di sottolineare come le ormai vetuste espressioni tipo "integrazione territorio-ospedale" meritano un doveroso passaggio dalle enunciazioni ai fatti. Senza contare la sempreverde "valo-

rizzazione del territorio" per la quale peraltro vale il principio che senza l'incentivo di adeguate risorse non si realizzerà mai un Sistema efficace di cure di primo livello, quelle primarie appunto.

Ma preme qui rilevare come, da un primo esame del testo del PAL, emerga uno scarso o poco trasparente indirizzo su quali saranno i settori nei quali si dovranno forzatamente effettuare i tagli che consentano alla nostra USL di rientrare da un "buco" economico ormai storicamente stabilizzato, ma che le regole finanziarie nazionali e regionali non possono più consentire.

Staremo a vedere gli sviluppi della discussione alla quale contribuiremo anche noi come Ordine dei medici di Mode-



N. D'Autilia

na organizzando tra l'altro il convegno del 17 settembre sul tema mai sufficientemente approfondito dell'integrazione tra territorio ed ospedale.

*Il presidente
N. D'Autilia*

UNA CIRCOLARE REGIONALE IMPORTANTE ED OPPORTUNA PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DEI PROFESSIONISTI DEL S.S.N.

Il 2 maggio 2011 il Direttore Generale alla Sanità e alle Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, d.ssa Mariella Martini, ha inviato una circolare, la numero 8 per la precisione, alle direzioni delle AUSL per specificare le nuove modalità di ricettazione introdotte dalle normative in tema di trasmissione telematica.

La circolare è estremamente precisa ed indica in modo particolarmente puntuale la tipologia dei prescrittori e le modalità di ricettazione on line.

Non solo, ma le Direzioni delle AUSL sono invitate a predisporre "tutte quelle azioni utili a facilitare il processo e a monitorare eventuali criticità."

Ognuno insomma, ogni attore della scena sanitaria di questa regione, deve adeguarsi alle nuove normative. Sussiste una responsabilità delle Aziende sanitarie nel fornire ogni strumento utile a tutti i medici, sia convenzionati che dipendenti, che consenta loro di rispondere efficacemente alle richieste della circolare regionale. Se è vero come è vero che al centro del Sistema ci deve essere il cittadino e se esiste ancora uno spirito di collegialità tra medici operanti tutti nella e per la stessa Azienda, le regole scritte nella circolare regionale devono valere per tutti i medici, indipendentemente dall'ambito di esercizio professionale degli stessi. L'Ordine dei medici di Modena è seriamente impegnato in una opera di coinvolgimento dei colleghi e per questo ha già incontrato il Direttore Sanitario dell'Azienda USL offrendo disponibilità e risorse di competenze oltre che di informazione.

Il presidente dell'Ordine

CONVEGNO "INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO" in relazione al PAL della provincia di Modena



MODENA, 17 SETTEMBRE 2011

Una Hotel - Baggiovara



L'obiettivo che si prefigge questo convegno è di contribuire ad aumentare le conoscenze dei Professionisti in ordine all'attuale tema "Integrazione Ospedale – Territorio" per garantire ai cittadini la continuità assistenziale ospedale – ospedale, ospedale - territorio e percorsi di cura extra ospedalieri.

L'integrazione tra ambito ospedaliero e territoriale è un argomento importante nel PAL della Provincia di Modena. Sviluppare collegamenti adeguati, una sinergia di progetti di cura e di modelli organiz-

zativi tra ospedale e territorio al cui centro devono rimanere le necessità del paziente è una sfida rilevante per i Sistemi Sanitari. L'obiettivo è chiarire ruoli, competenze ed ambiti di azione nel difficile processo di integrazione; occorre pertanto facilitare al massimo il dialogo fra tutti gli attori del sistema dialogo, che deve essere utile e costruttivo. Il Convegno porterà alla ribalta problematiche di attualità nell'integrazione ospedale – territorio. A tal fine sono stati invitati a confrontarsi esponenti di spicco delle Istituzioni e del mondo medico. Il moderno processo assistenziale richiede una forte integrazione dovendo confrontarsi con risorse economiche ed umane disponibili, obiettivi predeterminati e verifica dei risultati raggiunti. È necessario evitare l'orientamento che si sta sviluppando di quasi contrapposizione tra ospedale e territorio. La deospedalizzazione e la riduzione dei posti letto necessita di una contestuale riorganizzazione, razionalizzazione e riqualificazione dell'assistenza territoriale. In presenza di un ritardo di tale integrazione si corre il rischio di provocare un vuoto assistenziale con danno delle fasce di popolazioni più deboli e un importante stato di disagio dei cittadini; elementi che rischiano di pregiudicare la credibilità e l'efficienza dell'intero Sistema Sanitario.

La partecipazione è gratuita. Verranno riconosciuti i crediti ECM ai primi 150 iscritti all'evento. È necessario essere iscritti all'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena, inviare l'adesione alla segreteria organizzativa tramite mail, fax, posta ordinaria o iscrizione on line sito www.ordinemedicimodena.it entro e non oltre il 13 settembre 2011 (sezione aggiornamento professionale).

Segreteria Organizzativa: Ordine provinciale medici chirurghi e odontoiatri di Modena
P.le Boschetti, 8 - 41121 Modena Tel.:059/247711 Fax: 059/247719
e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it

PROGRAMMA

Ore 8,30 Registrazione partecipanti
Introduzione - Obiettivi
Dott. N. D'Autilia—Dott. B. Lo Monaco

I SESSIONE

Moderatori: *Dott. G. Caroli—Dott. B. Lo Monaco*

Ore 9,00 Il punto di vista:
il medico di medicina generale
Dott. D. Cintori
lo specialista ambulatoriale
Dott. P. Procopio
il medico ospedaliero
Dott. C. Palermo
il pediatra di libera scelta
D.ssa M.G. Catellani

Ore 10,20 discussione e dibattito

Ore 11,00 coffee break

II SESSIONE

Moderatori: *Dott. S. Cencetti — Dott. N. D'Autilia*

Ore 11,10 "Il ruolo di un'azienda Ospedaliero-
Universitaria Integrata"
Prof.ssa E. Villa

Ore 11,30 "L'integrazione Ospedale—Territorio:
stato dell'arte e scenari futuri
nell'esperienza della provincia
di Modena
D.ssa M. L. De Luca

Ore 11,50 "Specializzazione, distinzione dei
ruoli, integrazione: quale regia per lo
sviluppo della sanità modenese?"
D.ssa M. Martini

Ore 12,10 discussione e dibattito

Ore 13,10 conclusione e compilazione test

RELATORI E MODERATORI

Dott. Giuseppe Caroli
Direttore Generale AUSL Modena

D.ssa Maria Grazia Catellani
Pediatra di Libera Scelta AUSL Modena

Dott. Stefano Cencetti
Direttore Generale Azienda Ospedaliero Universitaria
Modena

D.ssa Maria Luisa De Luca
Direttore Dipartimento Aziendale di Cure Primarie
AUSL Modena

Dott. Dante Cintori
Medico di Medicina Generale AUSL Modena

Dott. Nicolino D'Autilia
Presidente Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri
Modena

Dott. Beniamino Lo Monaco
Vice presidente Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri
Modena

D.ssa Mariella Martini
Direttore Generale alla Sanità e Politiche Sociali
Regione Emilia Romagna

Dott. Carlo Palermo
Dirigente Medico Responsabile di Struttura Semplice
U.O. Medicina Interna AUSL Siena

Dott. Pietro Procopio
Specialista Ambulatoriale AUSL Modena

Prof.ssa Erica Villa
Direttore U.O. Gastroenterologia Azienda
Ospedaliero Universitaria Modena

I ANNUNCIO

Ippocrate è donna? Cambiamenti ed opportunità al femminile

Convegno dell'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Modena sulla professione
medica al femminile

22 ottobre 2011 – Hotel Raffaello Modena

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 9 MAGGIO 2011

Il giorno lunedì 9 maggio 2011 - ore 22,30 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

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

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 4.4.2011;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Camere Conciliative e mediazione: iniziative dell'Ordine di Modena (Venneri, Turchi, D'Autilia, Bertani);
5. Risposta all'indagine del Tribunale per i Diritti del Malato sul consenso informato (Sala);
6. Vicenda Cardiologia del Policlinico di Modena: stato dell'arte (D'Autilia);
7. Pubblicità sanitaria: linee di indirizzo per l'Ordine (Reggiani);
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Delibere del personale (Lo Monaco);
10. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

		<i>N. iscrizione</i>
<i>Prima Iscrizione</i>		
PONTONI	GIANCARLO	6584
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
INDACO	ROSARIA	6585
<i>Cancellazione</i>		
BUONASSISI	RODOLFO	1138
CONTRAFATTO	IGINO	6228
<i>Docenti Universitari a Tempo Pieno - DPR 382/80 - Nomina - II FASCIA</i>		
<i>fino a 01/05/2010 era a Tempo Definito</i>		
MAGNONI	CRISTINA	4635
<i>Docenti Universitari a Tempo Pieno - DPR 382/80 - II FASCIA - Nomina a Professore Straordinario</i>		
DE SANTIS	GIORGIO	2824
<i>Docenti Universitari a Tempo Pieno - DPR 382/80 - Nomina - RICERCATORI</i>		
PIACENTINI	FEDERICO	5904
<i>Docenti Universitari a Tempo Pieno - DPR 382/80 - Dimissionari - 1^ FASCIA</i>		
ALBERTAZZI	ALBERTO	1545
CELLI	LUIGI	1534
MAROTTI	GASTONE	2154
TORELLI	GIUSEPPE	1703
<i>Docenti Universitari a Tempo Pieno - DPR 382/80 - Dimissionari - II^ FASCIA</i>		
PICCININI	LINO	1564
ZANDOMENEGHI	RENATO	2228
<i>Docenti Universitari a Tempo Pieno - DPR 382/80 - Dimissionari - RICERCATORI</i>		
BALDELLI	MARIA VALERIA	2076
FERRARI	PAOLA	2041
PANZETTI	PATRIZIA	2404
PICCAGLIANI	LEONARDO	2546

ALBO ODONTOIATRI

<i>Prima Iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
GHEORGHIU	CRISTIAN ALIN	0750
<i>Docenti Universitari opzione da Tempo Pieno a Tempo Definito - fascia RICERCATORI</i>		
BERTOLDI	CARLO	0576
GENERALI	LUIGI	0474

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 30 MAGGIO 2011

Il giorno lunedì 30 maggio 2011 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri. Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Francesco Malara.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 9.5.2011;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Camere Conciliative e mediazione: iniziative dell'Ordine di Modena (Venneri, Turchi, D'Autilia, Bertani);
5. Pubblicità sanitaria: linee di indirizzo per l'Ordine di Modena (Reggiani);
6. Circolare della Regione E.R. sulla trasmissione telematica delle ricette al MEF e certificazioni di malattia on line: iniziative dell'Ordine di Modena;
7. Convegno sulla professione al femminile: proposte (Bozzoli);
- 7.bis) l'Ordine di Modena come provider ECM.
8. Delibere amministrative (Addamo);
9. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Prima Iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
GIOVAGNOLI	ALESSANDRO	6586
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
FERRARO	DIANA	6587
<i>Cancellazione</i>		
BEDUSCHI	GIOVANNI	3247
GENTILE	CINZIA	5344
MINGRINO	GIOVANNI PAOLO	5946

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | MARTEDÌ 21 GIUGNO 2011

Il giorno martedì 21 giugno 2011 - ore 21,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, D.ssa Mara Bozzoli, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi, Dott. Francesco Malara.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio Direttivo del 30.5.2011;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Consiglio Nazionale ENPAM (Addamo - D'Autilia);
5. Vicenda cardiologia: stato dell'arte;
6. Nuovo sito dell'Ordine: proposte pervenute;
7. Scadenza contratto Bollettino: quale periodicità?;
8. Personale dipendente: proposta per assunzione di una unità;
9. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
10. Delibere amministrative (Addamo);
11. Varie ed eventuali

ALBO MEDICI CHIRURGHI*Cancellazione*

DE CESARE	DONATO POMPEO
LORENZETTI	MANUELA
SANTAGATA	ENRICO
TERMINE	MARIA SIMONA

N. iscrizione

6455
4556
6462
5370

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | MARTEDÌ 28 GIUGNO 2011

Il giorno martedì 28 giugno 2011 - ore 20,45 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

1. Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Delibere amministrative (Addamo);
4. Delibere del personale dipendente

ALBO MEDICI CHIRURGHI*Iscrizione per trasferimento*

CASONI FEDERICA

N. iscrizione

6588

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI | MARTEDÌ 28 GIUGNO 2011

Il martedì 28 giugno 2011 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Medici.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Carlo Curatola, Dott. Nicolino D'Autilia, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, D.ssa Elisabetta Turchi, Dott. Pasquale Venneri.

1. Comunicazioni del Presidente;
2. Valutazione di vicende disciplinari per eventuale apertura di procedimento;
3. Opinamento parcelle sanitarie;
4. Varie ed eventuali

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MARTEDÌ 24 MAGGIO 2011

Il giorno martedì 24 maggio 2011 - ore 21,00 - 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 Provvisionato.

1. Approvazione verbale seduta di Commissione del 18.4.2011;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Valutazione posizioni di colleghi iscritti;
4. Programma ultimi mesi e elezioni dell'Ordine;
5. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.





in collaborazione con il



PRESENTA IL CORSO ECM/FAD



Il corso, dedicato a tutti i medici e odontoiatri (oltre a infermieri, assistenti sanitari e infermieri pediatrici) riguarda la gestione del rischio clinico e in particolare la **Root Cause Analysis (RCA)**, l'analisi cioè delle cause profonde degli eventi avversi, che può aiutare le organizzazioni e gli operatori sanitari a raggiungere obiettivi di sicurezza e di miglioramento della qualità.

Il corso, che eroga **12 crediti ECM**, è del tutto gratuito.

Il materiale del corso, organizzato in collaborazione con il Ministero della Salute, fruibile anche on line sul portale www.fnomceo.it, sarà disponibile in **formato cartaceo** nel numero speciale

"QUADERNI ECM/FAD de LA PROFESSIONE N. 1/2011"

All'interno del numero troverà il questionario di valutazione da compilare in ogni sua parte (anagrafica e risposte a scelta multipla) che Le permetteranno, rispondendo almeno all'80% in modo corretto, di ottenere **12 crediti ECM**.

In tutti gli Ordini provinciali saranno disponibili* copie cartacee del corso FAD o potrà essere **richiesto*** **direttamente** alla Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri al **N. 06/6841121 (centralino automatico a guida vocale - 16 linee s.p.)**. Costo di una chiamata nazionale, da rete fissa e mobile, in base alla propria tariffa contrattuale

identificando: il proprio **Numero di iscrizione** all'Albo Professionale,
il **cap postale della Provincia** al cui Ordine si è iscritti.

La **C.G. EDIZIONI MEDICO SCIENTIFICHE** di Torino, partner **FNOMCEO** per queste iniziative, spedisce gratuitamente al Suo indirizzo copia del numero speciale.

Il questionario, correttamente compilato dovrà essere inviato* via fax al N. 011/0200106.

Per verificare successivamente l'esito del corso Lei potrà telefonare* al N.06/6841121 (centralino automatico) oppure visualizzare il risultato sul portale www.fnomceo.it (nella sua area riservata) trascorsi 5 giorni lavorativi dall'invio del modulo.

Per coloro che hanno superato il corso, l'attestato sarà disponibile presso il proprio Ordine Provinciale trascorsi 30 giorni.

Il servizio di **HELP DESK***, erogato da

C.G. Edizioni Medico Scientifiche srl
Via Candido Viberti, 7 - 10141 Torino - Italia

è attivo dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9.30 alle ore 13.00
Telefono 011/0203250 - Fax 011/0200106 - e-mail: fadfnomceo@cgems.it



*I servizi saranno attivi a partire dal 15 giugno 2011 fino al 31 dicembre 2011.

Cari colleghi, è sempre arduo analizzare in modo equilibrato i tanti temi che l'attualità dell'esercizio professionale ci propone. Per tale motivo farò leva in modo palese sul ruolo di Presidente della Commissione Albo Odontoiatri.

L'autorevolezza della rappresentanza ordinistica, uno dei capisaldi oggi spendibili dalla nostra professione, è determinata dall'azione costante della categoria medica e odontoiatrica in difesa dei principi del Codice Deontologico.

Il preciso diritto della componente odontoiatrica alla rappresentanza politica, amministrativa, gestionale e previdenziale si basa su questo elemento fondante e presuppone una solida connotazione di autonomia.

È prioritaria la necessità di contrastare la sostituzione della tutela del rapporto medico – paziente con il deleterio struttura – cliente che invece privilegia gli aspetti commerciali del rapporto nel privato e le ragioni che in campo pubblico si rifanno al risparmio di risorse. In questo momento emerge drammaticamente la delusione, la grave preoccupazione per il proprio futuro, una professione assediata dalla burocrazia e dalla pressione fiscale.

L'attuale crisi del settore non è un fatto episodico o momentaneo, ma in realtà siamo di fronte ad una profonda ed irreversibile mutazione strutturale. **È necessario riprogettare la professione in modo che sia capace di raccogliere le sfide dell'innovazione e della riorganizzazione nel mondo sanitario;** tanti i temi di attualità sul tappeto.

L'elenco è lungo e va dalle riforme degli ordinamenti delle professioni e dell'Ente di previdenza ENPAM, alla necessaria regolamentazione dell'informazione pubblicitaria in sanità, dopo il cataclisma della "Legge Bersani" dei regimi autorizzativi per l'apertura degli studi odontoiatrici che, a livello nazionale non sono livellati tra di loro e vedono il nostro in Emilia Romagna, molto severo e ancora all'istituzione di organismi speciali di conciliazione.

Questa professione che evolve non può prescindere delle sue radici etico – deontologiche; **è pertinente sempre il richiamo di noi ordinisti alla difesa del rapporto medico – paziente;** siamo contrari assolutamente all'ipotesi di organizzare la professione in strutture che erogano prestazioni sanitarie odontoiatriche nelle quali operi predominante il ruolo dell'investitore o società di capitali.

È ovvio pertanto quale organo ausiliario dello stato preposto alla tutela della salute la mia e nostra attenzione alla nuova proposta di legge n. 4125 affidata alla XII Commissione Affari Sociali della Camera volta a riconoscere la professione sanitaria di odontotecnico e il riconoscimento del ruolo di supplente degli infermieri per il "see & treat" nelle realtà ospedaliere.

Ho sempre il massimo rispetto per chi ritiene di dover ricercare riconoscimenti e definizioni dei propri ambiti professionali, ma questo stesso riconoscimento spetta anche di diritto a chi (gli odontoiatri) in maniera motivata, ritiene **non accettabile i propri ambiti in discussione, limitati e circoscritti da altri rappresentanti (istituzionali e non).**

È di tutta evidenza che il progresso delle conoscenze scientifiche e tecniche ha permesso l'enuclearsi di nuove competenze che non s'intende negare, ma che costituiscono il completamento di un piano terapeutico di cui il medico o l'odontoiatra sono i diretti responsabili anche dal punto di vista giuridico.

Per queste motivazioni suscita perplessità la teoria di chi vuole riconoscere la natura giuridica di libera professione all'attività di tutte le nuove figure professionali dell'area sanitaria.



R. Gozzi

E che non si dica che si tratta di una visione "classista" e corporativa dell'attività medica e odontoiatrica, ma dell'estrinsecazione delle loro ragioni d'essere quali responsabili della salute dei loro pazienti.

Su queste tematiche i nostri organi nazionali rappresentanti dal presidente Dr. Renzo sono impegnati al massimo.

Il richiamo alla responsabilità dei comportamenti è fondamentale, chi non capisce che questo è il momento dell'unitarietà si assume, a mio avviso, una responsabilità storica.

Alcune vicissitudini a livello nazionale che hanno visto un forte antagonismo nel passato hanno portato frutti regressivi, è importante fare ora scelte condivise e richiamare l'esigenza di capire le correzioni fra gli opposti e lavorarci in termini trasversali, di interpretazione, di connessione, di mediazione.

Basta un sommesso richiamo a pensare, e a pensare in modo corretto.

Il settore odontoiatrico sta evolvendo in una crisi generale di cui non si vede fine; sono necessarie scelte condivise.

Credo che il compito di oggi sia chiedersi quale professione si vuole lasciare ai nostri figli, alle generazioni future.

Il futuro si imposta ora o mai più.

R. Gozzi



Informazione pubblicitaria

UNIPOL
UGF ASSICURAZIONI

Agente Generale

ASSICOOP
MODENA spa

Siamo presenti in Modena e Provincia a:

Modena Via C. Zucchi, 31h

Modena C. Comm.le "I Portali" via dello Sport, 5025

Modena C. Comm.le "La Rotonda" via Casalegno, 45

Modena Via Giardini, 465/1

Modena Via Vignolese, 439

Modena K1 via Dalton, 55

Castelfranco Emilia C. Comm.le "Le Magnolie" via Loda, 6

Campogalliano Via Dei Mille, 68

Nonantola Via Veneto, 252

Carpi Via Cantina della Pioppa, 12

Sassuolo Via Adda, 76

Vignola Via Bellucci, 2

Mirandola Via Circonvallazione, 172

CST
Centro Servizi Telefonico

Numero Verde
800-992220

www.assicoop.com
cst@assicoop.com

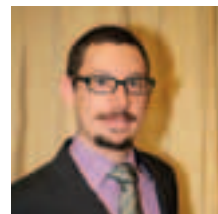
RIFLESSIONI SULL'USO A LUNGO TERMINE DEGLI INIBITORI DI POMPA PROTONICA

Questa rubrica si propone di commentare brevemente articoli tratti dalle più importanti riviste internazionali che abbiano una ricaduta importante nella pratica clinica

A cura di G. Abbati e M. Bianchini



G. Abbati



M. Bianchini

“Dutór a g’ho mèl al stàmmegh, a tògh dimàndi medsèini”

“dottore ho male allo stomaco, prendo troppe medicine”

Finalmente, dopo tanta attesa per una linea guida “di riferimento” sull’uso a lungo termine degli inibitori di pompa protonica (PPI), sul numero di Ottobre di *Gastroenterology* Yang e Metz hanno pubblicato una review sulla sicurezza dell’uso continuativo degli inibitori di pompa protonica.

La revisione della letteratura fa emergere chiaramente come l’uso a lungo termine dei PPI **non aumenti il rischio di neoplasie** dello stomaco, del colon e del pancreas.

Va però precisato che l’uso cronico di PPI tende a favorire l’insorgenza di gastrite atrofica che associata alla presenza di *Helicobacter pylori* (HP) aumenta il rischio di neoplasia gastrica.

E’ pertanto **necessario testare ed eradicare per HP i pazienti prima di sottoporli a terapia cronica con PPI**.

Va ricordato, inoltre, come l’uso continuativo dei PPI riduca il rischio di adenocarcinoma dell’esofago nei pazienti portatori di malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) riducendo il grado di attività dell’attività

dell’esofagite ed il rischio di progressione verso l’esofago di Barrett e la displasia.

Gli autori evidenziano, poi, come l’uso in cronico dei PPI **riduca l’assorbimento del calcio favorendo l’osteopenia**. Tale meccanismo associato all’interferenza con l’assorbimento della vitamina B12 e ad una attivazione delle paratiroidi è responsabile dell’**aumento di fratture ossee** in chi assume tali farmaci cronicamente.

La letteratura, come accennato sopra, dimostra un’interferenza dei PPI sull’assorbimento della vitamina B12, ma senza determinare una franca carenza e solitamente non determina l’anemia macrocitica o la neuropatia carenziale, ma contribuisce ad alterare il metabolismo osseo.

E’ pertanto opportuno aumentare le dosi di calcio nella dieta e testare i livelli di vitamina B12 nei pazienti in terapia cronica con PPI.

Questa review conferma, poi, **l’aumentato rischio di infezioni** causato dal fatto che i PPI riducono la barriera acida gastrica e tendono ad alterare la microflora

intestinale. L’esame della letteratura conferma l’aumento di rischio per polmoniti, per enteriti batteriche acute e per infezioni da *Clostridium difficile*.

Viene pertanto consigliato di evitare l’uso di PPI, se non strettamente necessario, in particolare in corso di terapia antibiotica.

I dati forniti da questa review penso che siano particolarmente importanti ed impongano un’attenta riflessione con chiari riflessi sulla pratica clinica.

Proverei a mettere un poco di ordine ricordando, innanzitutto, le **indicazioni all’uso a lungo termine** degli inibitori di pompa protonica.

Quelle riconosciute dalla letteratura sono solamente due:

1. la malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) con o senza erosioni, con o senza complicanze
2. come terapia profilattica in pazienti con storia di malattia peptica per i quali è necessaria una terapia continuativa con FANS

Non è tra le indicazioni la polifarmacoterapia soprattutto nell’anziano (“a tògh dimàndi medsèini”), anzi le persone anziane in polifarmacoterapia,

come abbiamo visto sopra, sono **le più esposte alle complicanze legate all'uso cronico di PPI, in particolare alle infezioni e all'aumento delle fratture ossee.**

Almeno due studi di grandi dimensioni^{2,3} hanno chiaramente dimostrato come **il 70% delle prescrizioni continuative di PPI sia senza un'indicazione valida.**

Le considerazioni da fare in ordine a questo fenomeno sono fondamentalmente due:

-una di tipo **farmacoeconomico** che appare ancora più importante in questo periodo di "vacche magre"

-l'altra viene dalla lettura delle **linee guida di Maastricht per il trattamento dell'*Helicobacter pylori***, nelle quali si afferma chiaramente fino dal 2005 che i pazienti **candidati alla terapia cronica con PPI devono essere testati e trattati per HP** prima di iniziare tale terapia perché una terapia cronica con PPI in presenza di HP aumenta il rischio di cancro gastrico. **Quanti dei nostri pazienti in terapia cronica con PPI sono stati testati per HP?**

Anche lasciando da parte le considerazioni farmacoeconomiche, i dati derivanti da questa review indicano chiaramente come per i pazienti in polifarmacoterapia

senza storia di MRGE o di malattia peptica e senza necessità di una terapia continuativa con FANS i benefici di una terapia cronica con PPI siano senza dubbio minori dei rischi di complicanze e come questo sia particolarmente evidente nel paziente anziano. Come risolvere il problema dei pazienti che vorrebbero i PPI perché assumono "dimàndi medsèini"?

I consigli sono fondamentalmente quattro:

1. valutare se siano presenti segni clinici riferibili a malattia da reflusso gastroesofageo, patologia con alta prevalenza in particolare nell'anziano (si veda oltre)

2. testare per HP con metodo non invasivo i pazienti, anche anziani, che lamentano epigastralgia o sintomi da MRGE dopo l'assunzione di farmaci, poiché l'eradicazione di HP può portare ad una risoluzione o ad un netto miglioramento dei sintomi

3. usare i PPI solo al bisogno ("on-demand")

4. usare altri sintomatici

Un ragionamento completamente contrario va fatto per i pazienti in terapia cronica con PPI in quanto affetti da **malattia da reflusso gastroesofageo.**

La MRGE è una patologia la cui incidenza aumenta all'aumentare dell'età, che è favorita dall'uso

di farmaci molto diffusi quali benzodiazepine, antidepressivi, calcioantagonisti, betabloccanti, nitrati e alfa-litici, e che quindi deve essere esclusa in tutti i pazienti anziani in polifarmacoterapia che lamentano sintomi dispeptici ("Dutór a g'ho mèl al stàmmegh!").

La diagnosi è essenzialmente clinica e si basa in particolare sulla presenza di rigurgito acido e piroso retrosternale, tipicamente più evidenti in fase postprandiale.

Le linee guida⁴ per la MRGE indicano come trattamento di scelta una **terapia continuativa con PPI al dosaggio minimo efficace.** Tale trattamento è in grado di migliorare radicalmente la qualità di vita di questi pazienti e di ridurre la progressione dell'esofagite verso l'esofago di Barrett e l'adenocarcinoma.

In conclusione la review di Yang e Metz ci deve spingere ad un uso continuativo più oculato dei PPI, che salvaguardi la qualità di vita e riduca i rischi dei pazienti con MRGE ed eviti gli effetti collaterali legati ad un uso improprio, in particolare nel paziente anziano affetto da molteplici patologie. Usando i PPI nel paziente "giusto" anche le casse del SSN ne risentiranno positivamente!

G. Abbati

Bibliografia:

1: Malfertheiner P. et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. Gut. 2007 Jun;56(6):772-81.

2: Claudene J. George et al. Appropriate proton pump inhibitor use among older adults: a retrospective chart review. Am J Geriatr Pharmacother. 2008 Dec;6(5):249-54.

3: Reimer C. et al. Clinical trial: long-term use of proton pump inhibitors in primary care patients - a cross sectional analysis of 901 patients. Aliment Pharmacol Ther. 2009 Oct;30(7):725-32.

4: Kahrilas PJ et al. American Gastroenterological Association Medical Position Statement on the management of gastroesophageal reflux disease. Gastroenterology. 2008 Oct;135(4):1383-1391.

L'articolo per esteso è consultabile sul sito www.ordinemedicimodena.it sezione Bollettino.

IL PROF. FRANCO BATTAGLIA E IL GRANDE BLUFF DI CHERNOBYL

Il mondo è bello perché è vario e il bello della televisione di oggi (o il brutto a seconda dei punti di vista) è la possibilità di dare voce anche a personaggi che raccontano storie alquanto bizzarre e presentano le loro personali teorie sugli argomenti più svariati. Così durante una puntata del seguitissimo programma televisivo *"Anno Zero"*, andata in onda il 28 aprile scorso, si è assistito ad un vero e proprio "show" di un personaggio poco noto al grande pubblico, ma che da quel momento in poi ha fatto molto parlare di sé grazie alle sue incredibili e sconvolgenti affermazioni. Ci riferiamo naturalmente al prof. Franco Battaglia, professore associato in organico al Dipartimento di Ingegneria dei Materiali e dell'Ambiente della facoltà di Ingegneria dell'Università di Modena e Reggio Emilia, invitato in trasmissione da Santoro per discutere sul tema dell'energia nucleare. Il prof. Battaglia nel corso del suo intervento ha pronunciato testuali parole: *"...i fatti del Giappone così come peraltro anche i fatti di Chernobyl dimostrano che il nucleare è la tecnologia di produzione elettrica più sicura che c'è, su questo non c'è dubbio..."*; *"...Chernobyl è una colossale mistificazione mediatica..."*; *"...se ci si chiede quanti morti ha causato quell'evento disastroso di Chernobyl alla popolazione in questi 25 anni io non ho timore di rispondere zero..."*. Pochi istanti dopo ha però aggiunto, contraddicendosi, che secondo il rapporto *"UNSCEAR"* (United Nations Scientific Committee on the Effects of the Atomic Radiation): *"31 è il numero di morti immediate"* e che nel complesso *"...l'incidente di Chernobyl ha causato 50 morti"*. Infine ha concluso: *"...non si è osservato un aumento di incidenza di alcuna radio-patologia: non leucemie, non tumori solidi, non effetti genotossici, non malformazioni..."*.

Grazie a internet il video è facilmente reperibile su youtube (<http://www.youtube.com>) e chiunque può tranquillamente risentire queste "stravaganti affermazioni", così come risulta consultabile online anche il rapporto UNSCEAR citato dal professore. Nell'homepage dell'UNSCEAR infatti si legge che una cinquantina dei 600 lavoratori, presenti sul luogo dell'incidente nucleare durante la mattina del 26 aprile 1986, sono morti nel periodo 1986-2004 di varie cause, non necessariamente legate all'esposizione alle radiazioni. Questi dati effettivamente coincidono in linea di massima con i numeri riportati del prof. Battaglia ma proseguendo nella lettura del rapporto si scopre che:

- *Negli ultimi due decenni, l'attenzione si è focalizzata sullo studio dell'associazione tra l'esposizione causata dai radionuclidi rilasciati dall'incidente di Chernobyl e gli effetti tardivi, in particolare del cancro alla tiroide nei bambini. <...> Fino al 2005 oltre **6.000 casi di cancro alla tiroide** sono stati diagnosticati in questo gruppo, ed è molto probabile che una **gran parte di questi tumori della tiroide sia attribuibile allo iodio radioattivo inalato**. Si prevede che **l'aumento dell'incidenza del cancro della tiroide a causa di Chernobyl continuerà per molti anni ancora...***
- *Tra gli operai russi addetti alle riparazioni, **esposti a dosi più alte**, sta emergendo la prova di un **aumento dei casi di leucemia**.*
- *Recenti studi sugli operai addetti alle riparazioni indicano che **l'opacità del cristallino dell'occhio** potrebbe essere verosimilmente **causata da dosi di radiazioni anche piuttosto basse**.*

Risulta quindi evidente che il prof. Battaglia cita solo la prima parte del rapporto tralasciando tutto il resto, con il solo e unico scopo di supportare la tesi dei "zero morti a Chernobyl". Questo, a nostro parere, è un comportamento molto grave: ha infatti avvalorato tesi nel complesso false, basate sì su fonti esistenti, ma riportate in maniera arbitraria e parziale, facendosi forte tra l'altro della propria posizione accademica.

Un'altra fonte ufficiale e "super partes" sull'incidente di Chernobyl è rappresentata dal rapporto dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** *"Health Effects of the Chernobyl Accident and Special Health Care Programmes"*. Pubblicato nel 2006 riporta che finora, nei Paesi più colpiti, sono stati diagnosticati circa **5.000 tumori tiroidei** in persone che all'epoca della disgrazia erano bambini o adolescenti e **nuovi casi di cancro alla tiroide sono verosimilmente previsti nei prossimi decenni**. L'OMS stima inoltre che **ci potrebbero essere 9.000 morti per cancro in eccesso imputabili all'incidente di Chernobyl** tra le persone appartenenti alle squadre di emergenza, tra gli evacuati e i residenti delle regioni ad alta e bassa contaminazione di Bielorussia, Russia e Ucraina.

Come professionisti medici e membri dell'Associazione Medici Specializzandi di Modena (A.S.M.O.), abbiamo quindi sentito il dovere di manifestare apertamente il nostro completo disaccordo rispetto alle affermazioni del prof. Battaglia, scrivendo una lettera aperta al Magnifico Rettore d'Università di Modena, prof. Aldo Tomasi, richiedendo una sua formale presa di distanza da queste pretestuose e gravissime affermazioni. Il Rettore, ci ha tempestivamente informato che era già stata sua cura inviare un comunicato a Santoro precisando che: *"Il docente in questione è stato invitato alla trasmissione a titolo personale <..>. Quanto al merito di alcune discutibili posizioni espresse, legittime se attengono alla sfera delle opinioni personali, rappresentano convinzioni sue, rispetto alle quali sentiamo il dovere di dissociarci"*. Il prof. Battaglia, intervistato dai giornali, a seguito della pubblicazione della nostra lettera, ha replicato attaccando in modo diretto sia il Rettore che la nostra Associazione affermando che abbiamo scritto una lettera senza capo né coda e che quindi faremmo meglio a studiare di più. Anche la cittadinanza non è rimasta indifferente, tanto che su internet sono nati forum di discussione e gruppi di protesta su Facebook contro le tesi del prof. Battaglia; quello più cliccato è sicuramente *"Franco Battaglia va sbugiardato e radiato dall'Università"* che ad oggi comprende oltre 1000 iscritti. Proprio in risposta a questo gruppo di "facinorosi" il prof. Battaglia ha risposto, in un'intervista del quotidiano online MO24 (<http://www.mo24.it>), che è pronto a dare le dimissioni nel caso in cui venga smentito.

Concludiamo quindi con un appello: caro professore non si fermi per favore alle prime righe del rapporto UNSCEAR, prosegua nella lettura e scoprirà che questo stesso documento a lei tanto caro la smentisce. La invitiamo pertanto a non pronunciare più falsità su questo tema e ad utilizzare le sue credenziali con maggiore cautela; se volesse ignorare tale invito continuando a sostenere le sue tesi, è senza alcun dubbio libero di farlo, ma in qualità di "presunto" esperto o di libero cittadino, non come professore dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Ci stupiamo poi del fatto che non senta il dovere morale di chiedere scusa alla popolazione dei luoghi colpiti da questo terribile evento: sono donne, uomini e bambini che hanno dovuto e devono ancora pagare un prezzo altissimo in termini di salute e non solo. Fortunatamente alla luce dello schiacciante risultato ottenuto con il recente referendum sul "nucleare" siamo fiduciosi che, almeno per un po' di tempo, non sentiremo più parlare del prof. Battaglia e più in generale di chi pubblicizza l'energia nucleare come se fosse esente da rischi.

*Per l'Associazione Medici Specializzandi di Modena (ASMO)
Giovanni Andreoli*

Informazione pubblicitaria

www.gruppobper.it

Gruppo BPER. La nostra forza è la tua forza.

Banca Popolare dell'Emilia Romagna
Banca della Campania
Banca di Sassari
Banca Popolare del Mezzogiorno
Banca Popolare di Aprilia

Banca Popolare di Lanciano e Sulmona
Banca Popolare di Ravenna
Banco di Sardegna
Carispaq - Cassa di Risparmio Provincia dell'Aquila

Questo è il marchio del Gruppo BPER. Un gruppo bancario composto da 9 banche con 1300 sportelli e 11000 uomini.

GRUPPO BPER

MAX INFORMATION 71

REFLUSSO GASTROESOFAGEO – UN PROBLEMA EMERGENTE

La malattia da reflusso gastroesofageo (gastroesophageal reflux disease, GERD) viene oggi definita come una condizione che si sviluppa quando il reflusso del contenuto gastrico in esofago causa sintomi rilevanti e/o lesioni esofagee (1,2). La prevalenza stimata della GERD nei paesi ad alto tenore di vita è in costante crescita ed è attualmente stimata attorno al 20% nella popolazione adulta: si tratta quindi della malattia cronica più diffusa anche nel nostro paese. I motivi di questa elevata diffusione, per la quale è stato anche impropriamente scomodato il termine di epidemia, non sono ancora completamente chiariti: vengono chiamati in causa l'eccessivo apporto alimentare, la sedentarietà e, conseguentemente, il sovrappeso e la obesità.

Clinicamente si distinguono la SINDROME DA REFLUSSO TIPICA, caratterizzata da *pirosi retrosternale e/o rigurgito*, il DOLORE TORACICO NON CARDIOGENO e le SINDROMI EXTRA-ESOFAGEE (tosse cronica, asma, laringite posteriore): a tutt'oggi, il rapporto causa-effetto con il reflusso gastroesofageo è stato sufficientemente chiarito soltanto per la sindrome da reflusso tipica. Per caratterizzare meglio i sintomi e la loro intensità possono essere molto utili questionari che il paziente può compilare autonomamente, come quello riportato in Tabella 1 che noi utilizziamo da tempo e nel quale, oltre ai sintomi delle sindromi esofagee sono compresi anche i sintomi della DISPEPSIA, molto spesso concomitanti. Le *lesioni esofagee*, presenti in circa il 20 % dei casi, sono rappresentate dalla ESOFAGITE DA REFLUSSO, dalle STENOSI PEPTICHE, dall'ESOFAGO DI BARRETT e dall'ADENOCARCINOMA. Dato la bassa frequenza di lesioni esofagee documentabili, la **gastrosopia** è indicata soltanto nel paziente che, oltre a pirosi retrosternale e/o rigurgito e ad eventuali sintomi dispeptici, presenti segni di allarme (*disfagia, odinofagia, calo ponderale involontario, massa palpabile in epigastrio, anemia*) e/o riferisca familiarità per neoplasie gastriche o esofagee e/o abbia età > 50 anni.

La ESOFAGITE DA REFLUSSO si riscontra in meno del 20% dei soggetti che lamentano sindrome da reflusso tipica: viene oggi classificata tramite lo score di Los Angeles (gravità crescente dai gradi A e B, indicativi di erosioni non confluenti, ai gradi C e D, indicativi di erosioni confluenti). La iperemia della mucosa esofagea non deve essere considerata indicativa di esofagite. Quando la distanza del diaframma dal giunto esofago-gastrico, in fase di retrazione dello strumento endoscopico, è superiore a 2 cm si definisce la presenza di ERNIA IATALE, fattore favorente il reflusso gastroesofageo ma che non deve essere considerata sinonimo di GERD.

L'ESOFAGO DI BARRETT (3) è definito dalla presenza di metaplasia colonnare in ambito esofageo ed è il fattore di rischio più importante nella genesi dell'ADENOCARCINOMA ESOFAGEO, neoplasia un tempo rara ma che oggi rappresenta la patologia tumorale più frequente dell'esofago. L'esofago di Barrett si riscontra in circa il 5% dei soggetti che riferiscono sindrome da reflusso tipica: viene oggi classificato secondo lo score CM di Praga che prevede dopo la lettera C la misura in cm dell'area circonferenziale di aspetto colonnare e dopo la lettera M la misura in cm dell'estensione massima della mucosa di aspetto colonnare (che può coincidere con la misura di C in assenza di lingule oppure essere superiore ma, ovviamente, mai inferiore alla misura di C). Va ricordato che non sono indicate biopsie per conferma istologica per estensioni inferiori a 5 mm (4). Le biopsie sono indispensabili per confermare il sospetto di esofago di Barrett: mentre la presenza di metaplasia intestinale è considerata fattore sicuramente predittivo di possibile evoluzione in displasia e in neoplasia, la metaplasia gastrica non è da tutti considerata a rischio evolutivo. Il protocollo da noi utilizzato per la sorveglianza è simile a quello promulgato dalla Società Francese di Endoscopia Digestiva (4) e prevede tempistiche diverse in base alla estensione della mucosa esofagea di aspetto colonnare ed al relativo riscontro istologico (Tabella 2).

I motivi per i quali nella maggior parte dei pazienti con sintomatologia da reflusso tipica non siano evidenziali lesioni alla indagine endoscopica sono molteplici: tra essi ha sicuramente importanza il pattern di esposizione esofagea all'acido, che nella malattia da reflusso gastroesofageo non erosiva (non-erosive reflux disease, NERD) è prevalentemente ortostatico diurno, diversamente da quanto rilevabile nella esofagite da reflusso e nell'esofago di Barrett (5,6). La remissione della pirosi retrosternale con un adeguato ciclo terapeutico (4-8 settimane) con inibitori della pompa protonica (PPI) è stata proposta quale criterio

per confermare la **diagnosi** di GERD. E' necessario sottolineare che, in considerazione del meccanismo di azione e della emivita di questi farmaci, i PPI, per svolgere più efficacemente la loro azione, devono essere assunti 30 minuti circa prima di un pasto "vero". In una percentuale variabile di pazienti, oscillante fra il 10% ed il 30% dei casi, pirosi retrosternale e/o rigurgito persistono nonostante la corretta assunzione di PPI per un periodo adeguato (7-9): in tali casi può trattarsi di GERD REFRATTARIA o di PIROSI FUNZIONALE, quest'ultima caratterizzata da parametri fisiopatologici simili a quelli dei controlli sani (10) e che la rendono quindi condizione distinta dalla GERD (11). Non esiste una definizione condivisa di GERD REFRATTARIA, essendovi discordanza di opinioni su chi la ritiene definibile per persistenza di sintomi tipici in corso di terapia con PPI a dosaggio standard e chi la ritiene definibile per persistenza di sintomi tipici in corso di terapia con PPI a dosaggio elevato (7-9). Va sottolineato che la efficacia dei PPI a dosaggio standard non è sovrapponibile, risultando lansoprazolo più efficace sia di omeprazolo che di pantoprazolo e meno efficace di esomeprazolo, ed essendo la efficacia dei PPI condizionata dalla presenza o meno di ernia iatale (12-15). E' inoltre riscontrabile una discreta riduzione di efficienza dei PPI quando assunti continuativamente per due anni o più (16).

E' da tempo noto che la metaplasia colonnare risulta meglio individuabile in assenza di esofagite (17): quindi, nei pazienti con pirosi/rigurgito resistenti ai PPI l'esame endoscopico, se non ancora eseguito, risulta più informativo in corso di terapia. Non vi sono infatti criteri affidabili per distinguere la GERD con esofagite dalla GERD senza esofagite (NERD) in un paziente che è già stato trattato con PPI (non è chiaro quanto dovrebbe essere prolungato il wash-out da PPI, 4 settimane possono non essere sufficienti per determinare la recidiva di una esofagite di grado A o B) e, comunque, distinguere la NERD *nativa* dalla esofagite da reflusso *nativa* è di scarso interesse pratico mentre il riscontro di una ESOFAGITE REFRATTARIA o di un ESOFAGO DI BARRETT è decisamente più rilevante per la gestione del paziente. La valutazione endoscopica può oggi essere eseguita ON PPI in quanto nei pazienti con pirosi/rigurgito resistenti è comunque necessario eseguire la **pH-impedenzometria**: trattasi di una metodica disponibile da qualche anno e divenuta rapidamente il gold standard nella diagnostica della GERD (7-9) in quanto permette di rilevare tutti i tipi di reflusso indipendentemente dallo stato fisico (liquidi, gassosi o misti) e chimico (acidi o debolmente acidi o debolmente alcalini) e che quindi non necessita, in questo contesto clinico, di un wash-out dai PPI come avveniva per la pH-metria. Tale metodica ha permesso di evidenziare il ruolo dei reflussi acidi e debolmente acidi nella patogenesi e nella persistenza dell'ESOFAGO DI BARRETT (18,19) e, soprattutto, di distinguere i pazienti con GERD REFRATTARIA da quelli con PIROSI FUNZIONALE (20-22) in quanto consente di quantificare i reflussi debolmente acidi e la loro correlazione con i sintomi in corso di terapia. Abbiamo recentemente dimostrato che i reflussi debolmente acidi giocano un ruolo fisiopatologico fondamentale nei pazienti con ESOFAGITE REFRATTARIA (23). Attualmente possiamo inoltre confermare che la **pH-impedenzometria** identifica correttamente i pazienti con GERD REFRATTARIA: i pazienti selezionati tramite tale metodica e sottoposti a **funduplicatio laparoscopica robotica** hanno conseguito risultati di assoluto rilievo (remissione totale/subtotale dei sintomi in tutti i casi con miglioramento/normalizzazione dei parametri fisiopatologici) (24). La **funduplicatio laparoscopica robotica** è risultata inoltre significativamente più efficace dell'intervento endoscopico anti-reflusso più recentemente proposto (**EsophyX**) nei pazienti con GERD REFRATTARIA (25) e rimane perciò al momento il trattamento di prima scelta per la GERD REFRATTARIA.

Nei pazienti con PIROSI FUNZIONALE non vi sono modalità di trattamento codificate: tali pazienti potrebbero giovare di farmaci anti-depressivi, che agirebbero riducendo la percezione del dolore viscerale, ma il condizionale è d'obbligo in quanto non vi sono ancora sufficienti evidenze.

Negli ultimi anni sono stati segnalati alcuni problemi che possono insorgere a seguito di trattamento prolungato con PPI, particolarmente quando assunti a dosi elevate (malassorbimento di vitamina B12, calcio, magnesio, aumentato rischio di polmoniti anche negli adulti, aumentato rischio di colite da Clostridium Difficile, possibili interazioni con altri farmaci quali il clopidogrel) (26,27). E' necessario ricordare che dosi elevate di PPI a lungo termine sono ampiamente giustificate solo in situazioni particolari nell'ambito

della GERD (esofagite stenosante, esofago sclerodermico, esofagite da caustici, esofago di Barrett in evoluzione neoplastica; reflusso post-chirurgico o post-dilatativo in pazienti con acalasia). Nei pazienti PPI-DIPENDENTI (necessità di assunzione continuativa per controllare i sintomi), specie se non ancora anziani, è corretto prendere in considerazione la **fundoplicatio laparoscopica**, dimostrata efficace in termini clinici e di rapporto costi-benefici in tale contesto clinico (28-30).

Un algoritmo diagnostico-terapeutico riassuntivo è riportato in Figura 1.

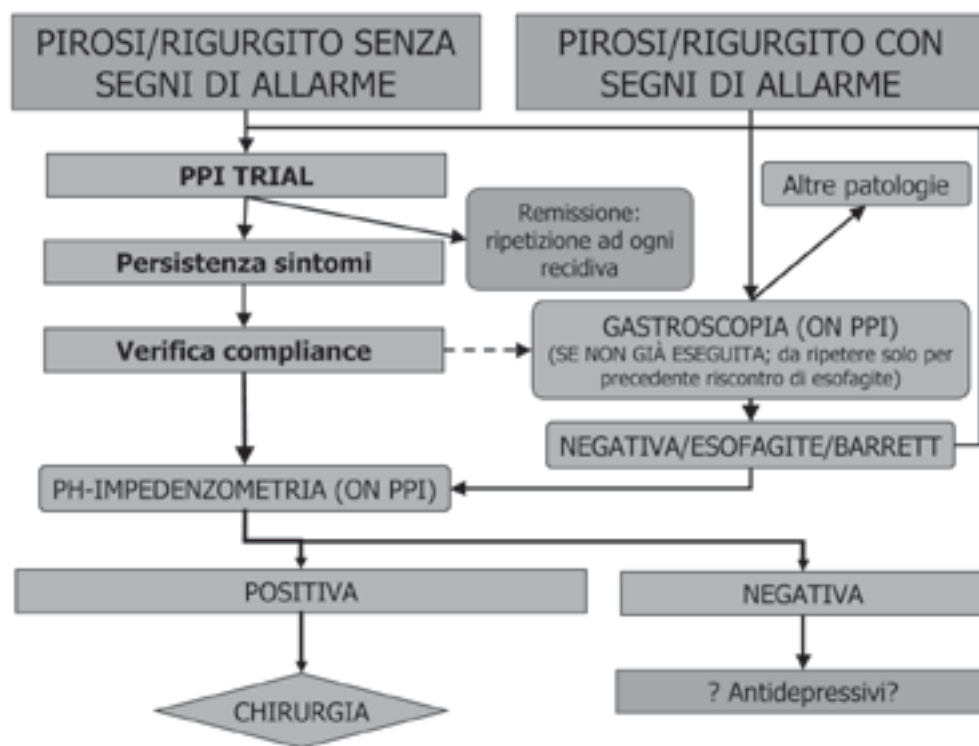
Tabella 1. Questionario reflusso-dispepsia

	MAI - ASSENTE	TALVOLTA oppure LIEVE	SPESSO oppure FASTIDIOSO	MOLTO SPESSO oppure MOLTO INTENSO
1 Accusa bruciore o fuoco dietro allo sterno, al centro del petto, che risale dallo stomaco verso il collo?	0	1	2	3
2 Accusa peso o senso di costrizione dietro allo sterno, al centro del petto?	0	1	2	3
3 Quando mangia il boccone si ferma prima di arrivare allo stomaco?	0	1	2	3
4 Le capita che le ritornino in bocca o in gola piccole quantità di liquido o cibo, ad esempio dopo i pasti o se si china in avanti?	0	1	2	3
5 Vomita?	0	1	2	3
6 Soffre di eruttazioni?	0	1	2	3
7 Soffre di gonfiore allo stomaco?	0	1	2	3
8 A tavola sente lo stomaco già pieno dopo pochi bocconi?	0	1	2	3
9 Sente lo stomaco pieno per ore dopo i pasti?	0	1	2	3
10 Soffre di dolori alla bocca dello stomaco?	0	1	2	3
11 Soffre di bruciori alla bocca dello stomaco?	0	1	2	3

Tabella 2. Sorveglianza esofago di Barrett

DISPLASIA assente	✓ BARRETT CORTO (< 3 cm), metaplasia gastrica: 5 anni ✓ BARRETT CORTO (< 3 cm), metaplasia intestinale: 3 anni ✓ BARRETT ESTESO (3-6 cm), metaplasia gastrica o intestinale: 3 anni ✓ BARRETT MOLTO ESTESO (> 6cm), metaplasia gastrica o intestinale: 2 anni
DISPLASIA di basso grado	✓ Se confermata, controllo dopo 6 mesi ✓ Se confermata, controlli ogni 6 mesi
DISPLASIA di alto grado	✓ Se confermata, mucosectomia o dissezione endoscopica o esofagectomia chirurgica

Figura 1. Algoritmo diagnostico-terapeutico



Bibliografia disponibile presso gli autori

Marzio Frazzoni, Rita Conigliaro, Gianluigi Melotti
Nuovo Ospedale Civile – Baggiovara - Modena

OLTRE IL CONSENSO INFORMATO: I REQUISITI ETICI DELLA RICERCA

Non è solo la presenza del consenso informato a rendere etica la ricerca: alcune delle più dibattute controversie etiche in tema di ricerca clinica, come la ricerca nei paesi in via di sviluppo, l'uso del placebo, la ricerca di fase 1, il coinvolgimento dei bambini, gli studi di equivalenza e di non inferiorità, non pongono questioni di consenso informato ma di etica della selezione dei soggetti, del valore della ricerca per la società, dell'identificazione di un rapporto rischio-beneficio favorevole (1,2).

Se il solo consenso informato non garantisce che la ricerca sia etica, è imperativo disporre di un quadro sistematico per valutare gli studi clinici che incorpori tutte le considerazioni etiche necessarie.

Negli ultimi 50 anni, le principali fonti relative ai comportamenti etici nella ricerca clinica sono stati il Codice di Norimberga, la Dichiarazione di Helsinki, il Belmont Report, le Linee Guida etiche internazionali per la ricerca biomedica e altri documenti, molti dei quali scritti in risposta a eventi specifici e per evitare scandali futuri. Ognuno concentra l'attenzione su uno specifico requisito. Ad esempio, il Codice di Norimberga è parte del giudizio di condanna delle atrocità naziste e pone l'attenzione sul consenso informato e sul favorevole rapporto rischio-beneficio. La Dichiarazione di Helsinki è stata sviluppata per integrare le lacune nel Codice di Norimberga, in particolare in relazione alla ricerca dei medici sui pazienti.

Se tutti questi documenti affrontano singoli elementi, una visione di insieme è presente nell'ancora attualissima pubblicazione su JAMA dal titolo "What Makes Clinical Research Ethical?" (3) considerato un manifesto per ricercatori, *Institutional Review Board* o finanziatori delle ricerche.

Il contributo, che risale ormai a più di 10 anni fa, fornisce un quadro di sintesi dei codici etici, delle dichiarazioni e della letteratura sull'etica della ricerca sui soggetti umani: gli autori elencano sette requisiti essenziali per considerare etica una ricerca.

1. Valore sociale o scientifico della ricerca

Per essere etica la ricerca deve, prima di tutto, avere un valore: il valore della ricerca è legato alla possibilità che i risultati migliorino la salute e/o aumentino la conoscenza. Ricerche che non hanno valore sociale o scientifico sono ad esempio quelle che avranno risultati non generalizzabili, che pongono ipotesi di scarso interesse o quesiti per i quali è già disponibile per la comunità scientifica una risposta affidabile, le ricerche che ignorano gli studi già condotti o duplicano gli studi già fatti. Inoltre ci sarà un aumento delle conoscenze solo se i risultati della ricerca, positivi o negativi, saranno condivisi e pubblicati. In questo contesto andrebbe inserito il tema degli studi di equivalenza e di non inferiorità, il cui valore per il paziente, per la società o per la conoscenza è in molti casi difficilmente giustificabile.

Almeno due sono i motivi fondamentali perché il valore sociale o scientifico deve essere considerato un requisito etico. Il primo è l'uso responsabile delle risorse limitate e il secondo la garanzia dell'assenza di sfruttamento dei soggetti che partecipano alla ricerca: i ricercatori non dovrebbero esporre i soggetti a potenziali rischi senza alcun plausibile beneficio sociale o scientifico.

2. Validità scientifica

Devono essere considerate non etiche le ricerche che pur avendo valore scientifico o sociale non sono condotte con una metodologia corretta e rigorosa. La validità scientifica è a garanzia che la ricerca raggiunga i risultati dichiarati e comprende la definizione del disegno idoneo al quesito di ricerca, il corretto confronto, la selezione del campione e un campionamento adeguati oltre ad una valutazione della fattibilità. Per contro, le ricerche che hanno bias di campionamento, che non dichiarano il numero di soggetti da reclutare, che prevedono di arruolare un numero di soggetti troppo piccolo, che confrontano un nuovo trattamento con il placebo quando esiste una alternativa terapeutica disponibile ed efficace, non possono generare conoscenze valide.

Per una valutazione di questo requisito sono necessarie competenze scientifiche, statistiche e la conoscenza delle condizioni locali della popolazione e delle strutture coinvolte nella ricerca.

3. Corretta selezione dei partecipanti

La corretta selezione dei partecipanti allo studio non è solo un obiettivo per garantire la validità scientifica della ricerca. I principi etici della corretta selezione dei partecipanti allo studio sono l'equità e la

giustizia: la selezione dei soggetti deve far in modo che la ricerca non sia rischiosa per persone vulnerabili o porti invece potenziali benefici a gruppi socialmente svantaggiati. L'equità richiede ad esempio che le donne siano incluse nella ricerca a meno che non ci siano buone ragioni, per escluderle. Ciò significa che ad ogni donna deve essere offerta l'opportunità di partecipare alla ricerca mentre non è necessario includere i bambini in tutte le fasi della ricerca, ma solo quando la sicurezza è stata valutata negli adulti.

4. Favorevole rapporto benefici/rischi

La conoscenza disponibile sui nuovi farmaci, devices o procedure oggetto della ricerca è limitata, con il risultato che la ricerca comporta di per sé l'incertezza del grado di rischio e di beneficio e più la fase della ricerca è precoce, maggiore è l'incertezza. La ricerca è giustificata se, in coerenza con gli obiettivi scientifici dello studio e delle norme di buona pratica clinica, sono soddisfatte le seguenti condizioni: sono minimizzati i rischi per i soggetti coinvolti nella ricerca; sono massimizzati i potenziali benefici, i rischi per i soggetti sono proporzionati ai benefici per il soggetto e per la società. E' probabilmente il requisito più difficile da valutare.

5. Valutazione indipendente

I ricercatori hanno molti interessi a condurre una ricerca. Questi interessi non dovrebbero essere in conflitto, ad esempio, con la necessità di rispettare il valore sociale e scientifico della ricerca, mantenere la correttezza metodologica. La valutazione indipendente delle ricerche garantita dai Comitati Etici è giustificata dalla *social accountability* e dall'importanza che la ricerca sia libera da interferenze.

6. Consenso informato

Di tutti i requisiti etici della ricerca, il consenso informato è quello sul quale si è più dibattuto.

Lo scopo del consenso informato è garantire che gli individui decidano consapevolmente se partecipare alla ricerca e decidano di partecipare solo quando la ricerca è coerente con i loro valori, i loro interessi o le loro preferenze. Il consenso informato rappresenta concretamente il rispetto per le persone e per le loro autonome decisioni. Questo vale in particolare per il consenso informato in condizioni di urgenza, dove il poco tempo a disposizione non deve limitare una chiara e corretta informazione.

7. Rispetto dei partecipanti (e dei non partecipanti)

Il rispetto è dovuto sia ai soggetti che decidono di non partecipare alla ricerca, sia a coloro che partecipano. Il rispetto per i soggetti arruolati è legato ad almeno cinque requisiti:

- acconsentire liberamente al ritiro dalla ricerca;
- proteggere la privacy;
- informare i soggetti delle conoscenze che via via si acquisiscono sui rischi o sui benefici;
- informare i soggetti dei risultati della ricerca clinica;
- garantire il benessere dei partecipanti alla ricerca.

Non è certo l'obiettivo di queste due pagine quello di trattare esaurientemente questi temi per i quali si rimanda alla lettura dei riferimenti. Utile è però, non dimenticarli.

*Dott.ssa Loretta Casolari
Responsabile Servizio Ricerca e Innovazione – Direzione Sanitaria AUSL di Modena*

*Dott.ssa Federica Casoni
Dirigente Medico - Stroke Unit Clinica Neurologica NOCSAE - AUSL di Modena*

*Dott. Gabriele Sempredon
Bioeticista*

Per approfondimenti:

- (1) Garattini S, Bertelè V, *Non-inferiority trials are unethical because they disregard patients' interests. Lancet 2007; 370: 1875-77*
- (2) Emanuel E.J, Grady C, Lie R.K, Miller F.G, Wendler D, *The Textbook of Clinical Research Ethics, Oxford University Press. 2008.*
- (3) Emanuel E.J, Wendler D, Grady C. *What makes clinical research ethical? JAMA. 2000 May 24-31;283(20): 2701-11.*

DIPENDENZE PATOLOGICHE E MALATTIA MENTALE: AGGIORNAMENTI DI NUOVE ACQUISIZIONI PER NUOVI MODELLI DI TRATTAMENTO

In considerazione del crescente uso di sostanze nella popolazione con un aumento delle patologie psichiatriche associate, nel qual caso si parla di Doppia Diagnosi, è stato proposto un convegno che si è svolto recentemente a Modena, da parte del Dott. Fabrizio Starace Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Ausl Modena.

A fronte della nuova casistica emergente il dott. F. Starace ha voluto riuniti in questo momento formativo operatori e specialisti, sia del servizio delle Dipendenze Patologiche, che del servizio di Salute Mentale, che del resto già da una decina d'anni a Modena, prima Ausl in Italia, sotto la direzione allora del Dott. Giovanni Neri come ricordato dal Prof. Marco Rigatelli, sono riuniti in un unico Dipartimento, per affrontare in modo integrato le nuove complessità di diagnosi, terapia e riabilitazione.

Nella sua relazione il Dott. Claudio Ferretti, Coordinatore Dipendenze Patologiche Ausl Modena, commenta i dati epidemiologici più recenti. A livello nazionale si stimano 4 milioni di assuntori di cannabis distribuiti un po' in tutte le fasce di età, comprendendo anche cinquantenni che già ne facevano uso negli anni sessanta. La cocaina è la sostanza più diffusa con 700.000 persone che ne fanno uso, sostanze stimolanti, amfetamine, exstas 210.000, eroina 110.000 persone. Tre quarti della popolazione italiana beve alcolici e di questi il 10% sono bevitori problematici. I giovani sono usualmente nelle serate di sballo poli assuntori con alcol e un mix di altre droghe eccitanti e sedative, le une per contrastare gli effetti delle altre. Inversamente alla maggiore diffusione d'uso di cocaina nella popolazione non sempre percepita come patologia d'uso, i pazienti in carico al Sert di Modena sono in maggior parte dipendenti di eroina e di sesso maschile.

Il Prof. Icro Maremmani dell'Università di Pisa riferisce che in generale nelle statistiche, nel 53% dei tossicodipendenti c'è una malattia mentale associata che può essere nel 15% dei casi un disturbo schizofrenico, nel 45% una depressione clinica, che talvolta può essere una fase, che si alterna con fasi di particolare eccitamento proprie del Disturbo Bipolare. Nel 63% dei casi c'è prima l'uso delle sostanze, poi la comparsa del disturbo mentale. Nel 25% dei casi il disturbo mentale, invece, precede l'uso delle sostanze.

Si sono succedute molte teorie sulle tossicodipendenze. Le ultime conoscenze neurobiologiche tendono a considerare la tossicodipendenza come una malattia che tende a recidivare. Il Prof. I. Maremmani secondo le ultime acquisizioni descrive le tipiche fasi che caratterizzano, e sarebbero comuni a tutte le dipendenze da sostanze, e forse generalizzabili anche ad altre dipendenze es. tabacco, gioco, ecc. Una prima fase di eccitamento e del piacere in cui viene attivato il sistema dopaminergico, poi una fase di depressione. Queste fasi si ripetono e, avanti nel tempo ci sarebbe infine un esaurimento del sistema del piacere, e il soggetto si sente intrappolato in un attaccamento patologico e infelice alla sostanza con comportamenti discontrollati per l'acquisizione della stessa. Ci sono prove biologiche che il cervello, che viene a contatto con le droghe viene cambiato e subisce una sorta di imprinting biologica con una capacità di astinenza relativa.

Le ultime acquisizioni scientifiche quindi vanno oltre il tradizionale modello sulle tossicodipendenze viste come deviazione psicopatologica delle regole sociali. La dipendenza non è un comportamento volontario motivato dal piacere. Elementi che rientravano in un pregiudizio diffuso e di stigma. "Doppia Diagnosi" di patologia mentale e dipendenza patologica, e "Doppio Stigma". Stigma che riemerge ad esempio quando dopo investimenti terapeutici e riabilitativi del servizio sanitario talvolta con successi soddisfacenti, si comincia a fare un progetto di "Recovery", o di "ripresa" di una regolare funzionalità sociale "casa-lavoro", e quindi i Servizi Sanitari di cura interagiscono con altre agenzie, come ad esempio i Servizi Sociali, reticenti ad investire. Non ultimo, si può cominciare a pensare anche per le tossicodipendenze in alcuni momenti della malattia, con non adesione al trattamento e grave rischio, per la necessità di salvaguardare il paziente stesso dalle conseguenze della propria malattia, come nella malattia mentale, alla possibilità di Trattamenti Sanitari Obbligatorii. Conclude il Prof. I. Maremmani che in fondo il Trattamento Sanitario Obbligatorio fu proposto da Basaglia stesso all'apertura dei manicomi.

Infine le ultime acquisizioni neurobiologiche sulle tossicodipendenze aprono tanti interrogativi che il convegno lascia alla riflessione, quali terapie farmacologiche più appropriate? Quali nuovi modelli di dimissione?

Lucia Rolando
Medico Psicoterapeuta

I DIRITTI DEI NATI PREMATURI

Il progredire continuo delle tecniche di rianimazione e di mantenimento dello stato vitale, ha coinvolto anche l'ambito neonatologico, facendo sì che prospettive concrete di sopravvivenza riguardino oggi neonati prematuri estremi o severi, prima inevitabilmente destinati a soccombere. Ciò ha posto peraltro rilevanti problemi di carattere etico, in ordine soprattutto alla possibilità di disabilità severa o di ritardi mentali che possono conseguire a questo tipo di situazione.

Iniziamo il dibattito sul tema con un contributo del prof. G.B. Cavazzuti, presidente della Associazione Scienza e Vita, già primario di Neonatologia presso il Policlinico di Modena.

Come ha scritto recentemente il prof. Francesco Macagno, presidente emerito della Società Italiana di Neonatologia, il 21 dicembre 2010 rappresenta una data storica per la salvaguardia del benessere dei neonati prematuri e per il sostegno dei loro genitori. In quel giorno, a Palazzo Madama, alla presenza di numerosi parlamentari, è stata presentata ufficialmente la "Carta dei diritti del bambino nato prematuro", per iniziativa di *Vivere Onlus* (coordinamento nazionale delle associazioni dei genitori di bambini nati pretermine e a termine e ricoverati in Unità di terapia intensiva), col sostegno della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, della Società Italiana di Neonatologia e dell'Improving Maternal and Perinatal Health Team dell'OMS. Veniva così dato corso a un mandato della European Foundation for the Care of Newborn Infants (fatto proprio dal Segretario generale dell'ONU Ban Ki Moon) rivolto ai politici e alle istituzioni per sollecitare interventi in questo delicato settore dell'area materno-infantile.

Rimandando chi volesse analizzare il documento al sito www.neonatologia.it, mi limito qui a trascrivere i punti che hanno maggiore significato bioetico.

Art. 1 - Il neonato prematuro deve, per diritto positivo, essere considerato una persona.

Art. 3 - Il neonato prematuro ha diritto ad ogni supporto e trattamento congrui al suo stato di salute e alle terapie miranti al sollievo del dolore.

Art. 9 - In caso di esiti comportanti disabilità di qualsiasi genere e grado, il neonato ha diritto a ricevere le cure riabilitative che si rendessero necessarie ed usufruire dei dovuti sostegni integrati di tipo sociale, psicologico ed economico.

Come si vede, l'affermazione che il prematuro è persona, coi diritti spettanti alle persone, è netta e inequivocabile. Ed è importante che ciò rappresenti l'inizio (e quindi la base) della Carta e che su questa affermazione vi sia concordanza tra i genitori e gli esperti della scienza medica, di fronte a chi, su versanti pseudofilosofici, sostiene che il prematuro è una cosa o, in certe circostanze, va trattato come una cosa, cioè non assistito come gli altri neonati: non rianimato, non curato con terapie intensive o altri trattamenti adeguati alla sua condizione. Condizioni aberranti come queste erano state recentemente mascherate da connotazioni pietistiche o utilitaristiche, secondo le quali la vita di taluni prematuri non meriterebbe di essere vissuta, quando vi sono dubbi sulle sue possibilità di sopravvivenza o di integrità fisica o psichica. Si era potuto constatare che queste concezioni avevano creato quanto meno qualche perplessità in gruppi, sia pure minoritari, di neonatologi e in soggetti istituzionali, con inevitabile risonanza mass-mediatica.

L'attuale Carta dei diritti ha dissipato autorevolmente ogni possibile equivoco. Dagli articoli citati emerge chiaramente che il neonatologo o l'anestesista non possono esimersi dal prestare cure adeguate (rianimazione compresa, quando efficace) ad un neonato prematuro perché questo è di bassissimo peso o può rischiare la disabilità (anche per il fatto che l'esito infausto o l'handicap possono essere in molti casi scongiurati da un intervento tempestivo e corretto).

Analogamente (art. 9) ogni ex-prematuro disabile merita il massimo sostegno, indipendentemente dall'entità dei risultati che se ne possono ottenere. Non sono accettabili discriminazioni o selezioni, che in realtà generano sofferenze fisiche o psichiche, ulteriori handicap, quando non portino a subdole eutanasie. Come ha sottolineato il prof. Macagno nel suo commento alla presentazione della Carta, la qualità di vita dei prematuri sopravvissuti con esiti preoccupanti, non può essere valutata soltanto con le categorie di pensiero e di giudizio degli adulti sani. Si deve tener conto del livello di soddisfazione

espresso dai genitori e dal bambino che cresce, nonché dei giudizi riportati in letteratura da adulti nati pretermine e cresciuti in condizioni di disabilità.

Questa Carta dei diritti del bambino nato prematuro incoraggia genitori e sanitari a proseguire il loro generoso impegno e a chiedere la collaborazione delle Istituzioni e degli Enti del Terzo Settore, come previsto dall'Art. 10. Un problema ineludibile che va posto all'attenzione dei parlamentari è, ad esempio, la necessità di estendere oltre il quinto mese il congedo parentale per i neonati pretermine, che rischiano di essere accolti a domicilio dopo una lunga degenza ospedaliera, proprio quando i genitori stanno per riprendere il lavoro. Altra esigenza è, come suggerisce l'art. 8, che l'équipe che ha curato il bambino in ospedale possa seguirlo direttamente o indirettamente a casa con un follow-up appropriato, orientando e sostenendo la famiglia.

Le associazioni che hanno promosso la Carta hanno diffuso anche un "Manifesto dei diritti del bambino nato prematuro", che ha suscitato interesse da parte dei mass-media e che dovrebbe sensibilizzare la popolazione verso questi problemi. I prematuri vanno aumentando, in quanto l'età materna è sempre più avanzata e anche la fecondazione artificiale ha una sua incidenza. Inoltre è sempre maggiore la sopravvivenza, sia pur limitata, dei grandi prematuri, anche di 23-24 settimane. Non possiamo ignorare i risvolti etici di tutto ciò. Intanto possiamo condividere quanto afferma il nuovo presidente della Neonatologia italiana prof. Paolo Giliberti: "Abbiamo steso un documento col quale l'Italia è prima al mondo nel seguire le direttive ONU e OMS".

PREMATURI IN ITALIA OGGI : circa 40.000 all'anno (6,9 % dei nati vivi)							
Classificazione clinica	Nascite annuali	Settimane gestazionali	Peso (grammi) alla nascita	Mortalità		Disabilità o ritardo mentale	
Prematuri estremi	500	22 - 27	<500-1000	con Terapia intensiva	con Terapia compassionevole	Disabilità severa	Disabilità moderata
				22 sett. 90%	100%		
				23 61%	84%		
				24 40%	60%		
				25 20%	34%		
				26 16%	28%		
				27 7%	18%		
Prematuri severi	5.000	28 - 31	1001-1500	2 – 4 %		5 %	
Prematuri moderati	34.500	32 - 37	1501-2500	< 1 %		1 %	
La mortalità infantile (0-12 mesi) in Italia è pari a 3,7 per mille nati vivi (fra le più basse del mondo) ed è costituita per il 90 % dai prematuri.							

Giovanni Battista Cavazzuti
presidente dell'Associazione Scienza & Vita



D'Autilia eletto vice-presidente vicario della CEOM



Nella fotografia il Presidente Nazionale Amedeo Bianco e il presidente greco Kalokerinos leggono il Giuramento di Ippocrate nel tempio di Asclepio.

Si è svolta nell'isola greca di Kos, lo scorso 10 e 11 giugno 2011, la riunione del Consiglio europeo degli Ordini dei medici (CEOM), con la partecipazione di 14 delegazioni nazionali membri e di tre Paesi osservatori.

Nel corso della prima giornata di lavori, oltre alle relazioni sull'osservatorio europeo di demografia medica, sulla costituzione del nuovo gruppo di lavoro, sulle raccomandazioni deontologiche, e sul nuovo sito internet della CEOM, i principali argomenti all'ordine del giorno sono stati il nuovo statuto costitutivo della CEOM, le elezioni del nuovo board e la presentazione della *Carta europea dei principi di Etica medica*.

Il nuovo statuto della CEOM, approvato da tutte le delegazioni presenti fatte eccezione per quella tedesca e inglese che si sono astenute, ha individuato i principali ambiti di interesse e competenza dell'associazione europea: etica e deontologia medica, libera circolazione dei professionisti sanitari,

demografia medica, regolamentazione medica, formazione professionale dei medici, problemi di salute pubblica connessi ai settori sopracitati. Dopo l'approvazione dello statuto si sono tenute le elezioni del nuovo board, che sarà così composto per il triennio 2011-2014:

- **Presidente: Dr Roland Kerzmann, Ordre des Médecins de Belgique Conseil National**
- **Primo Vice-Presidente: Dr Nicolino D'Autilia, Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri**
- Vice-Presidente: Dr Gheorghe Borcean, Colegiul Medicilor din Romania
- Vice-Presidente: Dr Jose Ramon Huerta, Consejo General de Colegios Oficiales de Medicos
- Vice-Presidente: Dr Gordana Kalan Zivcec, Zdravniška zbornica Slovenije
- Segretario Generale: Dr Francis Montané, Conseil national de l'Ordre des Médecins de France

La Carta europea dei principi di Etica medica, documento redatto dal gruppo di lavoro CEOM, con il vaglio della Consulta deontologica FNOMCEO, partendo dai testi approvati e acquisiti in seno alla CEOM (*Principes d'éthique médicale européenne* del 1987 e successivo annesso del 1995, la *Carta europea dei medici* e il *Documento di Consenso*, rispettivamente Sanremo 2005 e 2010) ha estrapolato e riformulato i 16 principi cardine dell'etica medica europea: il medico è chiamato ad agire in scienza e coscienza per il bene del paziente senza discriminazione alcuna (art. 1 e 2), sempre nel rispetto della libertà di scelta e dell'autonomia morale e decisionale del paziente stesso (art. 9 e 13), esercitando la professione medica in assoluta "coscienza, dignità e indipendenza" (art. 16).

Con l'approvazione della *Carta europea dei principi di Etica medica*, si apre la seconda fase dei lavori della CEOM finalizzati alla redazione degli orientamenti deontologici.

La giornata conclusiva dei lavori CEOM è stata dedicata alla consacrazione simbolica della Carta europea approvata il giorno prima: tra i resti dell' Asklepiion di Kos, il santuario dedicato al Dio della medicina Esculapio, i presidenti degli Ordini dei medici europei si sono alternati nella lettura, ciascuno nella propria lingua, dei 16 articoli dei principi di etica medica assunti come carta di riferimento. La carta europea è stata poi consegnata alla "Fondazione Ippocrate" di Kos, centro per la diffusione degli studi sul padre della medicina.



*Nunzia Napoleone
FNOMCeO*

IL CONSIGLIO NAZIONALE APPROVA A LARGHISSIMA MAGGIORANZA IL BILANCIO CONSUNTIVO 2010

Fugando le notizie allarmistiche riportate su alcuni organi di stampa i Presidenti degli Ordini dei medici hanno confermato la piena fiducia al Consiglio di amministrazione appena eletto il cui vice presidente vicario, Dott. Oliveti, ha illustrato la situazione economica e gestionale dell'Ente chiarendone in maniera puntuale e approfondita ogni aspetto. Non esiste allo stato attuale nessun pericolo per le pensioni degli iscritti agli Ordini pur nella considerazione che si dovranno rivedere a breve alcuni parametri per la valutazione sia dei contributi che dell'età pensionabile. Il Dott. Antonino Addamo, delegato dell'Ordine di Modena per l'ENPAM, ha partecipato ai lavori del Consiglio Nazionale dell'Ente svoltosi a Roma il 27 giugno.

Come è ormai noto a tutti, gli enti previdenziali si sono dovuti adeguare alla nuova legge che prevede una riserva di bilancio tale da garantire trentenni di pensioni per i propri iscritti. L'ENPAM che finora basava i suoi calcoli su una riserva di quindici anni deve ora adeguarsi e sono già iniziati i contatti con i Ministeri di riferimento affinché un tale processo possa essere "spalmato" in un ragionevole lasso di tempo al fine di consentire un passaggio graduale a nuove aliquote e ad una presumibile revisione delle età di pensionamento.

L'Ordine di Modena, da sempre attento ai temi previdenziali dei propri iscritti, relazionerà puntualmente sui successivi eventi che riguarderanno il nostro Ente.

A. Addamo e N. D'Autilia



CONVEGNO: MAESTRI DEL NOSTRO TEMPO NEL CAMPO DELLA CURA, DELL'ASSISTENZA E DELL'EDUCAZIONE E ASSEGNAZIONE DEL PREMIO ENZO PICCININI, II EDIZIONE

Mercoledì 26 ottobre 2011, dalle 17.30 alle 20.00

Centro Servizi Didattici della Facoltà di Medicina e Chirurgia del Policlinico di Modena

Siamo alla seconda edizione di una manifestazione che speriamo possa diventare tradizione. Una manifestazione commemorativa certo, dove però l'accezione della memoria non è quella di un semplice ricordo, ma del continuo riaccadere dell'evento che l'ha generata. E l'avvenimento in questione è stato l'imporsi dell'umanità prorompente di Enzo Piccinini, tale da investire con la sua esuberanza tutti gli aspetti della sua vita professionale, familiare, personale, dentro un'unità profonda, che sempre più raramente è dato di incontrare; questo non avviene solo per una diffusa debolezza umana, ma anche per un fattore culturale che vediamo sempre più determinante nel nostro lavoro, e che in questa edizione vogliamo mettere a tema.

Nella cultura odierna l'aspetto concettuale è abolito a favore di quello operazionistico, così che l'azione prevale sul significato; proprio il dominio della cultura anglosassone in medicina porta a dilatare questo metodo.

Non si nega che esista la motivazione, ma non è la motivazione ad essere misurata, si misurano le azioni. L'esito è che la motivazione diviene indifferente e l'azione vale per se stessa. È giusto misurare l'azione, poiché è dai frutti che si vede l'albero, ma occorre portare la critica dentro l'azione stessa, non dando per scontata la motivazione. Invece, sostituire il senso con l'azione relativizza il rapporto e il soggetto di questo rapporto. Non a caso abbiamo scelto come immagine di quest'anno ancora un medico, nel quadro di H. Vouillard (Il dottor Vquez all'Hopital de la Pitié) colto dentro questo rapporto umano intenso, sottolineato dagli sguardi e dal contatto fisico, che si dipana dentro la sua professione, giocata insieme ad altri, che lo osservano, in un rapporto educativo. La malata ha gli occhi su di lui e alle sue spalle un finestrone aperto sul cortile, sull'aria aperta, allude ad un dinamismo di apertura positiva, di esito buono, di speranza offerta a noi che guardiamo la scena. Quest'anno abbiamo invitato e assegneremo il premio a **Elvira Parravicini**, neonatologa, che lavora nel team di diagnosi prenatale al Morgan Stanley Children's Hospital NY-Presbyterian della Columbia University (New York). Il suo contributo vuole testimoniare nella sua esperienza, l'esito, in termini di qualità, di questo approccio alla professione sanitaria.



Programma (provvisorio)

Saluto della Preside di Facoltà di Medicina Gabriella Aggazzotti ed altre Autorità

Un Io in azione

- dott. Giorgio Bordin, direttore sanitario dell'Ospedale delle Piccole Figlie di Parma, e presidente regionale di Medicina&Persona

A fianco di Enzo Piccinini nella cura del malato oncologico

- dott. Giampaolo Ugolini, dirigente medico del Policlinico Sant'Orsola di Bologna e vicepresidente della Fondazione Enzo Piccinini

L'esperienza del team di diagnosi prenatale

- prof.ssa Elvira Parravicini, Neonatologa, docente di Clinica Pediatrica alla Columbia University, NY Responsabile del team di diagnosi prenatale del Morgan Stanley Children's Hospital NY-Presbyterian della Columbia University a New York

Promosso dalla Fondazione Enzo Piccinini

in collaborazione con l'Associazione Medicina e Persona

e con il patrocinio dell'Ordine dei medici, dell'Assessorato Sanità Regione Emilia Romagna, dell'Università di Modena e R.E. e dell'Azienda USL.



Associazione
Medici
Cattolici
Italiani

CONVEGNO MEDICO MISSIONARIO



sabato 22 ottobre 2011 alle ore 16

nella Sala grande dell'Arcivescovado (entrata di fronte al Duomo di Modena)

Convegno in onore di LUISA GUIDOTTI MISTRALI

medico-missionario modenese, uccisa nel 1979 durante i conflitti razziali in Rhodesia nel corso di un intervento medico d'emergenza, è in atto il processo di beatificazione, a lei sarà intitolata la sezione modenese dell'AMCI

Interverranno:

Mons. Luigi Mazzuccato – storico direttore del CUAMM (collegio universitario aspiranti medici missionari) di Padova – laurea *honoris causa* in Diritti umani all'Università di Padova

Dott. Claudio Gollini – internista all'Ospedale di Sassuolo, già cooperante in Madagascar

Dott. Paolo Lanzoni – pediatra all'Ospedale di Carpi, cooperante in Tanzania e Mozambico

Dott. Luca Sarti – internista all'Ospedale di Baggiovara, già cooperante in Uganda

Cecilia Pellicciari – infermiera dell'AUSL di Modena, cooperante in Madagascar

Comunità "Seguimi" di Montale – attiva in varie zone dell'Africa

Saranno ammessi altri brevi interventi – il Convegno è aperto a tutti



"sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"... "sintì bèin quall ch'av còunt"...

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

Eccoci nuovamente qui a "strulghèr" (a inventare, cercare, scoprire, ma soprattutto ricordare), qualcosa di nuovo che colleghi le nostre tradizioni alla medicina attuale e di un tempo, sempre rigorosamente nel nostro "bèl dialàtt mudnés". Ogni tanto mi piace ricordare l'esperta consulenza del dr. Di Genova, caro amico e buon poeta dialettale, che avrete il piacere di ascoltare insieme ad altri artisti, il 9 ottobre 2011, a Pavullo, al Palazzo Ducale, alle ore 16, in occasione della 20ª mostra di pittura e poesia con spettacolo d'arte varia.



L. Arginelli

In questa rubrica parliamo in generale dal **"DUTOR"**

"I'è un brèv dutór quàl ech cgnóss al so mèl"

(è un bravo medico quello che conosce il suo male).

Naturalmente il detto si può estendere a tutti gli esseri umani, intendendo per male i propri difetti. Questo concetto si riscontra in tutte le lingue, perché è un principio fondamentale condiviso da tutti.

Non meno saggio è il seguente modo di dire modenese:

"dutór vèc' e barbér zoven"

(medico vecchio e barbiere giovane)

Senza nulla togliere alla bravura del giovane medico, (d'altronde siamo stati tutti giovani medici), a favore del medico "vecchio", depongono gli anni d'esperienza, che danno tranquillità e sicurezza al malato. E forse proprio così la pensavano i nostri antenati.

Per quanto riguarda l'ultima parte del detto crediamo sia dovuta all'abilità del barbiere di tenere aggiornate le nostre acconciature secondo i dettami della moda corrente.

Comunque una collaborazione tra Medico (in particolare chirurgo) e barbiere è sempre esistita e risale al medioevo, quando il barbiere praticava addirittura salassi e flebotomie.

E' significativo un episodio accaduto a Soliera nel 1630 (guèrda sol al paés dove a sun nèe).

Qui, per accertare un caso di peste, fu inviato da Modena un deputato alla sanità insieme ad un barbiere. Purtroppo l'abusivismo, ancora oggi, è difficile da debellare.

"A in màza pio i dutór che él malattii"

(ne uccidono più i dottori che le malattie)

Così il dialetto stigmatizzava la presunta inefficacia della medicina tradizionale.

"chi fa brèv al dutór l'è al malèe"

(chi fa bravo il medico è il malato)

Una guarigione è sicuramente il miglior biglietto da visita....

"chi vol vàdder al dutór sòl da la fnèstra, al bàvva al vèin prémma dla mnèstra"

(chi vuol vedere il medico solo dalla finestra, "chi vuol tenerlo lontano", beva il vino prima della minestra).

Un detto per cercar la rima o sarà vero? Mha!?

"dieta, ripòs e bòun umór, i guarèssen méi che zèint dutór"

(dieta riposo e buon umore, guariscono meglio che cento dottori)

L'è propria véra...

"un dutór ch'al cura un vèc' al fa (v)gnìr in mèint un avochèt ch'al cura un falimèint"

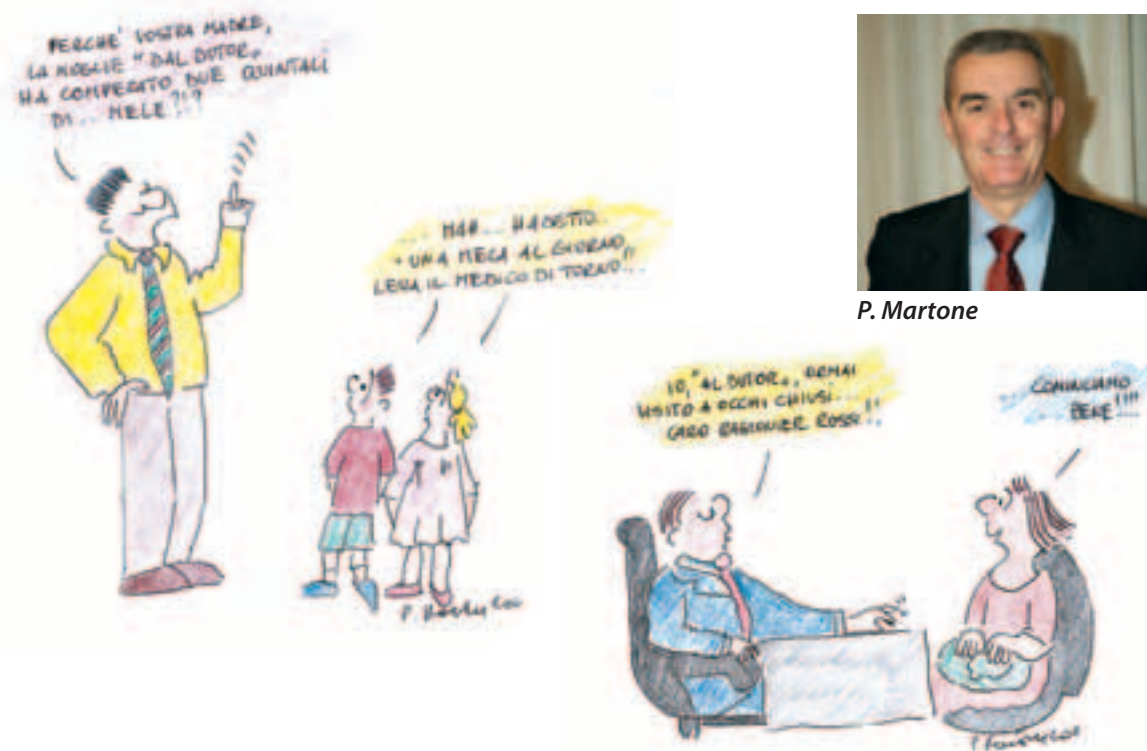
(un medico che cura un vecchio fa venir in mente un avvocato che cura un fallimento)

"dop al fat, tòtt i én dutor"

(dopo il fatto tutti sono dottori)

Equivale al manzoniano: "del senno di poi son piene le fosse".

VIGNETTE A CURA DI PAOLO MARTONE



P. Martone

Nacque a Carpi l'1 marzo 1857, e morì a Milano il 12 Novembre 1931.
Il padre era professore di belle lettere, secondo le testimonianze del figlio dell'artista, forse preside al Ginnasio di Carpi.

Un rappresentante quindi della borghesia colta ottocentesca, desideroso di vedere riflessa nel figlio, la continuità di interessi e di professione.

Carlo invece manifestò un precoce interesse all'arte, e dopo essersi dedicato allo studio del disegno, sotto la guida di **Lelio Rossi**, si iscrive all'Istituto di Belle Arti di Modena, dove riceverà diversi premi, tra i quali, il primo premio di terzo anno 1879-80.

Trasferitosi a Milano con la famiglia, vi risiederà per oltre quarant'anni dedicandosi alla decorazione di Chiese e palazzi della città, oltre che in vari paesi della Brianza, del lago d'Orta, del lago di Como a Parabiago, a Costellanze e a Legnano.

Nel 1894 invitato dal carpigiano **Claudio Rossi**, si recò a Lisbona per la decorazione del teatro Regio di Donna Amelia.

Il suo lavoro più importante resta la decorazione della Basilica di San Giovanni in Busto Arsizio con composizioni di figure.

Dipinse diversi quadri a carattere religioso, tra i quali due grandi pale d'Altare, trasferite in Sud America. Diversi ritratti, nature morte, paesaggi, opere accurate e di notevole abilità tecnica, sono in collezioni private a Carpi, Milano, oltre che nel Museo Civico di Carpi.

In copertina: "Natura Morta", olio su tela, cm. 71x100, Carpi, Museo Civico.

DAVANTI ALLA TOMBA DI UN MEDICO DI MONTAGNA

Si definisce solo medico rimatore (rigorosamente classico) il dott. Federico Romiti, ma secondo me c'è tanto altro. Ecco a voi un piccolo saggio della sua bravura.

Solo una lapide, Torquato Rossi,
rimane ed una foto ormai sbiadita,
col nome e le date della vita.
Ben pochi ormai ricordan chi tu fossi

Nessuno ricorda più ch'eri un dottore,
ricco d'acume, rigore e coscienza,
semplice e buono. Per ogni emergenza
sellavi il tuo cavallo a tutte l'ore.

Un bimbo, un boscaiolo, un pastore,
una cornata, un morente, un parto,
una ferita d'accetta ad un arto,
oppure un angoscioso mal di cuore.

Di notte, sotto l'acqua, in un villaggio
ti fermavi davanti ad un camino,
ti asciugavi con un bicchier di vino,
cenavi con un pezzo di formaggio.
Ti vedo ancor con sigaro e il cappello
a larga tesa, avvolto nel mantello

a ruota ch'era allora tanto in voga.
Ti dava una dignità di toga.

Il manto bianco era già alto e greve
quando supplice giunse il messaggero.
Tu t'avvolgesti nel tabarro nero
e lo seguisti fra i fiocchi della neve.
Negli alti pascoli, fra le faggete,
ora dei campani più non s'ode il suono.
Nel tuo villaggio un'arcana quiete
regna e ovunque emerge l'abbandono.

S'insinua il vento fra l'erme contrade.
non s'ode più un belato, né un vagito;
la muta polvere le aie invade.
Non chiama la campana al sacro rito.

Sol la lacerta ti è rimasta amica,
sul sasso sta nel silenzio assolato.
Un rovo esce dal muro crepato,
che passa a lato della chiesa antica

ove sereno un dì ti sei sposato.
Tu senza pianto sei dimenticato
in questo angolo di camposanto
con la tua donna che ti dorme accanto.

Qui ormai cresce solo il rovo e l'erba,
a primavera qualche margherita.

Tanta mestizia il fato ci riserba.
Nessuno capirà cos'è la vita,

e mai nessuno varcherà le porte,
né di stracciare il velo avrà la sorte
dell'algido mistero della morte.

Federico Romiti

"A.M.E.S.A." (ASSOCIAZIONE MEDICI E SANITARI ARTISTI)

E' QUI LA FESTA.....

Il 9 ottobre 2011, (la data è stata modificata per indisponibilità della struttura dove il 18 settembre si svolgerà un matrimonio civile), al **Palazzo Ducale di Pavullo**, alle ore 16,00 ci sarà la "Vernice", della **20° Mostra di pittura e fotografia dei Medici Artisti**.

Seguirà alle 17,00 lo spettacolo d'arte varia, condotto e realizzato sempre dai Medici Artisti con: coro, musica, canti, poesie, cabaret, balli ed illusionismo.

seguirà ricco rinfresco

Questo è il 20° appuntamento che l'Associazione

Medici e Sanitari Artisti (A.M.E.S.A.). offre ai colleghi ed a parenti e amici dei colleghi.

Il Palazzo che ci ospita è splendido, con una sala espositiva molto capiente e con la verde cornice della pineta di Pavullo.

Ora mi riferisco ai colleghi che porteranno le loro opere.

Mi raccomando di portarle presso la sede dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Modena in Piazzale Boschetti.

E' bene consegnare le opere almeno 10-15 giorni prima, così potrò organizzarmi con qualche volontario per allestire la mostra, che resterà aperta per due settimane.

Ai poeti, ai musicisti, ai cantanti ed agli attori ricordo di preparare una scaletta.

Telefonatemi per qualsiasi problema (338-9368726).

Arvèdres a Pavoll.

L. Arginelli



La mente è come il paracadute: serve solo se è aperta.

Th. A. Eddison

Un ecologista è uno che scrive un libro di cinquecento pagine chiedendosi dove siano finiti gli alberi.

Detto popolare

I difetti che più ci danno fastidio negli altri sono i nostri.

A. Block

Gli anni non fanno dei saggi, fanno solo dei vecchi.

A.M. Swetchine



R. Olivi Mocenigo



**Orario estivo
degli uffici di segreteria
dell'Ordine**

Dal **1 luglio al 31 agosto** gli uffici
dell'Ordine sono aperti da **lunedì a
venerdì dalle ore 10 alle ore 13.**

Chiusura degli uffici dal 16 al 20 agosto

INSEDIATI TUTTI GLI ORGANI STATUTARI ONAOSI: SERAFINO ZUCHELLI È IL NUOVO PRESIDENTE DELLA FONDAZIONE

L'Onaosi ha un nuovo Presidente, Serafino Zucchelli. Con l'insediamento di tutti gli organi statutari della Fondazione Onaosi, trova compimento la riforma dell'Ente sancita dal nuovo Statuto con il voto diretto di tutti i contribuenti che hanno voluto partecipare nella determinazione dell'organo di indirizzo di cui fanno parte anche i rappresentanti delle Federazioni Nazionali degli Ordini dei medici ed odontoiatri, dei farmacisti e dei veterinari. Senza soluzione di continuità la Fondazione può così proseguire nella sua funzione di assistenza. Dopo il passaggio di consegne tra il Presidente uscente Aristide Paci e il nuovo, espressione del nuovo Consiglio di Amministrazione eletto a larghissima maggioranza, ha avuto inizio la nuova consiliatura. Zucchelli e il suo vice Aldo Grasselli come primo atto incontreranno le organizzazioni sindacali dei dipendenti della Fondazione. La necessità di potenziare l'attività dell'ente e mettere in evidenza l'immagine presso i contribuenti rappresenta l'obiettivo di questa consiliatura e a tal fine mercoledì 25 maggio si è riunito il primo Consiglio di Amministrazione per impostare la realizzazione del programma di gestione.

La Fondazione con il nuovo sistema di rappresentanza garantisce a tutte le componenti delle categorie che intendano fattivamente sostenere l'Onaosi, spazi di coinvolgimento nello spirito solidaristico unitario che deve caratterizzare l'attività della Fondazione.

Il nuovo organigramma degli Organi statutari è il seguente:

PRESIDENTE

Serafino ZUCHELLI

VICE PRESIDENTE

Aldo GRASSELLI

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE:

Vincenzo CARPINO

Riccardo CASSI

Antonio CASTORINA

Giorgio CAVALLERO

Mauro MAZZONI

Vincenzo PAROLI

Umberto ROSSA

COMITATO DI INDIRIZZO:

Daniela ANZUINI

Anna BALDI

Giuseppe BALICE

Cristina BETTI

Maria Beatrice BILO'

Giovanni BRUNO

Rocco CIAMPOLI

Marco CHIARELLO

Annapaola CALLEGARO

Alfonso CIACCI

Graziano CONTI

Bruno CRISTIANO

Isabella DE FELICI

Zaccaria DI TARANTO

Roberta DI TURI

Giuseppe GARRAFFO

Antonietta GUALTIERI

Pietro LIGUORI

Antonietta MARANO

Patrizio MULAS

Marina Giuliana ONORATO

Aristide PACI

Fortunato PARISI

Gaetano PENOCCHIO

Giuseppe RICCIARDI

Michele Matteo RINALDI

Maurizio SILVESTRI

Ermanno SOLA

Mauro UCCI

COLLEGIO SINDACALE

Mario CARENA

Massimo BISTOCCHI

Massimo CORCIULO

Daniela DE VINCENZO

Oriana MALATESTA

*IL PRESIDENTE ONAOSI
f.to Serafino Zucchelli*



PREMIATI I VINCITORI DEL CONCORSO "SCOMMETTI CHE SMETTI?" Due le menzioni speciali attribuite dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena



A Natale Tanzella e Giovanni Loscalzo è andato il riconoscimento messo in palio dall'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena in occasione della sesta edizione del concorso a premi per diventare non fumatori promosso dall'Azienda USL e dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena.

In occasione della cerimonia svoltasi lo scorso 11 giugno, nel corso della quale i 28 vincitori di "Scommetti che smetti?" hanno ricevuto un premio assegnato a seguito di un'estrazione tra tutti i partecipanti al concorso che sono riusciti ad abbandonare le sigarette nel periodo compreso fra il 2 e il 29 maggio, due targhe con le menzioni speciali sono state consegnate dai Consiglieri Dott. Lodovico

Arginelli e Dott. Paolo Martone al Dott. Tanzella e al Dott. Loscalzo per l'importante contributo dato nella promozione tra i propri assistiti dell'iniziativa contro l'abitudine tabagica. Il concorso si inserisce tra le attività per la lotta al fumo realizzate nell'ambito del Programma territoriale "Comunicazione e promozione della salute" della provincia di Modena e nasce dalla volontà di ricorrere a strumenti e a linguaggi diversificati in grado di raggiungere in modo mirato un alto numero di destinatari e di avere un'elevata capacità di penetrazione nella comunità attraverso la collaborazione con tanti partner nel territorio e mediante l'utilizzo di una strategia partecipata, che coinvolge attivamente i cittadini secondo una modalità "ludica" (un concorso a premi).

Nella provincia di Modena, infatti, in linea con i dati nazionali, si stima che poco meno di una persona su tre sia classificabile come fumatore. Per il 12% degli iscritti "Scommetti che smetti?" ha rappresentato la prima occasione per tentare di abbandonare l'abitudine alla sigaretta. Nel 2011 il concorso ha coinvolto soprattutto fumatori tra i 36 e i 55 anni, ma ha avuto una forte eco anche tra i più giovani: ben il 39% degli iscritti ha un'età compresa tra i 18 e i 35 anni. Non sono state registrate significative differenze di genere nell'adesione all'iniziativa (le donne hanno partecipato in un numero lievemente superiore); circa il 70% degli iscritti ha dichiarato di fumare oltre 10 sigarette al giorno e quasi un partecipante su quattro ha fumato per più di 25 anni nella sua vita.



L'Associazione Medici Specializzandi di Modena (ASMO)

è l'unica realtà a livello locale che si occupa della tutela dei diritti dei medici in formazione specialistica dell'Università di Modena e Reggio E. con particolare attenzione al tema della formazione professionalizzante. Il direttivo di ASMO è costituito da: G. Romani (presidente), G. Licitra (vice-presidente), G. Brigante (segretario), M. D'Arienzo (tesoriere); G. Andreoli, M. Bello, E. Cigarini, S. Corradi, T. Di Maira, F. Fidanza, D. Santi, R. Zecchini (consiglieri).

NECESSITA' DEL QUESITO DIAGNOSTICO

In alcuni casi l'impegnativa per la richiesta di visite specialistiche non è corredata da un quesito diagnostico.

Diverse sono le criticità che tale situazione comporta per lo specialista.

Primo fra tutti l'impossibilità di ottemperare a quell'"obbligo di rispondere al quesito diagnostico" come da indicazione della Usl e dell'Ordine dei medici.

A questo si aggiunge la frequente attenuazione del sintomo patologico iniziale, considerando l'intervallo tra la richiesta e l'effettuazione della visita stessa.

Ultimo, ma non per importanza, l'aumento di consulenze a pazienti extracomunitari, spesso in difficoltà a spiegare la loro situazione patologica.

Tutto ciò, oltre a creare problemi per una buona pratica clinica, risulta in contrasto con quel "corretto rapporto fra colleghi" auspicato degli articoli 59, 60 del nostro Codice Deontologico.

M. Cinque

MODENESI PROTAGONISTI

Si sono svolti sui campi del "Tennis Mare Pineta" di Milano Marittima i 40° Campionati Italiani di Tennis per medici ed odontoiatri; successi modenesi con il Dott. Mario Caliandro nella categoria over 45 e nel doppio maschile open e del Dott. Francesco d'Agostino nella categoria over 50.

Con l'auspicio di una partecipazione sempre più numerosa di nostri atleti, vanno ai due nostri iscritti le congratulazioni da parte di tutto il Consiglio Direttivo e della Commissione Albo Odontoiatri.



FIOCCO ROSA

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 Matilde, alla mamma D.ssa Beatrice Dallari e al papà.

NOTE TRISTI

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

Al dott. Aldo Burani e alla famiglia per la scomparsa del padre.

Al dott. Caliandro Mario per la scomparsa del padre.

Al dott. Giovanni Battista Roncaglia per la scomparsa della moglie.