

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

ANNO LVII - n. 3 marzo 2008 - Pubbl. mensile e 1,00 - Tariffa R.O.C.: "Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.I. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Modena - Direz. e Amm.: Modena, p.le Boschetti, 8 - Tel. 059/247711 - Fax 059/247719 - E mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it www.ordinemedicimodena.it

N. 3 - MENSILE - Sped. A.P. - ANNO LVII - MARZO 2008

- E così sia... *(il presidente)*
- Il diritto alla remunerazione per i periodi di formazione specialistica negli anni dal 1983 al 1991. *(Avv. G. Fregni)*
- Grandi prematuri e aborti tardivi *(G.B. Cavazzuti)*
- Perché il paziente ci denuncia? Le cause psicologiche *(L. Casolari)*
- La nicotina tra vizio...virtù e business *(L. Lodi)*



MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

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



**SERVIZI
DI SOSTEGNO:**

SALTUARI

CONTINUATIVI

PART-TIME

**GIORNALIERI/
NOTTURNI**

24 ORE SU 24

**FINE
SETTIMANA**

**SERVIZI
DI ASSISTENZA
PERSONALIZZATA**

per.....

ANZIANI

MALATI

DISABILI



chiamateci

MODENASSISTENZA

059 / 221122

Via Ciro Menotti, 43 - Modena



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Stefano Reggiani

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Lodovico Arginelli | Dr. Marco Baraldi

| Dr. Luigi Bertani | Dr. Adriano Dallari |

D.ssa Azzurra Guerra | Dr. Giacinto

Loconte | Dr. Paolo Martone | Dr.

Michele Pantusa | Prof. Francesco Rivasi

| Dr. Francesco Sala | D.ssa Laura Scaltriti

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi | Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Roberto Olivi

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Carlo Curatola

Revisore dei conti supplente

D.ssa Marisa Zanini

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliendo

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli | Dr. Vincenzo

Malara | Prof. Mario Provvionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

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

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

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

Pantusa | Prof. F. Rivasi

Realizzazione Editoriale

Poligrafico Mucchi

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

Fotocomposizione & Grafica

Colorgraf - Via Baracchini, 12 - Vignola

Tel. 059/776576 - Fax 059/7702525

SOMMARIO

— EDITORIALE	4
— ATTIVITÀ DELL'ORDINE	5
— L'OPINIONE	6
— LETTERE ALLA REDAZIONE	8
— ENPAM	9
— DI PARTICOLARE INTERESSE	
Il diritto alla remunerazione per i periodi di formazione specialistica negli anni dal 1983 al 1991	10
Perché il paziente ci denuncia?	11
La nicotina tra vizio... virtù e business	14
— ONAOSI	17
— ARTE E DINTORNI	19
— TACCUINO	21

AVVISO AI COLLEGHI

ATTENZIONE ALLE CARTELLE ESATTORIALI !!! PAGAMENTO QUOTA DI ISCRIZIONE ANNO 2008

Per la riscossione della quota di iscrizione dell'anno 2008 è sorto un problema con il centro elaborazione dati di Bologna. Le cartelle sono state emesse erroneamente con il sistema del ruolo che prevede la riscossione coattiva e notifica tramite raccomandata a.r. con spese di notifica a carico del contribuente.

La convenzione che l'Ordine ha stipulato con Equitalia Servizi non prevede assolutamente la riscossione coattiva e l'applicazione delle spese di notifica a carico del contribuente, pertanto il sanitario dovrà pagare solamente la quota di iscrizione all'Ordine (€ 165,00 e per coloro che risultano iscritti contemporaneamente all'Albo dei Odontoiatri € 306,48).

La segreteria dell'Ordine, accortasi dell'errore, ha immediatamente contattato i competenti uffici ed è riuscita a bloccare la spedizione delle cartelle di competenza di Equitalia Nomos spa (Modena e Provincia) per le cartelle che sono state notificate dai concessionari di altre province, il Centro di Bologna provvederà al discarico.

Coloro che in questi giorni hanno ricevuto la cartella esattoriale sbagliata, notificata con raccomandata a.r. e solo per coloro che non sono residenti a Modena e provincia, non dovranno effettuare tale pagamento poiché la cartella è stata annullata. Se il sanitario ha già effettuato il pagamento l'Esattoria di competenza provvederà alla restituzione. Per le motivazioni di cui sopra la nuova cartella sarà emessa entro marzo e avrà scadenza 31/3 o 30/4. Al momento non siamo in grado di conoscere la data certa.

E COSÌ SIA...

Il governo Prodi è caduto e la situazione italiana, tanto per cambiare, è da definirsi quanto meno confusa. In questo non ci sarebbe nulla di nuovo, intendiamoci, se non fosse per il fatto che la crisi politica ha di fatto allontanato nel tempo la soluzione di alcuni problemi di assoluta rilevanza per i medici e per i cittadini. Tra questi è opportuno ricordare, a mò di esempio, la riforma della farmaceutica, l'aggiornamento dei LEA (i livelli essenziali di assistenza), i Fondi integrativi. Insomma, a pensarci bene, la struttura stessa di una sana organizzazione sanitaria. Naturalmente contratti e convenzioni del personale sanitario slittano silenziosamente verso mesi meno burrascosi, cioè non si sa quando. E mentre tutti disertano del diminuito potere d'acquisto di alcune categorie, a Roma ci si diletta a "far politica", incuranti del fatto che nel Paese cresce il malessere.

I medici, ovviamente, sono come tutti i cittadini italiani più o meno attenti all'andamento della politi-

ca, ma estremamente convinti di avere a che fare con una "merce" preziosa che è la salute delle persone. Molti politici sembrano non avere cognizione di questa peculiarità della nostra professione, che si svolge sempre con l'attenzione rivolta al bene fisico e psichico dei pazienti, cercando nel contempo di rispondere alle mutate esigenze di un Servizio Sanitario che stenta, senza un contestuale aumento delle risorse, a fornire prestazioni sempre più complesse e numerose. La sensibilità della professione nei confronti di temi come l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse è stata negli ultimi tempi di assoluto rilievo, ma non ci si può chiedere di essere noi gli attori di scelte che attengono alla politica, sia essa nazionale o regionale. Solo la condivisione di alcune di queste scelte tra tutte le figure mediche operanti in ospedale e sul territorio può rappresentare un buon viatico per la loro realizzazione, senza traumi e con la consapevolezza che l'obiettivo

vero resta la migliore qualità dell'assistenza sanitaria ai nostri pazienti.

Tra le cose rimaste nel cassetto del Ministero della Salute vi è poi il testamento biologico, o living will, o dichiarazioni anticipate di volontà. Comunque si chiamino sono lì, ben curate, ma restano lì, con buona pace di quanti, e noi siamo tra quelli, ne hanno discusso per favorire l'acquisizione di nuovi elementi utili a giungere ad una proposta legislativa il più possibile condivisa. Non se ne fa niente, è ovvio; i problemi più importanti sono altri, come ad esempio sbloccare i fondi per costruire nuovi inceneritori. Alla faccia di tutti coloro che si sono preoccupati, in Italia e nel mondo, di sottolineare alcuni aspetti non propriamente rassicuranti delle emissioni di questi impianti così redditizi per poche persone. Ma l'Italia è questa e bisogna pur viverci. Forse però, pensandoci bene, non ce la meritiamo...

*Il presidente
N.G. D'Autilia*



MOSSA VINCENTE!

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

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

www.bper.it

**Banca popolare
dell'Emilia Romagna**
GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

La banca per la famiglia



SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO LUNEDÌ 21 GENNAIO 2008

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

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

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

1. Approvazione verbali sedute di Consiglio del 19-11-2007 e 17-11-2007
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del Presidente;
4. Assemblea Ordinaria annuale (2 marzo 2008) e cerimonia del 50° e 60° di laurea;
5. Approvazione regolamento di pubblicità sanitaria (Pantusa);
6. Esposto dell'Ordine sull'inceneritore: stato dell'arte (D'Autilia);
7. Corso nazionale ECM e-learnig "Sicure" sul rischio clinico: costituzione del gruppo di lavoro e del referente;
8. Serata di aggiornamento sulla Privacy con la Guardia di Finanza il 20/2/2008;
9. Convegno nazionale FNOMCeO a Modena sul rischio clinico in Europa (15-16 maggio 2008);
10. Delibere di pubblicità sanitaria (Pantusa);
11. Delibere amministrative (Addamo);
12. Delibere del personale (Lo Monaco);
13. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione	n. iscrizione	
LUKACS	KINGA MARIA	6130

MIMMO	PATRIZIO	6131
SIMONI	MANUELA	6132

Iscrizione per trasferimento

MEREU	ANTONFRANCO	
	LUCA ALESSANDRO	6133
NICOLOSI	EMANUELE PAOLO	6134

Variazioni anagrafiche

Precedente anagrafica

COCCIA	CIRO PIO ROSARIO	2187
Codice fiscale CCCCP71R03D643S		

Nuova anagrafica

COCCIA	CIRO	2187
Codice fiscale CCCCRI71R03D643O		

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

LUKACS	KINGA MARIA	6130
--------	-------------	------

Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi Dl.vo 277/91

PATORNO	ELISABETTA	5779
---------	------------	------

Cancellazione

CAPURSO	PAOLO	4977
MORSELLI	ALESSANDRA	3542
VALERI	ANDREA	3310

ALBO ODONTOIATRI

Prima iscrizione	n. iscrizione	
CORNETI	LEONARDO	0703
CORRADI	SASHA	0704
COSTA	ALESSANDRO	0705
CUOGHI	ALBERTO	0706
DELLE DONNE	GIOVANNI	0707
DIAMBRI	CARLO	0708
GRILLENZONI	MARCELLO	0709
LUGLI	ALESSANDRO	0710
MASTRO ROSA	ANDREA	0711

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI MARTEDÌ 22 GENNAIO 2008

Il giorno martedì 22 gennaio 2008 - 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.

1. Approvazione verbali del 13-11-07 e del 12-12-07;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Valutazione procedimenti disciplinari in corso
4. Assemblea nazionale dei presidenti di Commissione Albo Odontoiatri e tariffario ANDI;
5. Opinamento parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali

GRANDI PREMATURI E ABORTI TARDIVI

Prof. Giovanni Battista Cavazzuti - Scienza e Vita Modena

Nelle ultime settimane il dibattito sui problemi etici della età neonatale (e in particolare delle nascite premature) si è esteso dagli "addetti ai lavori" al mondo della politica e dei mass media. È ben noto che uno degli effetti più spettacolari del progresso medico-scientifico e sociale dell'ultimo secolo è rappresentato dalla caduta della mortalità infantile nei paesi industrializzati dal 150-200 per mille a meno del 5 per mille attuale. Una quota non piccola di questo calo è quella relativa ai neonati, anche se nati prematuri. Cinquanta anni fa la mortalità dei prematuri di meno di un chilogrammo (di età gestazionale al di sotto di 29 settimane) era quasi totale: oggi è attorno al 20% dei casi.

Se ci riferiamo alle diverse età gestazionali, la mortalità dei soggetti che nascono tra le 32 e le 37 settimane è attualmente insignificante, di poco al di sopra di quella dei neonati a termine. Tra le 29 e le 31 settimane è del 5%, a 27-28 è del 10%, a 25-26 del 20%. Se ci spingiamo a età gestazionali ancora più basse, la mortalità arriva al 40% a 24 settimane, al 70% a 23, al 90% a 22. Queste ultime categorie di prematuri (il cui peso è pari o inferiore a 500 grammi) comprendono un numero molto limitato di neonati, ma comportano un notevole impegno assistenziale: personale esperto, presidi tecnologici sofisticati, degenze protratte per mesi, che solo pochi ospedali possono permettersi. Inoltre se la perizia dei neonatolo-

gi e le possibilità tecnologiche consentono di mantenere in vita neonati la cui sopravvivenza era fino a qualche anno fa inimmaginabile, non si è sempre in grado di garantire l'integrità neurologica di questi soggetti. Quanto più l'età gestazionale è bassa, maggiori sono le percentuali di danno cerebrale: fino al 50% dei sopravvissuti di 22-23 settimane.

Da queste premesse origina il dibattito etico che, per quanto di sua competenza, il Ministero della Salute ha ritenuto recentemente di concludere rendendo nota una "raccomandazione" elaborata da una commissione di esperti (della quale facevano parte anche diversi neonatologi) riguardante le caratteristiche e i limiti dell'assistenza da erogare ai prematuri di alto grado in rapporto alle rispettive età gestazionali. Secondo questo documento, ai prematuri che nascono tra 22 settimane e 22 settimane e 6 giorni "devono essere offerte solo le cure compassionevoli, salvo in quei casi eccezionali che mostrassero capacità vitali", ai prematuri tra le 23 e le 23 e 6 giorni una "adeguata assistenza che sarà proseguita solo se efficace", a quelli tra 24 e 24 e 6 giorni "il trattamento intensivo, proseguito in relazione alla sua efficacia". Dalle 25 settimane si riconosce che la possibilità di sopravvivenza è elevata, anche se dipendente dalle cure intensive. Per le età gestazionali più basse i genitori devono essere coinvolti nel processo decisionale.

Di fronte a questo documento,

già amplificato dalla stampa, si rimane quanto meno perplessi. Si tratta evidentemente di un compromesso (il Prof. Fabris, presidente della Società Italiana di Neonatologia, ha parlato di mediazione), sia perché sono stati usati termini ambigui, come "cure compassionevoli" e "assistenza adeguata" (mentre non si parla mai di rianimazione), sia perché le decisioni dovrebbero essere prese sulla base di categorie cronologiche prestabilite (di accertamento tutt'altro che sicuro in molti casi), anziché sulle valutazioni cliniche. Neonatologi che vivono quotidianamente le realtà delle sale parto, come i Proff. Rubaltelli, Bellieni e Mosca, hanno già contestato le "raccomandazioni". Tra l'altro hanno sottolineato che il coinvolgimento dei genitori nelle decisioni sul tipo di assistenza (dalle quali dipendono la sopravvivenza e l'integrità cerebrale del neonato) è pura utopia, in quanto queste decisioni (in particolare se effettuare o meno la rianimazione) devono essere prese nel giro di pochi secondi, mentre i genitori non sono sempre presenti e mai in grado di valutare la situazione. Lo stesso neonatologo spesso può non sapere, al momento della nascita del bambino, se questo potrà o non potrà sopravvivere. Se quaranta anni fa (quando iniziò la terapia intensiva neonatale) non si fosse proceduto a rianimare i neonati asfittici (prematuri compresi), la neonatologia non si sarebbe mai sviluppata e la mortalità dei neonati sarebbe restata

alle altissime percentuali sopra riportate. Negare o lasciare alla discrezione del neonatologo la rianimazione dei prematuri di 22-24 settimane, significa impedire di sopravvivere a quei neonati (anche se pochi) che avrebbero questa possibilità. E l'organizzazione sanitaria è tenuta a fare espletare questi parti prematuri negli ospedali attrezzati per le gravidanze a rischio e le cure intensive neonatali.

Vi è poi il problema dell'assistenza ai sopravvissuti che devono comunque essere immediatamente trasferiti in un reparto di terapia intensiva neonatale, ove si potrà stabilire, nel giro di poche ore o giorni, se la sopravvivenza sarà breve o durevole, essendo questo il criterio che può sconsigliare la cura futile (accanimento terapeutico) e incoraggiare il trattamento intensivo commisurato alla evoluzione del quadro clinico.

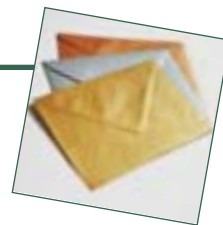
L'intera vicenda deve essere gestita da una efficiente collaborazione ostetrico-neonatologica. È significativo che in occasione della Giornata per la Vita (3 febbraio u.s.) si sia tenuto a Roma, in Campidoglio, un convegno sui "Margini di gestione ostetrica e risvolti neonatologici della prematurità estrema" condotto da neonatologi, ostetrici e bioeticisti. Per quanto riguarda l'iter ospedaliero, i neonatologi hanno ben chiaro il loro compito, che non può essere influenzato da previsioni prognostiche a lunga scadenza, sempre molto incerte se immaginate nel periodo neonatale. In altre parole, il rischio di disabilità a distanza, che sempre esiste per questi soggetti, non deve condizionare il programma terapeutico indispensabile per mantenere in vita

il bambino e spesso anche per limitare il possibile handicap. Il neonato ha lo stesso diritto alla vita che ha, ad esempio, il traumatizzato grave per il quale si presume una futura disabilità e che viene comunque doverosamente curato.

È certamente fondamentale condividere coi genitori queste impegnative e spesso drammatiche circostanze (anche se, come già detto, è difficile poterlo fare già in sala parto). Una puntuale corretta informazione e una affettuosa costante partecipazione da parte dei medici spesso si traduce in una convinta alleanza terapeutica, che deve continuare oltre la degenza del bambino, promuovendo le iniziative che, nell'ambito del sistema socio-sanitario, possono accompagnare la famiglia nella gestione di problemi anche non facili. Un altro dibattito, innescato dalla recente proposta di moratoria dell'aborto, ha fatto emergere l'opportunità di una normativa che non consenta di effettuare gli aborti tardivi (cosiddetti terapeutici) oltre la 21.a settimana di età gestazionale (e non fino alla 24.a come tuttora possibile). Già la legge 194 aveva stabilito il divieto della IVG se il feto ha possibilità di vita autonoma e che i feti abortiti che dimostrino segni di vitalità devono essere assistiti per assicurarne la sopravvivenza. Evidentemente ci si riferiva ai feti di età compresa tra 23 e 25 settimane, la cui possibilità di sopravvivere erano peraltro eccezionali trenta anni fa. Attualmente la sopravvivenza di questi prematuri è, come già detto, relativamente elevata. In alcuni ospedali si è riusciti a mantenere in vita alcuni feti abortiti. Il numero di que-

sti sarebbe probabilmente maggiore se agli aborti tardivi fosse sempre presente un neonatologo e il fatto che ciò talora non si verifici (col risultato di provocare il decesso del feto) ha suscitato recentemente polemiche ben note. È certo comunque che la maggior parte dei neonatologi ritiene che a questi feti (in realtà neonati) debbano essere garantite le stesse cure che vengono erogate ai prematuri della stessa età gestazionale. Per il Policlinico di Modena esiste fin dal 1999 una prescrizione della Direzione Sanitaria in tal senso.

A questo punto appare chiaro che il problema va affrontato anche a monte. Se molte gravidanze vengono interrotte dando luogo a feti che, adeguatamente assistiti, possono sopravvivere, non ha più senso chiedere di abortire a questi livelli di età gestazionale. Ciò equivarrebbe a chiedere l'eutanasia passiva di neonati. In questa ottica, in alcuni grandi ospedali (come a Torino e a Milano), per accordi tra ostetrici e neonatologi, non si eseguono più IVG a partire dalla 22.a settimana già da alcuni anni. Il che è stato formalizzato recentemente da un provvedimento valido per tutta la Regione Lombardia, contestato da alcune forze politiche, ma approvato dalla generalità dei neonatologi. Parrebbe opportuno che il Ministero della Salute, anziché dichiarare di sentirsi scavalcato, provvedesse ad estendere a livello nazionale quanto già lodevolmente si fa in Lombardia. Altrettanto opportuno sarebbe che le aziende ospedaliere del nostro territorio e il nostro Comitato Etico scoraggiassero già da ora l'esecuzione di aborti tardivi.



*Lettera al direttore del bollettino dell'ordine
dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Modena*

Caro direttore,

ad una tua precedente "chiosa" comparsa sul BOLLETTINO dell'ORDINE del 2007, "APPUNTI DI VIAGGIO", che sottolineava che in "Italia si può morire travolti sulle strisce pedonali", ha fatto seguito la nostra notifica relativa alla difficile situazione di attraversamento pedonale di via DEL POZZO, specialmente a livello dell'accesso al POLIAMBULATORIO del POLICLINICO.

Oramai è noto che in Italia le strade e le autostrade sono il sito più pericoloso, con più di 6000 DECESSI per anno. Sotto i 30 anni gli incidenti stradali sono la prima causa di morte prematura, con conseguenze maggiori per i PEDONI e i CICLISTI, rispettivamente 703 e 317 e con 19.000 FERITI nel 2006. Al riguardo il Consiglio dell'UNIONE EUROPEA ha imposto al nostro Paese di ridurre del 50% le VITTIME DELLE STRADE e delle AUTOSTRADE. Pertanto non possiamo più solo stare a guardare e a registrare morti premature ed evitabili.

Tuttavia, nonostante le ripetute istanze di provvedimenti, fatte proprie anche dall'Assemblea e dal Consiglio della Circostrazione di via del POZZO, rivolte alle competenti Autorità Comunali

di Modena, niente è cambiato, anzi qualcosa è cambiato, ma IN PEGGIO. Il flusso e la velocità incontrollata dei veicoli sono in aumento e continuano a mettere il panico e a terrorizzare le persone che devono attraversare i PEDONALI di VIA DEL POZZO in assenza di adeguate PROTEZIONI. Ma c'è di più. Anche gli attraversamenti pedonali all'interno della viabilità del Policlinico sono resi insicuri e non protetti (scarsamente illuminati al calare del giorno) non solo a causa della velocità degli automezzi circolanti, ma anche per la velocità con cui transita, senza cautele, l'AUTOBUS di linea n°7, che prima si arrestava fuori del Policlinico.

Inoltre è sconcertante il fatto che nessuno si preoccupi delle tonnellate dei gas di scarico e delle nanopolveri che giornalmente vengono scaricate all'interno della STRUTTURA abilitata a dare la SALUTE AI CITTADINI. Nessuna CENTRALINA di sorveglianza registra i livelli e la natura di questi TOSSICI atmosferici all'interno del Policlinico, nonostante la loro pericolosità sia oramai documentata. Comunque un bell'esempio di ragionevole civiltà e rispetto è stato attuato dal Comune di VIGNOLA. Infatti prima del tratto

stradale di accesso centrale dell'Ospedale da tempo è stato installato un semaforo limitatore di velocità regolato a 50 Km orari, come prescritto dalle norme vigenti del codice stradale urbano. Basterebbe ridurre a norma di codice stradale urbano la velocità di transito dei mezzi veicolari per ridurre il panico e molte morti evitabili.

Affinché le ragioni menzionate possano avere il sostegno di quanti condividono responsabilmente le preoccupazioni espresse, pensiamo sia utile rammentare il dettato dell'articolo 5 del NUOVO CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA "Educazione alla Salute e Rapporti con l'Ambiente". Questo articolo recita che *"il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini"*. Ne deriva che oggi dobbiamo riconoscere che, non solo la MEDICINA evolve e cambia in virtù di nuove conoscenze, ma la PROFESSIONE DEL MEDICO si ispira sempre di più ai principi della solidarietà e dell'impegno civile verso la Collettività.

Ti ringraziamo per la cortese ospitalità.

R. Lodi - F. Rivasi

SPECIALIZZANDI

I contributi previdenziali vanno versati alla gestione separata dell'INPS con aliquota ridotta

La Finanziaria 2006 prevede per gli specializzandi l'applicazione dell'articolo 2, comma 26, della legge 335/1995: l'iscrizione a un'apposita gestione separata dell'INPS, come lavoratori autonomi.

A decorrere dall'Anno Accademico 2006/2007 è stato trasformato il contratto da borsa di

studio a contratto di formazione lavoro.

Con il messaggio n. 29642 del 7 dicembre 2007, l'INPS ha precisato: *"i medici chirurghi, essendo già iscritti obbligatoriamente al Fondo di Previdenza Generale dell'ENPAM, che frequentano le scuole di specializzazione presso le Università, i contributi*

dovranno essere calcolati con aliquota ridotta, come è previsto per i soggetti aventi altra tutela previdenziale".

La nuova normativa prevede una contribuzione alla gestione speciale INPS (10% per novembre e dicembre 2006, 16% per l'anno 2007 e 17% per l'anno 2008).

NUOVE NORME MATERNITÀ

Specializzandi in formazione: dal 1° novembre 2006 agli specializzandi in formazione, l'assenza per maternità è regolata ai sensi del Dlgs 151/2001, come peraltro previsto dal c. 3, dell'art. 40, del Dlgs 368/1999", pertanto, dall'anno accademico 2006-2007 (a partire dal 1 novembre

2006) non hanno diritto all'indennità ENPAM. È comunque riconosciuto, dall'Università, il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro, nelle forme previste, dal (D.L.vo 151/2001)

Nel caso in cui l'astensione obbligatoria, è coperta parzialmente dalla maternità riconosciuta

dall'Università, (inizio o fine della specialità nel periodo dei due mesi antecedenti e tre mesi successivi il parto) il restante periodo di maternità è posto a carico dell'ENPAM con l'erogazione dell'indennità prevista dall'art. 70 Dlgs 151/2001.

L'ENPAM FA PROPRIO IL D.LGS 231/2001 E VARA IL CODICE ETICO

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ENPAM nella seduta del 18 gennaio 2008 ha approvato i risultati del "Progetto 231", finalizzato alla definizione del modello organizzativo e del sistema di controllo coerenti con quanto indicato dal D. Lgs 231/2001.

L'approvazione avviene in un momento generale particolarmente delicato e nel quale l'adeguamento al Decreto legislativo 231 del 2001, relativo al-

la responsabilità di Enti e società, è sempre più attuale.

L'ENPAM, sotto la presidenza dell'On. Prof. Eolo Parodi, è il primo Ente di previdenza ad aver completato questo importante processo attraverso l'approvazione non solo del proprio Codice Etico, che regola il complesso dei diritti, doveri e responsabilità che l'Ente assume espressamente nei confronti dei vari interlocutori, ma anche del Modello Organizzativo e dello

Statuto dell'Organismo di Vigilanza.

È evidente che si tratta di una tappa significativa nel percorso intrapreso dall'ENPAM al fine di migliorare il sistema di governance e di controllo interno, a tutela degli iscritti attuali e nell'interesse delle generazioni future, in linea con l'evoluzione non solo della normativa in vigore, ma anche con gli orientamenti della società moderna.



IL DIRITTO ALLA REMUNERAZIONE PER I PERIODI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA NEGLI ANNI DAL 1983 AL 1991

All'Ordine dei Medici di Modena ed allo scrivente avvocato pervengono assai di frequente, da parte di medici che hanno frequentato la scuola di specializzazione nel corso degli anni dal 1983 al 1991, richieste di pareri relativi alla opportunità di agire in giudizio per la corresponsione della "borsa di studio", cioè della retribuzione per i periodi di formazione specialistica. Poiché giungono voci di enti ben organizzati che sollecitano insistentemente ad intraprendere la strada del contenzioso, penso sia utile fornire qualche indicazione oggettiva in ordine agli orientamenti giurisprudenziali sin qui maturati circa la questione in esame. Per chi non avesse il tempo di leggere quanto segue, anticipiamo subito la conclusione: il diritto alla remunerazione esiste, ma si è prescritto (cioè si è estinto) quanto meno nel 1996, per cui, se non si è richiesto per iscritto il pagamento prima di quell'anno, è meglio non avventurarsi in costosi processi. Ma andiamo con ordine. La giurisprudenza ha affrontato in varie occasioni la questione in esame. Da ultimo, la Corte di Cassazione a Sezioni Unite è tornata ad occuparsi dell'argomento con serie numerosa di sentenze, tutte del 12/12/2007 (numeri dal 25957 al 26006), ove si ricorda:

- che il D.Lgs. n. 257/1991 ha recepito le dette direttive escludendo dal nuovo ordinamento i medici ammessi ai corsi di specializzazione prima dell'anno accademico 1991/92;

- che, secondo la Corte di Giustizia della Comunità Europea (sentenze 25/2/1999 in causa C-131/97 e 2/10/2000 in causa C-371/97), dalle direttive del Consiglio 75/362/CEE, 75/363/CEE e 82/76/CEE derivava l'obbligo di retribuire la formazione del medico specializzando.

In particolare, nella sentenza Carbonari del 25/2/1999, la Corte di Lussemburgo ha indicato, quali modalità di adempimento di detto obbligo retributivo, l'applicazione retroattiva delle norme nazionali di trasposizione (quindi il D.Lgs. n. 257/1991), attraverso una loro interpretazione conforme alle direttive, oppure, ove tale applicazione non fosse stata possibile, attraverso il risarcimento del danno da mancato adempimento, da parte dello Stato membro, degli obblighi derivanti dall'adesione al Trattato CE. Il diritto ad una retribuzione adeguata per i periodi di formazione specialistica, dunque, esiste.

Esiste, però, anche il problema della prescrizione. Che cos'è la prescrizione? È un effetto che il decorso del tempo, unitamente alla inerzia del titolare, può produrre sui diritti, determinandone l'estinzione. L'art. 2934 c.c. prevede che ogni diritto si estingue per prescrizione, quando il titolare non lo esercita per il tempo determinato dalla legge. In quanto tempo si prescrive il diritto in questione (ad una retribuzione adeguata per i periodi di formazione specialistica)? La giurisprudenza

ha affermato che, in mancanza di atti interruttivi (cioè in mancanza di specifiche richieste scritte di pagamento, intervenute prima della maturazione della prescrizione), il diritto de quo si prescrive con il decorso di cinque anni, a partire dall'epoca in cui esso avrebbe dovuto essere fatto valere. A partire da quale momento il diritto in questione avrebbe dovuto essere esercitato? La risposta è: dalla data di maturazione del diritto alla remunerazione, che a sua volta è sorta alla conclusione di ciascun anno accademico di frequenza del corso di specializzazione o, al più tardi, dalla data in cui tale diritto è stato sostanzialmente negato, ossia dall'entrata in vigore del D.lgs. 257/1991, che applicò in maniera non corretta ed incompleta i principi della direttiva CE 82/76 con decorrenza solo dall'anno accademico 1991/1992. La richiamata sentenza della Corte di Giustizia ha, infatti, riconosciuto che l'obbligo imposto dalla direttiva agli Stati membri fosse "incondizionato" e "sufficientemente preciso". Dal riconoscimento del carattere incondizionato e sufficientemente preciso della direttiva deriva che i medici specializzandi potevano chiedere sin dalla costituzione del rapporto la corresponsione di un'adeguata retribuzione alle Università.

Pertanto sin dal momento dell'iscrizione alle scuole di specializzazione i medici potevano agire in giudizio per ottenere un'adeguata remunerazione.

In questo senso si rinvencono numerosissime decisioni, tra le quali T.A.R. Lazio, sez. III, 2 maggio 2002, n. 3824; Tribunale di Bologna, sez. II, 17 aprile 2007, n. 784; Tribunale di Bari, sez. I, 7 febbraio 2007, n. 330; Consiglio Stato, sez. VI, 4 ottobre 2006, n. 5893; Trib. Bologna Sez. II, 19 luglio 2006; Tribunale di Bari, Sez. I, 1 aprile 2006; Tribunale di Palermo, 2 febbraio 2006, sez. I; Tribunale di Genova, Sez. II, 28 novembre 2005; Tribunale di Roma, sez. II, 14 giugno 2004; Tribunale di Palermo, 24 marzo 2004; Consiglio di Stato, sez. VI, 9 febbraio 2004, n. 445). Il Tribunale di Milano (sez. I,

sentenza 21 febbraio 2006, n. 2232), in particolare, ha avuto occasione di respingere la tesi secondo cui la prescrizione decorrebbe solo dal momento della sentenza della Corte di Giustizia Ce del 25 febbraio 1999.

Nello stesso senso si è pronunciata la Corte di Appello di Napoli (Sez. I, 23-11-2007), secondo cui è da escludere che il diritto alla retribuzione o al risarcimento sia sorto solo a seguito delle sentenze della Corte di Giustizia 25 febbraio 1999 e 3 ottobre 2000, non avendo tali pronunce alcuna funzione costitutiva del diritto. Anche secondo la detta Corte di Appello

di Napoli, il termine prescrizione è decorso dalla fine di ciascun anno accademico.

Alla luce di quanto sopra, ciascuno dei medici interessati, che abbia frequentato la scuola di specializzazione nel corso degli anni dal 1983 al 1991, potrà facilmente verificare se il proprio diritto si sia prescritto oppure no.

Ribadiamo che, nella migliore delle ipotesi, il diritto si è prescritto (cioè si è estinto) nel 1996, se non si è richiesto, per iscritto, il pagamento prima di quell'anno.

Avv. Giorgio Fregni

PERCHÉ IL PAZIENTE CI DENUNCIA? LE CAUSE PSICOLOGICHE

Nell'arco del 2006 le crude statistiche parlano di circa 15.000 denunce verso la classe medica. Visto che i medici attivi in Italia sono approssimativamente 300.000 la percentuale dei denunciati sarebbe del 5% all'anno. In una proiezione statistica, quindi, ogni 20 anni il 100% dei medici riceverà una denuncia. Visto che mediamente un giovane medico lavorerà 40 anni possiamo estrapolare che ha la probabilità, al ritmo attuale delle denunce, di subire due procedimenti.

Quali sono le cause delle denunce?

Accanto ad alcune ragioni non psicologiche (l'errore evidente, il desiderio di risarcimento, la moda dei mezzi di comunicazioni di ricercare sempre e comunque, anche se pretestuosamente, un colpevole, un mutamento culturale, la pleora degli avvocati, etc)

si trovano delle cause psicologiche che sfociano in un conflitto emotivo fra il medico e il paziente.

Proviamo ad analizzare queste ultime ragioni soffermandoci in particolare sui possibili errori psicologici che il medico può mettere in atto.

Relazione di idealizzazione.

Il paziente, se la sofferenza che sta vivendo è grave e appare lo spauracchio della morte, spesso attua un'idealizzazione del medico. Ai suoi occhi il sanitario diviene una sorta di semidio cui aggrapparsi. Questa intensa reazione motiva, che noi psicoterapeuti denominiamo "transfert", crea nel medico una controreazione (controtransfert) in cui si sentirà di voler fare il possibile e a volte anche l'impossibile per quel paziente. Questo è il punto fondamentale in quanto noi medici possia-

mo provare una spinta intensa a corrispondere alle aspettative miracolistiche del paziente. Siamo condotti a perdere la consapevolezza di recitare nella relazione la parte del semidio, rischiando di sentirci dei semidei. In questa situazione emotiva siamo portati a perdere di vista le normali regole di prudenza. Invece di richiedere il parere di un collega o di attuare ulteriori indagini o esami ci fidiamo del nostro giudizio e tentiamo terapie eroiche per salvare il nostro paziente.

Relazione di distacco.

Se il paziente è guarito, migliorato o si è determinata la cronicizzazione dei sintomi spesso compare il bisogno da parte sua di allontanarsi emotivamente dal medico. Nella fase più intensa del malessere il paziente si è sentito come un bambino impaurito e ha idealizzato il medico affidandosi a lui.

Ora si vergogna, inconsapevolmente, di quello che ha provato detto o fatto. Si è umiliato di fronte al medico, forse ha pianto e richiesto il suo aiuto. Ora ha bisogno di ricostruire l'immagine di sé. Comincerà a prendere le distanze, a non farsi più vedere. Spesso con altri parlerà della diagnosi del medico mettendola in discussione. Era veramente così grave la situazione? Era necessario sottoporsi a tutte quelle terapie? Il transfert di distacco può provocare nel medico un controtransfert di rabbia. Noi medici abbiamo la sensazione che i pazienti siano degli ingrati. Abbiamo fatto tanto per loro ed ora mettono in discussione il nostro operato e ci snobbano. Corriamo il rischio di maltrattare i pazienti e prendere in scarsa considerazione eventuali loro nuove lamentele. La sottovalutazione è il rischio più grande di questa fase emotiva. Proprio perché il paziente ci ha deluso e lo riteniamo un ingrato possiamo considerare in modo superficiale i suoi sintomi, senza averne una piena consapevolezza. Ci esponiamo al rischio di fare gravi errori.

Relazione denigratoria.

Se qualcosa va male e il paziente peggiora o muore può apparire, proprio in coloro che prima ci avevano idealizzato, una reazione contraria di demonizzazione. Ma come? Se quel medico è un semidio perché non ha guarito? Allora è un impostore o un demonio! Il medico di fronte al transfert denigratorio del paziente o dei familiari invece di comprendere e accettare questa normale emozione può avere un controtransfert aggressivo. Come si permette di mettere in discussione la mia professionalità? Ho fatto tutto il pos-

sibile e forse anche l'impossibile: non posso accettare che si metta in discussione il mio operato! Questo evidente errore ci impedisce di comprendere la normalità dell'emozione del paziente o dei suoi familiari per portarci a una reazione a corto raggio amplificando il contrasto e radicalizzando il conflitto in una sorta di "escalation emotiva". Si può giungere in questo contesto a un conflitto emotivo insanabile che dovrà essere sciolto da un giudice.

Relazione di affetto.

Questa è la relazione auspicabile fra medico e paziente. Solitamente si instaura dopo aver superato indenni le fasi di idealizzazione e di distacco emotivo. Richiede una certa continuità di rapporto e cure, per cui è spesso presente nella relazione col medico di medicina generale. Finalmente il paziente capisce che il medico non è né un semidio né un demonio. È una persona culturalmente preparata con cui poter collaborare per migliorare la propria salute. Una certa intimità e affettuosità permetterà di lasciarsi andare con lui, sentirlo vicino e partecipe alle nostre sofferenze. Solitamente questa relazione transferale affettiva genera in noi medici una reazione altrettanto positiva per cui riusciremo più facilmente ad essere empatici, capaci di capire i malesseri del paziente e predisporre le migliori terapie. In questo tipo di relazione non corriamo solitamente rischi in quanto non siamo soggiogati dalle emozioni. Nella peggiore delle ipotesi possiamo tendere ad edulcorare la realtà. Visto che ci sentiamo legati affettivamente abbiamo difficoltà a comunicare le diagnosi infauste o tardiamo nell'indirizzare il pazien-

te verso terapie che sappiamo avere gravi effetti collaterali.

Relazione di consulenza.

Se la sofferenza del paziente è di grado lieve e non viene messa in gioco l'idea della sopravvivenza a volte il medico viene vissuto come un consulente a cui il paziente si rivolge per richiedere un aiuto. Alla fine del consulto il paziente e i suoi familiari valuteranno, in base alle informazioni ricevute, alle conoscenze pregresse, alle letture tratte da libri e da internet se attuare la terapia, consultare un altro medico o fare di testa propria.

In questo tipo di relazione il paziente esprime ammirazione verso le conoscenze del medico, alternandola a scetticismo. La relazione transferale di freddezza e di valutazione sul nostro operato tende ad indurre una reazione controtransferale di irritazione. Ci sentiamo blanditi, ma allo stesso tempo giudicati. Capiamo che il paziente non si fida completamente del nostro giudizio, pone in discussione continuamente le prescrizioni o i consigli che gli forniamo. In questo tipo di relazione non vi sono grossi rischi di attuare errori psicologici. La situazione peggiore si può determinare quando il paziente pare "rifiutarsi di guarire". Noi abbiamo attuato le nostre terapie nel migliore dei modi, ma lui è ancora scettico sul loro esito, dubbioso se proseguire le cure, perplesso sulla rilevanza del risultato. L'irritazione che può montare in noi medici diviene una cattiva consigliera inducendoci a sperimentare terapie innovative (per stupire il paziente scettico) o a sottovalutare alcuni sintomi (visto che la sua petulanza ci porta a pensare che siano fittizi).

Il pollo di Trilussa.

Dalla descrizione delle fasi emotive che possono caratterizzare il rapporto medico paziente emerge l'esigenza che il medico sia consapevole delle emozioni che si possono determinare.

Comprendere il transfert del paziente permette di meglio calibrare le proprie reazioni controtransferali senza rimanerne soggiogati. I termini transfert e controtransfert potranno apparire azardati in quanto peculiari di una situazione psicoterapeutica; in questo scritto vengono usati in modo estensivo per definire le emozioni inconsce del paziente e del medico. Proprio perché inconsce, quindi nascoste al vaglio di una valutazione razionale, sono difficili da fronteggiare.

Il problema è che ognuno di noi, automaticamente, tende a scotomizzare il possibile contenzioso col paziente trincerandosi dietro l'indeterminatezza della statistica. Forse il numero delle denunce diminuirà? Forse a noi, come nell'esempio del pollo di Trilussa non capiterà di subire un'accusa? Questo atteggiamento mentale porta il medico a non porsi il problema della relazione emotiva col paziente e a reagire in modo "spontaneo".

La necessità di essere professio-

nali oltre che nella diagnosi e nella terapia anche nella gestione emotiva della relazione è invece fondamentale.

L'insegnamento del Dr. House.

La fortunata serie televisiva ci può fornire alcuni suggerimenti. Il primo insegnamento riguarda l'importanza dell'aspetto emotivo. House appare sempre irritato a causa della sofferenza alla gamba e, soprattutto, per la sua enorme solitudine esistenziale. Concentrato su sé stesso tratta con distacco e apparente freddezza quasi tutti i pazienti. In questo modo riesce ad essere così bravo nella formulazione diagnostica. I suoi assistenti, più umani e coinvolti, non riescono ad eguagliarlo nella perspicacia perché non sono dei freddi computer. Noi non vogliamo essere disumanizzati come House, ci sentiamo più simili ai suoi assistenti, accettiamo il coinvolgimento, viviamo le emozioni col nostro paziente. Proprio per questo dobbiamo acquisire una professionalità nella gestione della relazione emotiva.

Il secondo insegnamento, a mio avviso, fondamentale è quello del gruppo di lavoro. I medici del filmato fanno gruppo, discutono ogni caso, formulano ipotesi, accettano di essere contraddetti,

sono tutti sullo stesso piano nella discussione diagnostica. House ha quasi sempre l'ultima parola non perché è il capo ma perché è quello più perspicace e esperto. Il lavoro di gruppo dovrebbe essere la regola nell'attività diagnostica e terapeutica. Non ci occupiamo di matematica per cui non sempre due più due porta al risultato quattro. Dobbiamo accettare l'indeterminatezza del nostro lavoro. La necessità di confronto e discussione coi colleghi senza sentirci per questo sminuiti. Dovrebbe finire il tempo del medico solo di fronte al paziente e del primario che ha sempre la soluzione. Soprattutto nei confronti dei casi difficili trovare il tempo per parlarne con altri, meno implicati emotivamente, è un'esigenza sempre più ineludibile. Balint coi suoi gruppi di discussione ci ha fornito un canovaccio cui fare riferimento. Si tratta di gruppi di discussione su casi clinici che focalizzano l'attenzione sulle dinamiche emotive emergenti nella relazione medico paziente. Scopo del lavoro in gruppo è quello di acquisire, accanto alla nostra competenza tecnica, anche la competenza emotiva necessaria a gestire la relazione coi pazienti.

L. Casolari

Medico psicoterapeuta



**POLIGRAFICO
MUCCHI**

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



LA NICOTINA TRA VIZIO...VIRTÙ E BUSINESS

Da quasi un secolo è noto che la nicotina è l'alcaloide contenuto nelle foglie del tabacco (*Nicotiana Tabacum*), dalle quali si può estrarre sotto forma di liquido incolore. In diverse piante la nicotina viene sintetizzata come fattore di difesa contro gli insetti predatori. Poiché è un potente veleno neuronale la nicotina viene impiegata nella composizione degli insetticidi per i siti coltivati a vegetali. In quantità minori, rispetto al tabacco, la nicotina è presente anche in altre solenacee come i pomodori, le patate, i peperoni e le melanzane. Si tratta di una famiglia numerosa, composta da una sessantina di specie. Il contenuto di nicotina nel tabacco varia dall'1 all'8%. La percentuale è più elevata nei tabacchi più comuni nei confronti di quelli di maggiore pregio. Nel 1828 due chimici, Reimann e Posselt, isolarono la nicotina dalle foglie del tabacco, mentre la configurazione chimica della struttura fu messa a punto nel 1843 da Pinner: C₁₀H₁₄N₂ - 1 metil 2 (3piridil) pirrolidina (Fig 1 e 2).

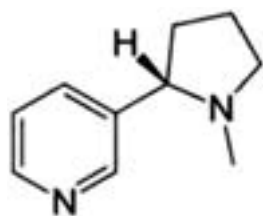


Fig.1: struttura bidimensionale della nicotina.



Fig.2: struttura tridimensionale della nicotina.

La molecola della nicotina è di tipo chirale. Infatti è una base biterziaria levogira, mentre i suoi sali sono destrogiri. La nicotina in buona parte viene consumata durante la combustione del tabacco, la quota respirata transita rapidamente nel circolo sistemico, attraversa la barriera emato-encefalica e raggiunge il cervello, compreso quello del feto durante la gravidanza, in 5-6 secondi. A dosi minimali possiede un effetto di stimolo sul recettore nicotico per l'acetilcolina (nAChR), accentuandone l'attività con maggiore produzione di catecolamine e di adrenalina. In considerazione della sua compartecipazione in funzioni fisiologiche fondamentali, diventa intuitivo l'attuale crescente interesse a correlare il recettore nicotico alle neuropatologie e alle miopatie dell'uomo. Inoltre la nicotina incrementa i livelli di dopamina nei circuiti cerebrali addetti alla ricompensa, definiti con minore esattezza del piacere, inibendo la MAO, il che rende ragione del meccanismo della induzione a ripetere l'assunzione e quindi della dipendenza e delle crisi di astinenza, analogamente a quanto si verifica per la cocaina, l'eroina, l'alcol, gli allucinogeni.

A dosaggi elevati la nicotina esprime una forte tossicità bloccando i recettori dell'acetilcolina, il che spiega l'effetto insetticida. Nell'uomo, a dosaggi maggiori di quelli contenuti nel fumo di sigaretta, la nicotina può causare depressione, nausea vomito e forte malessere: 60 mg, assunti per via orale, possono essere sufficienti per bloccare i

centri del respiro e l'attività respiratoria, portando rapidamente a morte.

In buona sostanza la storia della nicotina ha un nome e un cognome, che si riferiscono al Signor Jean Nicot, ambasciatore francese accreditato presso la corte del Portogallo. Questi era un appassionato botanico che nel 1549 spedì i semi della pianta ornamentale del tabacco dalla reggia portoghese a quella di Parigi. In Francia la pianta ebbe tanta diffusione e successo che i francesi la chiamarono "l'erba della regina" per le grandi virtù magiche e medicamentose che le venivano attribuite, perfino nella cura dell'asma. Nel frattempo il Signor Nicot è passato definitivamente alla storia, visto che i chimici hanno denominato "nicotina" la sostanza della tossicodipendenza. In quanto a Cristoforo Colombo e alla pianta del tabacco, oggi sono sorte incertezze circa la scoperta del nuovo mondo. Prima di Colombo sembra fosse già noto al Gran Khan, come lo documentano certe carte geografiche autentiche della fine del 1300 e dell'inizio del 1400. Inoltre forse ne erano già a conoscenza i Sumeri e gli Assiri. Quindi probabilmente Colombo sapeva dove stava dirigendo la navigazione delle Caravelle. A quei tempi la Cina aveva già instaurato scambi commerciali via mare con i paesi musulmani, con l'Africa Orientale e forse con l'America Centrale. La coltivazione del tabacco ha radici molto lontane. Da diversi reperti archeologici venuti alla luce in Perù e in Messico si evince che la pianta

del tabacco fosse già coltivata e utilizzata intorno agli anni 4000 a.C. Qualcosa del genere ha fatto pensare una manciata di semi trovati nel sarcofago di un grande faraone dell'epoca della 18° dinastia, Tutankhamon, morto a 19 anni dopo 10 anni di regno dell'Egitto. Oggi tra i maggiori produttori di tabacco vengono annoverati: la Cina con circa 4 milioni di tonnellate per anno, l'India ed il Brasile, rispettivamente con oltre 700 mila tonnellate per anno; seguono gli Stati Uniti e molti altri paesi in tutto il mondo. In Europa l'Italia è il maggiore produttore con oltre 150 mila tonnellate per anno, che in parte vengono esportate. In compenso importiamo un quantitativo di sigarette corrispondente circa al 40% del venduto in un anno.

Dalle stime odierne dell'OMS risulta che i fumatori attivi sul pianeta sono quasi due miliardi, con prevalenza nei paesi in via di sviluppo. Sempre dalle risultanze dell'OMS viene confermato che il consumo del tabacco sul pianeta è in aumento e che contemporaneamente rappresenta il Killer di circa 6 milioni di persone per anno, di cui circa 90.000 in Italia, come risulta dalle stime dell'ISTAT. Ma il trend di mortalità è in crescita e se non verranno adottati provvedimenti riduttivi, le proiezioni future prevedono, dopo il 2015, oltre 10 milioni di decessi per anno per malattie correlate al fumo di tabacco e ai tossici atmosferici. Il contingente dei profitti che ruota intorno alla produzione e ai consumi del tabacco nel mondo oggi è incalcolabile e supera l'ordine di migliaia di miliardi di dollari. In Italia la spesa per l'acquisto delle sigarette supera di gran lunga quella del caffè. Con le sigarette fumate in un giorno in tutto il

pianeta, messe in fila, si farebbe un percorso lineare di 20 volte più lungo dell'equatore. Nei secoli passati la storia ci tramanda che si sono alternati tempi di duro proibizionismo con tempi di grande permissivismo nei riguardi del consumo del tabacco. In Inghilterra già nel 1604 Giacomo I Stuart non ne volle sapere e condannò senza mezze misure "l'abominevole vizio del fumo", sentenziando che era di origine diabolica. Mentre in Francia Re Luigi XIII non esitò a favorire l'uso del tabacco in tutto il regno. Ma ci fu un tempo in cui, in altri Paesi, vennero applicate misure antifumo drammatiche: in Cina e in Turchia i fumatori scoperti pubblicamente venivano condannati a morte, in Russia venivano sottoposti al taglio del naso ed in Indonesia al taglio del labbro. In Italia il tabacco sembra sia stato introdotto dal Cardinale Tornabuoni. Le comunità religiose, specialmente i conventuali, ne apprezzarono subito le pregevoli virtù. Ma ben presto la Santa Sede, allarmata per lo strano passatempo del fumo, bollò l'uso del tabacco fino a giungere alla scomunica per i disubbidienti. Invece il Cardinale Richelieu, senza tanti ripensamenti, ne fece una fonte di entrate per lo Stato, tassando di santa ragione l'uso del tabacco. Ma Re Luigi XIV, con un colpo di genio e con grande lungimiranza, mise in atto il monopolio di Stato del tabacco, che cominciò a rendere diversi milioni di franchi per anno.

Da quell'epoca i tempi sono cambiati, come sono cambiate le conoscenze, ma gli uomini e le donne hanno continuato a fumare sempre di più ed il business del tabacco si è progressivamente potenziato. E' noto a tutti che la nicotina rappre-

senta solamente una delle migliaia di sostanze derivate della combustione del tabacco. Aldeidi, chetoni, radicali liberi, radon, monossido di carbonio, metalli come cadmio, cromo e nichel, antiparassitari, idrocarburi policiclici e benzopirene fanno del fumo un potente stimolo infiammatorio e un induttore di neoplasie.

Oggi la nicotina è venuta alla ribalta per altre ragioni, oltre a quella della tossicodipendenza, e ha cominciato a presentare un notevole interesse in farmacologia sperimentale per le sue azioni specifiche scoperte a livello delle membrane cellulari ed in particolare sull'endotelio vascolare. Questa attività farmacologica è stata indagata attraverso ricerche sperimentali e cliniche per il trattamento dell'Alzheimer e del Parkinson ed anche della colite ulcerosa con risultati, almeno per quanto ci è possibile sapere finora, da tenere in considerazione, ma comunque da approfondire.

Più recentemente un gruppo di ricercatori della Stanford University ha scoperto che la nicotina, svolge non solo un'azione protettiva verso l'apoptosi delle cellule endoteliali, ma favorisce la loro tendenza alla neoangiogenesi attraverso un'azione specifica sul recettore colinergico.

Il Gruppo di Stanford, in ricerche successive, ha confermato di aver conseguito gli stessi effetti anche in studi su animali, con risposta positiva alla neoangiogenesi dopo ischemia indotta sperimentalmente. Gli stessi ricercatori, in collaborazione con un gruppo europeo, hanno intensificato le indagini ed hanno messo in evidenza, sperimentando su animali preparati in parabiosi, che alla neoangiogenesi indotta dalla nicotina partecipano

anche cellule staminali endoteliali mobilizzate del midollo osseo. L'efficacia maggiore veniva riscontrata quando la nicotina era infusa per via sistemica, mentre l'infusione diretta locale aveva uno scarso rendimento. Ciò che veramente incuriosisce e che richiede ulteriori studi, è il meccanismo di mobilizzazione delle cellule staminali endoteliali dal midollo osseo da parte della nicotina. Sempre in tema di effetti della nicotina, alcuni anni or sono, era stata diffusa la notizia di un "promettente smokers paradox" riferito all'infarto del miocardio. Vale a dire che i fumatori con infarto avevano un andamento clinico migliore dei non fumatori infartuati. In un trial statunitense più recente è stato confermato che una serie di fumatori infartuati presentava un decorso clinico meno severo della serie di infartuati composta da non fumatori. Non solo sembrava che i primi avessero danni coronarici e miocardici più contenuti. Questi studi avevano però sottovalutato che il contingente di infarti e di neoplasie polmonari è ben maggiore nei fumatori rispetto ai non fumatori. Inoltre i fumatori infartuati in media hanno un'età inferiore di 10 anni rispetto agli infartuati non fumatori. Probabilmente i fumatori sviluppano il danno miocardico attraverso meccanismi e vie diverse, oppure sono esposti a fattori di rischio non del tutto sovrapponibili a quelli dei non fumatori.

Per analogia, ricordiamo che nel 1979 è comparsa sulla scena scientifica la "Red Wine Hypothesis", meglio nota come "French Paradox". In una metanalisi su più di un milione di persone venne messo in evidenza che il vino rosso, assunto in quantità moderate, possiede un effetto protettivo cardiovascolare,

dovuto alla presenza di polifenoli ed in particolare del "resveratrolo". Oltre ad un notevole effetto antiossidante, questa sostanza sembra attivare la "Sirtuina", una proteina che può rallentare il processo degenerativo neuronale dell'Alzheimer.

HOME MESSAGE

Finora, da quanto si può dedurre dalla letteratura mondiale, non è comparso nessun "smokers paradox" riferito a fumatori colpiti da BPCO, enfisema e tumori polmonari, statisticamente confrontati con gruppi di non fumatori.

Un altro tema dibattuto è quello relativo alla tossicodipendenza tabagica. Sembra che le vie della dipendenza nicotinic seguano percorsi diversi in entrambi i sessi. Quindi smettere di fumare non è solo una questione di buona volontà, di comportamenti, di supporti psicologici o di terapie adjuvanti, ma riveste un profilo genotipico. Ad esempio nelle donne l'efficacia dei cerotti alla nicotina si è dimostrata collegata ad una variante del genotipo della dopamina. Infatti per le donne con la variante T del recettore D2 della dopamina, la risposta è positiva al trattamento sostitutivo e smettono di fumare, mentre le donne con genotipo CC della dopamina il trattamento sostitutivo è meno efficace e non abbandonano facilmente il fumo. Nel frattempo la variante T del recettore D2 della dopamina (genotipo CT o TT) si è potuta riscontrare nel 41% delle donne e degli uomini.

Questo sembrerebbe poter spiegare il fatto che sono molti quelli che dicono di voler smettere di fumare, ma che non resistono e ad intervalli regolari vanno alla ricerca di un angolo appartato oppure del

più vicino terrazzo per prendere una "boccata di nicotina". Inoltre sappiamo che non è facile suggerire agli uomini di attenersi al dettato della medicina scientifica, specie quando ci sono di mezzo questioni di geni e una "droga così perfetta" come il fumo di tabacco.

Per concludere, caro Direttore, le chiedo di perdonarmi se sono stato poco chiaro. Infatti sto già pensando a come riscrivere il nuovo capitolo del "De Bello Tabacum", vista la relativa efficacia dei decreti e delle sanzioni antifumo, della catechesi della prevenzione, delle proteste dei tabaccai, delle crociate antifumo negli spazi aperti, del fumo negli ospedali, delle richieste di risarcimento per i danni alla salute, proprio adesso che lo Stato italiano ha deciso di affrancarsi dall'impegno (non so in che misura) del monopolio del tabacco e che il 25% del personale sanitario nazionale continua a fumare. A proposito, dimenticavo, l'OMS ha incluso il tabagismo tra le malattie classificate in sede internazionale -codice ICDF10 - classification F 17.2- con la definizione di "sindrome da dipendenza da tabacco: una malattia organica causata dall'uso cronico del fumo di tabacco inalato".

Per finire, mi sembra di aver messo in luce la verità, almeno per il momento. Per quanto riguarda la nicotina, è provato che essa costituisce, un'accertata tossicodipendenza, con alcune ipotetiche virtù ancora non ben verificate, ma soprattutto la nicotina è un'indiscutibile fonte di enormi profitti per le multinazionali del tabacco, con danni profondi alla salute di quanti fumano e troppi decessi evitabili.

R. Lodi

COMUNICATO CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE O.N.A.O.S.I. DEL 11-12 GENNAIO 2008

In data 11 e 12 gennaio si è riunito il Consiglio di Amministrazione della Fondazione ONAOSI presieduto dal Dr. Aristide Paci.

Il Presidente, in apertura di seduta, a nome di tutto il Consiglio di Amministrazione, ha salutato e augurato buon lavoro al Dott. Antonio Castorina, nuovo Consigliere delegato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI) a rappresentarla all'interno dell'ONAOSI.

Nuovo Statuto ONAOSI

Il Consiglio di Amministrazione, dopo ampia e costruttiva discussione, ha quindi approvato all'unanimità il nuovo Statuto della Fondazione, il quale, riprendendo indirizzi presenti in scelte già operate dal Consiglio stesso, sulla base delle linee guida del Ministero della Salute del 10 ottobre 2007 sottoscritte dalle Federazioni Nazionali degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, Medici Veterinari e Farmacisti, dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica e delle Associazioni dei liberi professionisti delle categorie sanitarie, introduce una riforma che, nel pieno rispetto di quanto previsto dall'art. 29 della L. 222/2007, innova principalmente ed in modo significativo due ambiti:

- le prestazioni assistenziali
- l'assetto gestionale e istituzionale dell'Ente.

Va ricordato a tale riguardo, che l'art. 29, nel colmare la lacuna normativa generata dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 190/2007 in materia di contributi alla Fondazione, aveva rimandato all'esigenza di una

riforma in tal senso, prevedendo in particolare, al comma 2-bis, che sia assicurata da parte del nuovo Statuto *“la continuità delle prestazioni in essere, l'individuazione di ulteriori prestazioni assistenziali a favore dei contribuenti in condizioni di vulnerabilità, la separazione tra le funzioni di indirizzo, i compiti di gestione amministrativa, finanziaria e tecnica e le funzioni di vigilanza, nonché la democrazia della vita associativa, prevedendo la partecipazione al voto di tutti i contribuenti”*.

In ottemperanza al disposto legislativo, la Fondazione, nei limiti e nel rispetto delle compatibilità di bilancio, secondo le modalità e i criteri che saranno stabiliti con apposito regolamento, una volta assicurate le prestazioni ed i servizi alle attuali categorie di assistiti, potrà erogare le stesse anche a contribuenti che si trovino in situazioni di vulnerabilità.

In particolare potranno avere titolo alle nuove tipologie di benefici assistenziali:

- i figli del contribuente vivente, il quale si trovi in situazioni di grave e documentata difficoltà economica;

- i figli dei contribuenti anche in caso di decesso del genitore non sanitario;
- i contribuenti in condizioni di comprovato disagio economico, sociale e professionale al fine del loro recupero lavorativo;
- i contribuenti disabili e gli ex contribuenti, se indigenti e qualora non fruitori di prestazioni di altri Enti previdenziali.

Riguardo il nuovo assetto gestionale ed istituzionale, ai fini di quanto previsto nella L. 222/2007, viene introdotto un nuovo organismo, il Comitato di Indirizzo, i cui componenti saranno eletti in larga maggioranza direttamente dai sanitari contribuenti. In fase di prima applicazione, il Comitato è composto complessivamente da n. 34 (trentaquattro) componenti, di cui n. 21 (ventuno) eletti tra i contribuenti obbligatori, n. 3 (tre) eletti tra i contribuenti volontari. Il numero dei componenti da eleggere da parte dei contribuenti obbligatori per ciascuna categoria professionale è complessivamente di 17 (diciassette) per i medici chirurghi e odontoiatri, 2 (due) per i medici veterinari e di 2

(due) per i farmacisti. I contribuenti volontari avranno complessivamente 3 (tre) rappresentanti, di cui rispettivamente 2 (due) eletti tra gli iscritti agli Albi provinciali dei medici chirurghi e 1 (uno) tra gli iscritti agli Albi provinciali degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti.

Il Comitato è inoltre composto da n. 10 designati, rispettivamente:

- in rappresentanza della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, di cui:
 - n. 1 (uno) è designato dalla Commissione Albi Odontoiatri;
 - n. 3 (tre) sono designati dalla Commissione Medica, di cui n. 1 (uno) tra gli iscritti all'Ordine provinciale di Perugia e n. 1 (uno) tra i contribuenti obbligatori;
- n. 1 (uno) designato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari;

- n. 1 (uno) designato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti.

Gli altri n. 4 componenti sono designati dal Ministro della Salute, dal Ministro dell'Interno, dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali e dal Ministro della Difesa.

Il Consiglio di Amministrazione, rispetto al precedente assetto, si riduce dagli attuali 23 a complessivi 9 componenti e assume il ruolo e le funzioni di organo deputato tipicamente ad amministrare e gestire. I componenti saranno eletti direttamente dal Comitato di Indirizzo, quindi di fatto dalla diretta espressione della base elettorale dei sanitari.

Sempre in fase di prima applicazione, il Consiglio di Amministrazione sarà composto da:

- n. 6 (sei) medici chirurghi, di cui n. 5 (cinque) pubblici dipendenti e n. 1 (uno) contribuente volontario;
- n. 1 (uno) odontoiatra;

- n. 1 (uno) medico veterinario pubblico dipendente;
- n. 1 (uno) farmacista pubblico dipendente.

La Giunta Esecutiva viene soppressa, mentre i Vice Presidenti si riducono ad uno.

La parola passa ora ai Ministeri Vigilanti del Lavoro e dell'Economia che, secondo quanto richiesto dall'art. 3, comma 2, del D. Lgs. 509/1994, dovranno approvarlo espressamente. Dopodiché sarà possibile procedere alla stesura dei regolamenti attuativi e del regolamento elettorale, i quali, una volta approvati dai medesimi Ministeri, consentiranno di indire ed organizzare le elezioni per il rinnovo degli Organi.

Sono stati inoltre adottati provvedimenti relativi all'ordinaria gestione della Fondazione.

Il nuovo Statuto ONAOSI è consultabile sul sito www.onaosi.it



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Facendo seguito alla nota del 1° febbraio 2008 di questa Federazione inerente alla obbligatorio di iscrizione all'albo professionale dei medici specializzandi, si ritiene opportuno precisare che l'art. 2 comma 433, della Legge 244/07 (Legge Finanziaria 2008) prevede che i medici specializzandi potranno essere ammessi alle scuole di specializzazione solo a condizione che conseguano la laurea e la relativa abilitazione entro la data di inizio delle attività didattiche.

Ad ogni modo si ribadisce l'orientamento della FNOMCeO che ritiene l'iscrizione all'Albo per i medici specializzandi requisito ineliminabile.

TUTTO ESAURITO ALLA MOSTRA DEI MEDICI ARTISTI

Il 10/02/08 si è svolta l'inaugurazione della 19° Mostra di Pittura, Fotografia e Spettacolo d'Arte varia dei Medici e Odontoiatri Artisti di Modena e Provincia.

La curiosità, il bel tempo e l'ormai raggiunta notorietà della manifestazione, hanno fatto riempire di visitatori la sala espositiva del Mammut Club.

Il critico d'arte M. Fusco, nella sua introduzione, ha lodato lo spirito che unisce il medico, quotidianamente a contatto con la sofferenza, al mondo dell'arte.

La qualità artistica delle opere quest'anno è stata davvero elevata, spaziando i soggetti da uno stile all'altro. Si passava dal

romanticismo al futurismo, dal neoclassicismo al surrealismo. I paesaggi sembravano superare i limiti delle tele, le nature morte sembravano pervase da una misteriosa vita, invece soggetti religiosi richiamaevano aspetti meno materiali. Le fotografie hanno fermato attimi di storia e le sculture cercavano di captare lo spazio. Ogni autentica opera d'arte è l'esito di due elementi: la tecnica e l'ispirazione. Entrambi risaltano nelle opere di tutti questi artisti

L'ottimo Coro di Redù, diretto da Moreali Stefano, ha aperto lo spettacolo.

Non sono mancati momenti di poesia ironica in dialetto con Novi Doriano e Di Genova e in

lingua con Castrignanò. Il tutto alleggerito dal teatro di Drusiani e Arginelli, con ottimi stacchi di musica eseguita dal trio Marietta, Bursi, Mattei e ancora Drusiani.

Il Dr D'Autilia e il Dr Arginelli, soddisfatti per il successo dell'evento, hanno elogiato e ringraziato partecipanti e spettatori, ricordando che l'attività dell'Ordine è anche questo.

Alla fine della serata la grande convivialità si è materializzata in un ricco e, a detta di tutti, gustoso rinfresco.

Grazie di cuore e alla prossima.

M. Cinque





PITTORI MODENESI DAL '500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

MAURO REGGIANI

Nacque a Nonantola nel 1897 e morì a Milano nel 1980.

Frequentò l'Accademia locale.

Dopo un periodo trascorso sotto le armi, si trasferì nel 1920 a Firenze, per un perfezionamento di pittura, all'Accademia.

Tornò per un breve periodo a Modena, per poi stabilirsi definitivamente a Milano.

La sua attività fu intensa e si sviluppò in un crescendo di mostre ed affermazioni in campo nazionale ed internazionale. Nel 1935 iniziò l'insegnamento presso l'Accademia di Brera. Fu un maestro storico dell'astrattismo, titolo raggiunto dopo 10 anni di pittura figurativa e con una prima manifestazione al "Milione" di Milano, nel 1934 insieme con Oreste Bigliardi e Gino Ghiringhelli. Questa mostra segnò l'origine di una svolta espressiva mai più abbandonata.

Il graduale cammino espressivo maturò nei soggiorni a Parigi, dove conobbe Cezanne, Gris, Arp, Kandinskij, Ernst e Magnelli.

Accettò con convinzione che "la geometria è la chiave della nostra modernità...è il comune denominatore di tutta la civiltà moderna, è l'asse della nostra attività..." e sostenne questo principio con entusiasmo giovanile nella sua quarantennale carriera artistica.

Reggiani, volto scarno, fisico asciutto e controllato, eloquenza pulita e scorrevole, lo sguardo fermo e vigile sugli interventi altrui, sosteneva con certezza che "la pittura astratta non è nata per reazione ad altre forme d'arte preesistenti, ma si è servita delle loro conquiste, della loro esperienza, continuandone il naturale sviluppo e seguendo così la logica evoluzione imposta dal tempo".

Si può dire che Reggiani non dimostrò mai il timore di fronte all'alto proposito che si era imposto, poiché la sua naturale coerenza e il senso morale, la sua concezione di spazio come realtà storica e la sua coscienza civica non spensero mai in lui il controllato entusiasmo di essere partecipe di un'impresa culturale.

Alcune sue opere (da "arte modenese tra otto e novecento" di Luciana Frigieri Leonelli, Artioli Editore in Modena):

"Composizione n. 23" – 1978 – olio su tela – cm 65x81 – illustrato su Bollafi 1985;

"Ritratto della moglie" – 1923 – olio su tela – cm 56x67,5 – inedito;

"Paesaggio appenninico" – 1928 – olio su tela – cm 60x50,5 – inedito (opera di copertina);

"Composizione n. 4" – 1879 – olio su tela – cm 100x100.

LE STORIELLE

A CURA DI ROBERTO OLIVI

L'amore è cieco. L'amicizia chiude gli occhi. ===== Blaise Pascal

Quando sono in mutande sul divano, guardando la tv penso: "Non sto guardando un bello spettacolo". Per onestà intellettuale devo ammettere però che anche il mio televisore può dire la stessa cosa. ===== Flavio Oreglio

Mostra un film porno a un pignolo e lui cercherà di capire la trama. ===== Flavio Oreglio

Gli amici si dicono sinceri, ma in realtà sinceri sono i nemici. ===== S. Schopenhauer.

UN PREMIO PER CHI SMETTE DI FUMARE TORNA IL CONCORSO "SCOMMETTI CHE SMETTI"

Anche per quest'anno l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha scelto di sostenere il concorso per diventare non fumatori "Scommetti che smetti", promosso dalle Aziende Sanitarie di Modena nell'ambito delle attività realizzate nella nostra provincia per contrastare il tabagismo.

È ben noto che l'abitudine al fumo rappresenta uno dei principali determinanti delle malattie croniche, con conseguenti costi sanitari e sociali e con rilevanti ripercussioni anche in termini economici e che è obiettivo della comunità la diminuzione dei fumatori e delle persone esposte al fumo passivo. Il concorso, in coerenza con le politiche sanitarie nazionali e locali (vd. Legge 3/2003; Legge Regionale 17/2007; Programma interministeriale "Guadagnare salute"), si inserisce in una strategia integrata di azioni volte a contrastare l'abitudine al fumo, che prevede la partecipazione in una logica di rete di attori territoria-

li impegnati a favorire il benessere della comunità (e dei singoli che ne fanno parte naturalmente). Il concorso si presenta quale originale e innovativa modalità per sostenere chi decide di intraprendere il percorso della disassuefazione dal fumo,



attraverso la messa a disposizione di incentivi e motivazioni ulteriori (i premi messi in palio) nonché di competenze ed informazioni (ad esempio in relazione all'offerta dei Centri Antifumo presenti in provincia). "Scommetti che smetti" è infatti un intervento di comunità la

cui efficacia è stata già sperimentata e validata a livello internazionale. Emerge con chiarezza l'indiscussa rilevanza dell'impegno dei medici nel promuovere la diffusione del messaggio per disincentivare l'abitudine al fumo. Possono partecipare a "Scommetti che smetti" i fumatori maggiorenni disposti ad abbandonare l'abitudine al fumo, almeno per il periodo compreso tra il 2 e il 29 maggio (le iscrizioni si chiuderanno il 2 maggio).

Come per le due precedenti edizioni del concorso modenese, in occasione della cerimonia di premiazione di coloro che risulteranno "ormai ex-fumatori", l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri attribuirà un riconoscimento ai medici che si saranno distinti per aver favorito maggiormente l'adesione a "Scommetti che smetti 2008" tra i propri assistiti fumatori.

NOTE TRISTI:

La Direzione del Bollettino, a nome di tutti i medici della provincia, formula le più sentite condoglianze:
Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Claudio Canossa
Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Bruno Paolinelli Devincenzi.



L'Associazione Italiana Donne Medico (A.I.D.M.) è membro della MEDICAL WOMEN'S ASSOCIATION (MWIA) e ne adotta l'emblema consistente nella figura di Igea con il motto "Matrix animo curant".

È nata a Salsomaggiore Terme nel 1921.

L'Associazione è apartitica ed aconfessionale; essa si propone i seguenti obiettivi:

- a) valorizzare il lavoro della Donna Medico in campo sanitario;
- b) promuovere la collaborazione fra le Donne Medico.
- c) Promuovere la formazione scientifico culturale in campo sanitario
- d) Collaborare con le altre Associazioni Italiane od estere, in modo particolare con quelle della comunità europea, incentivando gli incontri

per la soluzioni dei problemi che riguardano la salute della collettività;

- e) Collaborare con il Ministero della Salute, Regioni, ed Aziende sanitarie, organismi ed istituzioni pubbliche;
- f) Elaborare trials di studio, linee guida in collaborazione con altre società scientifiche nel rispetto della legislazione vigente, avendo come fine ultimo il mutuo riconoscimento dei crediti formativi a livello nazionale, europeo ed internazionale.

L'Associazione ha la sede legale in Roma presso la Federazione Nazionale dei Medici ed Odontoiatri in piazza Cola di Rienzo 80/A – Roma.

Le sezioni attualmente nel nostro paese sono 73 e 2220 le Socie.

È storia relativamente recente

l'adesione alla F.I.S.M. (Federazione delle Società Scientifiche Mediche).

La Presidente Nazionale in carica è la Dott.ssa Ornella Cappelli di Parma.

La sezione di Modena è nata 4 anni fa. Abbiamo organizzato vari incontri circa 4 all'anno su vari argomenti e 2 convegni con ECM (Osteoporosi e Menopausa 2004 e La Depressione femminile attraverso le varie fasi esistenziali 2006).

La quota associative della nostra sezione è di 40 Euro annui.

Dott. Boiani Loretta
(presidente) - 348/8500013

Dott. Prampolini Paola
(tesoriera) - 335/8074442

Dott. Po Elisabetta
(vice-presidente) - 335/6443704

Abbiamo ricevuto da Villa Igea il manuale

"Curare e gestire il disturbo bipolare Una guida per i pazienti"

a cura dei colleghi G. Pamieri e S. Saetti.

Nel segnalare l'iniziativa l'Ordine si congratula con gli autori. I colleghi interessati potranno chiederne copia alla struttura stessa.



Il sito dell'Ordine è consultabile all'indirizzo Internet www.ordinemedicimodena.it



Home page

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri: con accesso alla **ricerca anagrafica nazionale degli iscritti** agli Ordini di Italia.

Consultazione dell'Albo degli iscritti all'Ordine di Modena con modalità di ricerca per specialità e titoli abilitanti. Archivio e iscrizioni on line alla **Newsletter** dell'Ordine.

Segreteria e organi istituzionali

Orari di apertura al pubblico degli uffici. Orari di **ricevimento dei colleghi**. Possibilità di scaricare tutta la **modulistica on line** di interesse per gli iscritti senza dovere accedere ai nostri uffici. Indirizzi di **posta elettronica dei servizi** per comunicare rapidamente con l'Ordine.

Normativa

- Testi normativi disponibili on line in tema di:
- deontologia professionale**
- contratti di lavoro e convenzioni**
- normative amministrative e istituzionali**

Consultazione gratuita delle Gazzette Ufficiali dello Stato pubblicate negli ultimi 60 giorni.

Bollettino

Consultazione del Bollettino dell'Ordine di Modena a partire da ottobre 2001, scaricabi-

le integralmente in **formato pdf** e in **formato html** per gli articoli di principale interesse.

Sostituzioni

Pubblicazione degli elenchi aggiornati dei nominativi e relativo recapito di **collegli disponibili** per le sostituzioni di medici di base e pediatri.

Sottoscrizione delle disponibilità mediante adesione interattiva.

Principali **riferimenti normativi** per il conteggio dei compensi per le sostituzioni.

Ultime notizie

Rubrica aggiornata quotidianamente a cura della Segreteria dell'Ordine con notizie, scadenze e comunicazioni di interesse per gli iscritti.

La professione

Raccolta di **informazioni, modulistica** e normativa utili per l'esercizio della professione medica e odontoiatrica:

- Regime di **autorizzazione e accreditamento** per l'esercizio dell'attività.
- Direzione sanitaria** nelle strutture complesse
- Linee guida** per la professione
- Consenso informato**
- La sicurezza sul lavoro**: dl.vo 626/94
- Pubblicità sanitaria**
- Rifiuti sanitari**
- Privacy** negli studi medici e odontoiatrici

Ultime notizie

Rubrica aggiornata quotidianamente a cura della Segreteria dell'Ordine con **notizie, scadenze e comunicazioni** di interesse per gli iscritti.

Aggiornamento professionale

Tutto sul **programma nazionale di ECM**. Pubblicazione delle **iniziative dell'Ordine di Modena** in materia di aggiornamento professionale e culturale degli iscritti e altre **iniziative esterne** meritevoli di attenzione.

Modalità e modulistica per la **richiesta del patrocinio** dell'Ordine.

Risorse in rete

Link con le **istituzioni sanitarie**, con le **associazioni sanitarie**, accesso ai principali **motori di ricerca in ambito sanitario**, link ai siti di **maggiore interesse suddivisi per specialità medica**, collegamento ai **siti Internet di tutti gli Ordini di Italia**.

Servizi al cittadino

Pubblicazione del **calendario di guardia odontoiatrica festiva** organizzato dalla commissione Odontoiatri dell'Ordine, sedi e recapiti telefonici di **guardia medica**, **link con le aziende sanitarie**, **farmacie di turno**, principi sul ruolo dell'Ordine nella **tutela dei diritti del cittadino**. **Consultazione dell'albo iscritti**.

