





2ª tornata elettorale

Un impegno per la Professione senza se e senza ma (il presidente)

San Luca: anatomia di un evangelista - certezze e misteri (F. Cazzuoli)

La bronco pneumopatia cronica ostruttiva: una frequente causa di "fiato corto": considerazioni relative alla diagnosi ed al monitoraggio della malattia;
(F. Luppi e L. M. Fabbri)

BOLLETTINO

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA**



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 Caliandro

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

ASSEMBLEA ELETTORALE	05
EDITORIALE	06
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	08
DALLE NOVITÀ SCIENTIFICHE ALLA PRATICA CLINICA	13
DI PARTICOLARE INTERESSE	15
ENPAM	19
NORMATIVA	22
TACCUINO	23
NEWS	25
CORSI CONVEGNI CONGRESSI	26
DIALETTO IN PILLOLE	27
ARTE E DINTORNI	29

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



ELEZIONI TRIENNIO 2012 – 2014 AVVISO DI CONVOCAZIONE ASSEMBLEE ELETTORALI

- 1) **CONSIGLIO DIRETTIVO:
COMPONENTI ISCRITTI ALBO MEDICI CHIRURGHI**
- 3) **COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI**

Le Assemblee elettorali per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti, sono convocate presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena, P.le Boschetti n. 8, in seconda convocazione, nei giorni:

SABATO	3 DICEMBRE 2011	- dalle ore 10.00 alle ore 19.00
DOMENICA	4 DICEMBRE 2011	- dalle ore 10.00 alle ore 19.00
LUNEDI'	5 DICEMBRE 2011	- dalle ore 10.00 alle ore 19.00

per l'elezione:

- dei quindici componenti del Consiglio Direttivo iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi;
- dei tre Revisori dei Conti effettivi e un Revisore supplente.

Sono eleggibili tutti gli iscritti agli Albi ivi compresi i componenti uscenti.

Non sussiste alcuna causa di ineleggibilità per la elezione alle cariche ordinistiche.

L'iscritto per votare deve presentarsi di persona all'Ufficio elettorale nei giorni e nelle ore sopra indicati, munito di documento di riconoscimento.

Non sono ammesse DELEGHE

In caso di omonimia l'indicazione delle preferenze può essere fatta scrivendo invece del nome e cognome, il numero d'ordine di iscrizione all'Albo, ovvero aggiungendo al nome e cognome, la data di nascita e/o il luogo di nascita e/o domicilio risultanti dall'Albo.

A coloro che risultano iscritti ai due Albi, a quello dei Medici Chirurghi e a quello degli Odontoiatri, vengono consegnate **TRE schede**:

- **una** per la votazione dei componenti iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi del Consiglio Direttivo;
- **due** per l'elezione dei componenti il Collegio dei Revisori dei Conti.

IL PRESIDENTE
Dott. Nicolino D'Autilia

Da un anno a questa parte, ma soprattutto in questi ultimi mesi, avanza strisciante una marea di malcontento nei professionisti modenesi che è sulla bocca di tutti, salvo verificarne poi la mancanza di paternità allorché si approfondisce il tema singolarmente.

E allora si scopre che alla base del mal di pancia sussistono i più svariati motivi, dal PAL alle richieste sempre più pressanti delle Aziende di "razionalizzare" i costi delle prestazioni, dalle diatribe sulle competenze dei due maggiori ospedali, Policlinico e Baggiovara, alla ormai cronica carenza di personale. Questo senza contare aspetti molto pratici, come ad esempio gli straordinari effettuati dai colleghi ospedalieri che lievitano inesorabilmente senza alcun riconoscimento da parte aziendale o la ormai cronica e tumultuosa richiesta di accertamenti diagnostici da parte dei cittadini negli studi dei medici di famiglia.

In questo contesto, confuso e per certi versi destabilizzante, occorre fare molta chiarezza per evitare di disperdere energie preziose utilizzabili in altro modo.

Vi sono anzitutto aspetti contrattuali e normativi che attonano a scenari nazionali. Intendo contratti e convenzioni con il Servizio sanitario nazionale ma soprattutto regionale (e aziendale) che sono di pertinenza sindacale ed è in quell'ambito che si devono orientare le spes-

so sacrosante critiche dei colleghi.

Seguono poi le motivazioni più specificatamente locali, in primis, è inutile negarlo, la querelle Policlinico - Baggiovara.

Bisognerà pure a questo proposito dire qualcosa.

Premesso che l'Ordine dei medici di Modena non è stato assolutamente consultato (la partecipazione dello scrivente ai lavori di una commissione è stata a titolo puramente personale), premesso altresì che risulta un dato ormai consolidato da precedenti esperienze come le succitate commissioni abbiano svolto un lavoro interessante ma del tutto superfluo ai fini della stesura dei documenti finali, tutto questo premesso, bisogna pur prendere atto che il nuovo Piano Attuativo Locale, il PAL appunto è stato licenziato col parere favorevole di chi era preposto a questo passaggio istituzionale. Punto e a capo.

In questo contesto non sfugge a nessuno che esso mantiene le criticità di sempre, in primo luogo la abnorme quantità di ospedali allocati nella nostra provincia. Nessuno ha avuto il coraggio di dire ad alta voce che siamo l'unica provincia dell'Emilia Romagna ad averne un numero così elevato. E nessuno si è premurato di affermare che alcuni nosocomi sono un rischio per i cittadini che a gran voce ne reclamano la non chiusura. Come medici abbiamo il dovere di affermare questo principio perché in quegli ospedali lavorano colleghi che non



N. D'Autilia

possono essere chiamati in causa per responsabilità che sono invece gestionali, strutturali e soprattutto politiche.

Ma l'Ordine dei medici di Modena questo lo può, anzi lo deve dire e continuerà a farlo.

Non solo, ma l'altro tema caldo, e non solo dell'estate 2011, è diventata la contrapposizione Policlinico / Baggiovara. Un confronto che si è spesso trasformato in scontro ma che non può e non deve coinvolgere i colleghi operanti nelle due strutture. Entrambe infatti sono punti di riferimento per i cittadini modenesi e non solo, con caratteristiche differenti e obiettivi stabiliti da scelte di programmazione politica attuate molti anni fa. Su quelle scelte potremmo avanzare non poche perplessità, e a suo tempo abbiamo esercitato il nostro potere di opinione. Ma oggi, di fronte allo stillicidio di dichiarazioni pubbliche e private concernenti le attività professionali che là si svolgono, ma soprattutto ascoltando le preoccupazio-

ni dei professionisti impegnati quotidianamente non possiamo non affermare alcuni principi.

Il primo concerne la sicurezza delle cure e dobbiamo per questo impegnarci perché i cittadini che si rivolgono ai due ospedali recepiscono pienamente l'affidabilità e l'efficacia dei percorsi di cura che si svolgono al loro interno. Troppo spesso in questi ultimi mesi abbiamo ascoltato pazienti dubbiosi su questi aspetti e uno degli obiettivi imprescindibili per i medici è garantire loro che sussiste un clima di sicurezza.

Il secondo, strettamente legato al primo, riguarda i rapporti tra colleghi. Le condizioni politiche che hanno determinato la creazione di due nuovi ospedali nell'area di pochi chilometri quadrati, portando il totale a quattro con i due già esistenti non possono e non devono costituire per i medici oggetto di contese pubbliche che disorientano i cittadini e non giovano all'immagine della Professione oltre che al suo decoro. Ciascu-

no di noi ha il diritto (e il dovere) di elaborare il proprio pensiero e di esporlo nelle forme e nei modi che ritiene più opportuni, ma la nostra professione impone un atteggiamento di consapevolezza del proprio ruolo nella società al quale non dobbiamo sottrarci. E tale ruolo significa rinunciare a competenze che non sono le nostre ma dei politici, mentre al medico spetta denunciare carenze strutturali e organizzative che impediscano il suo corretto operare così come recita l'articolo 14 del Codice Deontologico *"Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure"* perché, se è doveroso occuparsi di sicurezza delle cure, è altrettanto indispensabile impegnarsi sul versante della sicurezza del medico che sta subendo

negli ultimi tempi significativi deficit di attenzione da parte di chi dovrebbe interessarsene. Il nostro obiettivo inoltre deve essere quello di sostenere con convinzione la pregnanza del rapporto tra i colleghi avendo ben chiaro l'articolo 58 del nostro Codice *"Il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi di corretta solidarietà, di reciproco rispetto e di considerazione della attività professionale di ognuno"*. Un tale comportamento, oltre che qualificarsi come dovere deontologico ed impegno civico nei confronti dei cittadini/pazienti che a noi devono guardare con fiducia, può ragionevolmente costituire un punto di riferimento "autorevole" in un momento come l'attuale di profonda crisi di valori nel Paese. Coltiviamo questo rapporto tra colleghi perché esso rappresenta anche una delle basi per una relazione trasparente ed efficace con i pazienti.

*Il presidente
N. G. D'Autilia*



Avviso ai colleghi

Con questo numero di novembre-dicembre 2011 il Bollettino dell'Ordine termina il ciclo di periodicità bimestrale e diverrà trimestrale. Il Consiglio dell'Ordine infatti, pur prendendo atto con soddisfazione del considerevole risparmio ottenuto con la scelta assunta anni fa di rendere bimestrale il nostro organo di informazione, ha nel contempo ritenuto che fossero maturate le condizioni di una ulteriore riduzione delle uscite annuali, ottimizzando così le nostre risorse e investendo ulteriormente in aggiornamento e nella ormai consolidata newsletter. Quest'ultima infatti è diventata lo strumento di informazione privilegiato per tutti i colleghi e costituisce un impegno del Consiglio a renderla sempre più frequente ed efficiente.

*Per il Consiglio
Il presidente*

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 12 SETTEMBRE 2011

Il giorno lunedì 12 settembre 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. Francesco Cimino, 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 del 25.7.2011;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Posizione dell'Ordine di Modena sul PAL: report della Commissione Ospedale e Territorio (Lo Monaco e altri);
5. Pubblicità sanitaria "OBIETTIVO RISARCIMENTO": posizione dell'Ordine di Modena;
6. Commissione regionale ECM: opportunità o meno di una permanenza;
7. Elezioni dell'Ordine: definizione data di convocazione dell'Assemblea elettorale e relative delibere;
8. Il "Libro verde" della Commissione europea sulle qualifiche professionali (D'Autilia);
9. Delibere del personale;
10. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
11. Delibere amministrative (Addamo);
12. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Prima Iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
ALMA' AITAH	ALA' AWWAD ALI	6601
FUERTES ZARATE	ANA	6602
IELLAMO	GIUSEPPE	6608
PUTZU	PAOLA	6603
SANTINI	NICOLA	6604
<i>Iscrizione per trasferimento</i>		
DONATIELLO	SALVATORE	6605
LUPPI	MARIO	6606
TONELLI	STEFANIA	6607
<i>Cancellazione</i>		
BENEDETTI	PIER GIORGIO	1214
DE PALMA	ALESSANDRA	5930
LOSCALZO	DOMENICO	0801
PALTRINIERI	CESARE	1065
PUPO	SIMONA	6472

ALBO ODONTOIATRI

<i>Prima Iscrizione</i>		<i>N. iscrizione</i>
POPPI	GIUSEPPE	0752
<i>Cancellazione</i>		
MOSCATELLI	LEANDRO	0352

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | LUNEDÌ 3 OTTOBRE 2011

Il giorno lunedì 3 ottobre 2011 - ore 21,15 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Gianluca Abbati, Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. 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, Dott. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 12.9.2011;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Ddl omnibus del Governo sulla delega per le sperimentazioni cliniche dei farmaci, Ordini e professioni sanitarie, ricerca sanitaria, sicurezza delle cure e sanità elettronica;
5. Legge 14.9.2011 n.148 su aumento dell'IVA sulle fatture, introduzione sanzione accessoria a carico di professionisti iscritti ad Albi e liberalizzazioni;
6. Iniziativa Ordine – Mass Media (Reggiani)
7. Il "Libro verde" della Commissione europea sulle qualifiche professionali (D'Autilia);
8. Delibere del personale;
9. Pubblicità sanitaria (Reggiani);
10. Delibere amministrative (Addamo);
11. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Cancellazione</i>		<i>N. iscrizione</i>
BOLOGNA	DOMENICO	1599
FRIGIERI	GIULIANA	2089
FUNDARO'	GIUSEPPE	1640
GARZIA	LUIGI	1335
VANDELLI	MAURO	1476
ZANOLI	ENRICO	4356

ALBO ODONTOIATRI

<i>Cancellazione</i>		<i>N. iscrizione</i>
ZANOLI	ENRICO	0277

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO | MARTEDÌ 25 OTTOBRE 2011

Il giorno martedì 25 ottobre 2011 - ore 21,15 - 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. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala, Dott. Pasquale Venneri.

Consiglieri Odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

1. Approvazione verbale seduta di Consiglio del 3.10.2011;
2. Variazioni agli Albi professionali;
3. Comunicazioni del presidente;
4. Elezioni dell'Ordine: definizione data di convocazione dell'Assemblea elettorale;
5. Delibere amministrative (Addamo);
6. Varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

<i>Iscrizione per trasferimento</i>		<i>N. iscrizione</i>
FARAGOLO	DANIELA	6609
<i>Cancellazione</i>		
GALASSI	ALFONSO	1059
MOREALI	GIAMBATTISTA	1035
SAMARTZIS	GEORGIOS	6553
SEPPI	ALBERTO	1657

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO MEDICI | MARTEDÌ 25 OTTOBRE 2011

Il martedì 25 ottobre 2011 - ore 22,00 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Medici.

Consiglieri: 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, Dott. Pasquale Venneri.

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

SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI | MARTEDÌ 20 SETTEMBRE 2011

Il giorno martedì 20 settembre 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 5.7.2011;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Elezioni dell'Ordine;
4. Valutazione vicende disciplinari;
5. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.

Errata corrige

A correzione di quanto pubblicato sul Bollettino di settembre-ottobre u.s. si precisa che il Dott. Carlo Curatola era assente alla seduta di Consiglio Direttivo del 4 luglio u.s.

Onaosi: aspettiamo a pagarlo

Considerato che molti colleghi ci hanno informato che stanno arrivando da parte dell'Onaosi alcune lettere per la riscossione dei tributi (atto peraltro dovuto), si informa che il Comitato di indirizzo dell'Ente ha proposto al Governo un emendamento al fine di poter non riscuotere le somme motivandolo con una relazione tecnica (dimostrando in pratica che le spese di eventuali contenziosi sarebbero superiori agli incassi).

Si precisa che la lettera di interruzione termini è un atto dovuto da parte dell'Ente e lo stesso Ente non può autonomamente decidere la non riscossione dei tributi, per cui attualmente vi consigliamo di aspettare gli eventi.

Forte appello degli Ordini dei medici europei riuniti a Torino per tutelare la salute dei cittadini in un frangente storico di crisi economica globale.

Pubblichiamo il testo della mozione approvata all'unanimità dei delegati della CEOM (Conferenza Europea degli Ordini dei Medici) sul tema della salvaguardia del diritto fondamentale alla salute.

Dichiarazione della CEOM sulla tutela della salute dei cittadini da garantirsi nel rispetto di un corretto utilizzo delle risorse economiche impegnate nei servizi sanitari nazionali nei Paesi UE

La CEOM riunita a Torino il 12 Novembre 2011,

UDITA

la relazione del Presidente della FNOMCeO Dr. Amedeo Bianco;

TENUTO

presente che la tutela della salute dei cittadini è un principio etico, deontologico e professionale dei medici;

CONSIDERATO

che in molti Paesi europei si sono create situazioni di crisi economiche di tale entità da mettere a rischio la sussistenza stessa dei sistemi sanitari

RIBADISCE

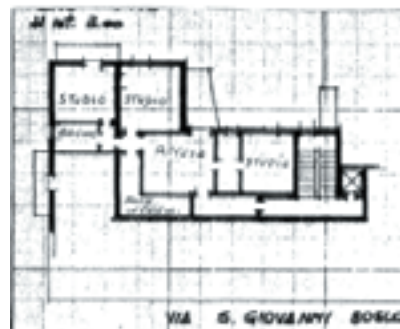
che la salute è un bene primario della persona e che la sua tutela deve rappresentare un obiettivo degli Stati membri della UE impegnati nel fornire le migliori cure efficaci pur nel rispetto di un corretto utilizzo delle risorse economiche.

I Governi nazionali devono pertanto impegnarsi a mantenere standard assistenziali di elevata qualità erogati da professionisti adeguatamente formati.

Modena in via San Giovanni Bosco 166
(zona musicisti)

Affittasi al primo piano ambiente di mq 100 adibito a studio medico con ascensore catastato C10, usufruibile per medicina di gruppo, composto da tre locali indipendenti, per tre medici, con ampia sala d'attesa comune, servizio igienico, locale di servizio.

Per informazioni : 059/467175 339/4296600

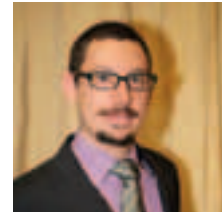


Questa rubrica si propone di commentare brevemente articoli tratti dalle più importanti riviste internazionali che abbiano una ricaduta importante nella pratica clinica

**A cura di G. Abbati e M. Bianchini
Con il contributo di M. Grandi**



G. Abbati



M. Bianchini

La bronco pneumopatia cronica ostruttiva: una frequente causa di "fiato corto": considerazioni relative alla diagnosi ed al monitoraggio della malattia

Recentemente è stato pubblicato sulla rivista *Annals of Internal Medicine* l'aggiornamento delle linee guida (stilate nel 2007) relative alla diagnosi ed al trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) sponsorizzate dall' *American College of Physicians*, dall' *American College of Chest Physicians*, dall' *American Thoracic Society*, dall' *American College of Chest Physicians*, e dalla *European Respiratory Society*. Secondo questo documento, la BPCO viene definita come una malattia lentamente evolutiva che interessa i bronchi e/o il parenchima polmonare e che si caratterizza per la presenza di ostruzione bronchiale solo parzialmente reversibile. Le manifestazioni cliniche vanno dalla dispnea, alla scarsa capacità di esercizio, alla tosse cronica (con o senza espettorato), al respiro sibilante, fino all'insufficienza respiratoria ed al cuore polmonare. La riacutizzazione dei sintomi e la presenza di malattie croniche concomitanti possono contribuire ad incrementare la gravità della malattia nel singolo paziente.

La diagnosi di BPCO viene confermata quando - in un paziente che presenta i sintomi caratteristici della malattia e che fuma o ha fumato - l'esecuzione di una spirometria permette di evidenziare la presenza di ostruzione bronchiale, che viene definita in base ad un rapporto fra volume espiratorio massimo al primo secondo (VEMS)/capacità vitale forzata (CVF) inferiore al 70%; tali dati devono essere ottenuti dopo test di broncodilatazione. Bisogna tuttavia considerare che la fisiologica riduzione del VEMS associata all'età può determinare un eccesso di diagnosi in particolare nelle persone anziane, nelle quali quindi vanno tenute in considerazione le manifestazioni cliniche e le co-morbidità (*vide infra*). Nell'anziano, quindi, la conferma diagnostica prevede l'assenza di spiegazioni alternative sia per i sintomi (che possono per esempio essere causati da uno scompenso cardiaco cronico o da altre malattie respiratorie croniche, quali l'asma, le bronchiectasie, gli esiti di pregressi episodi infettivi). Fra i tanti temi sviluppati da que-

ste linee guida, alcuni, a nostro parere, presentano particolare interesse poiché non sono affrontati da altre linee guida internazionali relative alla BPCO.

Un primo interessante argomento è rappresentato dalla capacità dell'anamnesi e dell'esame obiettivo di predire la presenza di ostruzione bronchiale: le evidenze disponibili ci informano che il singolo predittore più efficace di ostruzione bronchiale nell'adulto è costituito dal fumo (> di 40 pacchetti/anno). Inoltre, la contemporanea presenza di abitudine tabagica, di sibili all'auscultazione del torace ed il respiro sibilante riferito dal paziente, quasi sempre consente di predire la presenza di ostruzione bronchiale alla spirometria. Quest'ultima rimane indispensabile sia per la conferma diagnostica che per la valutazione di gravità dell'ostruzione bronchiale (determinata dalla gravità del valore del VEMS). Viceversa, l'assenza di questa triade (fumo, sibili auscultabili o riferiti dal paziente) consente di escludere la diagnosi spirometrica di ostruzione bronchiale.

Altro interessante assunto proposto da queste linee guida si riferisce all'opportunità di trattare con specifica opportuna terapia inalatoria (con broncodilatatori β_2 agonisti ed anticolinergici e steroidi) i soggetti fumatori che non presentano ostruzione bronchiale o quelli che presentano ostruzione bronchiale ma che non presentano sintomi respiratori: le evidenze non dimostrano alcun beneficio nel trattamento farmacologico di queste 2 categorie di soggetti, poiché non è dimostrata alcuna capacità della terapia farmacologica inalatoria di prevenire l'insorgenza di sintomi o di ridurre nel tempo il declino della funzione ventilatoria. Non viene inoltre ritenuta utile l'esecuzione di periodiche spirometrie dopo che è stata iniziata la terapia inalatoria al fine di monitorare la malattia stessa o di utilizzare tale esame per decidere eventuali variazioni terapeutiche, che vengono viceversa decise sulla base dei sintomi, i quali sono più sensibili nella valutazione di un'adeguata terapia medica e che non necessariamente correlano con le variazioni spirometriche. Le evidenze disponibili ci informano anche della scarsa sensibilità della spirometria nel promuovere la cessazione dell'abitudine tabagica

e non dovrebbe pertanto essere eseguita con tale finalità.

Nell'ambito della terapia farmacologica il documento enfatizza la raccomandazione forte di trattare con farmaci broncodilatatori a lunga durata d'azione pazienti sintomatici con BPCO moderato-grave (VEMS < 60%), ma allo stesso tempo sottolinea la limitatezza di dati per pazienti con BPCO moderata (60 < VEMS < 80), per i quali si limita a raccomandare di "prendere in considerazione" la terapia broncodilatatrice. Analogamente, il documento sottolinea la limitatezza di evidenze a supporto della terapia combinata con broncodilatatori e/o broncodilatatori e steroidi inalatori in pazienti sintomatici con BPCO moderato-grave (VEMS < 60%), per i quali si limita a raccomandare di "prendere in considerazione" la terapia combinata.

Un limite di queste linee guida è la sottostima dell'importanza di ricercare nei pazienti con BPCO eventuali co-morbidità extra-polmonari - che molto spesso riscontriamo in questi pazienti - e che vengono considerate di notevole rilievo poiché sono in grado di condizionare sia la prognosi che l'approccio terapeutico del paziente affetto da BPCO. Quelle di più frequente riscontro sono le cardiovascolari (scompenso

cardiaco, fibrillazione atriale ed ipertensione arteriosa), le vasculopatie periferiche, le miopatie, le alterazioni nutrizionali, il diabete, l'insufficienza renale, la depressione e l'ansia, il deficit cognitivo, l'anemia, l'osteoporosi, il reflusso gastro-esofageo e la più frequente insorgenza di neoplasie e di infezioni polmonari.

Pertanto il riscontro ed il trattamento di tali alterazioni extra-polmonari nella BPCO costituisce un importante elemento nel trattamento del paziente affetto da BPCO. Considerando che i trattamenti specifici per la BPCO (broncodilatatori e steroidi inalatori) hanno effetto puramente sintomatico, è possibile con un accurato trattamento delle comorbidità croniche, ed in particolare quelle cardiovascolari (scompenso cardiaco, ipertensione, cardiopatia ischemica) e metaboliche (diabete, obesità, osteoporosi), possano non solo portare ad un miglioramento della qualità della vita, ma anche migliorare la prognosi di tali pazienti.

Fabrizio Luppi
e Leonardo M. Fabbri
U.O. di Pneumologia
Azienda Ospedaliero
Universitaria di Modena



SAN LUCA: ANATOMIA DI UN EVANGELISTA - CERTEZZE E MISTERI

Pubblichiamo la lezione magistrale tenuta dal Dott. Fernando Cazzuoli in occasione dell'inaugurazione dell'anno sociale 2011 – 2012 del Circolo Medico Merighi di Mirandola (18 ottobre 2011)

Sulla biografia di Luca Evangelista sappiamo qualcosa dagli scritti e da antiche tradizioni, ma molte domande rimangono senza risposta. Antiche tradizioni infatti ci dicono che LUCA è nato in Antiochia di Siria probabilmente circa 40 anni dopo la nascita di Gesù, e dunque parecchi anni dopo la sua Crocifissione.

Di stirpe non ebraica, crebbe intelligente, studioso, secondo la paidologia ellenistica; conosceva gli autori classici, ma anche la medicina del tempo.

Era un pagano, poi convertito, che il grande Paolo di Tarso, già persecutore dei cristiani, associò nell'apostolato cristiano, chiamandolo *"compagno di lavoro, e caro amico medico"*; segue Paolo in molti viaggi, anche in prigionia a Roma, due volte.

Dedicava i suoi libri all'ignoto Teofilo, forse un cristiano eminente, forse un nome di comodo; in attesa del supplizio a Roma Paolo scrive a Timoteo: *"sono solo ed abbandonato, solo Luca è con me, a confortarmi della mia prigionia"*. Luca non ha mai visto Gesù, diversamente dagli altri tre Evangelisti. Scrive il suo Vangelo per i cristiani provenienti dal paganesimo, basandosi anche su testimoni diretti, sicuramente Maria e forse Apostoli. Di Gesù mette in evidenza la sua mansuetudine, la misericordia, la sua dolcezza, la dedizione ai poveri e agli afflitti.

Gli atti degli Apostoli, suo secondo libro, raccontano il primo espandersi della Chiesa Cristiana

oltre la Palestina, e soprattutto della dominante attività apostolica di Paolo, dall'Asia all'Europa.

Dopo il martirio di Paolo a Roma, Luca sarebbe andato a predicare la Fede in numerosi luoghi, ma non ha lasciato scritto nulla di sé stesso.

Secondo le leggende, sarebbe stato anche pittore, della madre di Dio particolarmente, ma di tutte le immagini antiche e bizantine conosciute nessuna resiste alla critica, cominciando dall'icona di Bologna, tutte databili al più dall'anno 1000 in poi.

LUCA sarebbe morto di morte naturale tra i 70 e gli 85 anni di età. Secondo una tradizione minoritaria e non attendibile avrebbe subito il martirio a Roma.

Almeno tre località pretendono di averlo sepolto, cioè Patrasso nel Peloponneso, la Bitinia nel nord-ovest della Turchia, e Tebe greca capitale della Beozia, questa la più probabile: qua Luca sarebbe stato tumulato in una bara provvisoria, più tardi in una cassa di piombo accolta poi in un'arca di marmo, tuttora visibile in una chiesetta alla periferia di Tebe.

Già dopo la metà del IV secolo il figlio dell'Imperatore Costantino, Costanzo II, secondo il desiderio del padre aveva già completato a Bisanzio la Basilica dei XII Apostoli, ove radunare le spoglie di tanti Santi, sparsi in tanti luoghi dell'Impero.

Uno scritto credibile dice che nell'anno 356 avvenne la sicura traslazione di Timoteo, l'amico di Paolo, da Efeso a Costantinopoli, e

nell'anno seguente anche quelle di Andrea e di Mattia da Patrasso, e di Luca da Tebe. È lecito dubitare che tutti i corpi fossero autentici, in quanto il ministro Artemio incaricato da Costanzo di questi reperimenti e traslochi, ma appena nominato Duca dell'Egitto, non avrebbe avuto il tempo di controllare tutte queste bare...

Ancora storia del IV secolo, ma ora a Padova. In una zona periferica e talora paludosa, a Sud, ora chiamata Prato della Valle, esisteva un'area cimiteriale sia per la locale aristocrazia pagana, sia per i Cristiani, sempre più numerosi.

Il 7 Ottobre dell'anno 304 veniva qua sepolta una giovinetta, di anni 16, di nome Giustina, martirizzata a Roma per ordine dell'Imperatore Massimiano, perché cristiana: tanta fu la partecipazione e commozione del popolo!

Già nel secolo successivo nell'area descritta si era costituito un monastero Benedettino ed una Chiesa sul sepolcro della giovane Santa Giustina, eletta Patrona della Città. La Chiesa diventò poi piccola Basilica, arricchendosi via via di corpi di altri Santi e martiri nelle riesumazioni periodiche dei cimiteri circostanti. Documenti del secolo VIII parlavano già di importanti traslazioni di resti di Santi da Costantinopoli, ma senza specificazioni precise.

Solo nel XII secolo una prima ricca inventio si ha nell'anno 1150 con la scoperta dei resti dei Santi Massimo, Giuliano, Daniele, Felicità, e tre Innocenti.

Una seconda scoperta, pure de-

scritta in altro documento, si ebbe nel 1177, poco dopo uno storico grave terremoto, con distruzioni in tutto il Padovano, che richiese anche nel monastero e cimiteri una ristrutturazione con scavi più profondi: questi misero in luce una bara metallica riferita ai resti di Santa Giustina, un'altra riferibile a San Mattia, ed una cassa di piombo più grande, con "titulus" riferibile a San Luca, col simbolo di tre vitelli e di una croce ad otto punte.

Una rapida ricognizione nella cassa scoprì un intero scheletro accuratamente sistemato, protetto da una griglia metallica e ben conservato.

La cosa spinse l'Abate Domenico e il Vescovo Offreducci a recarsi dal Papa Alessandro III che allora si trovava a Ferrara, per certificare che il corpo ritrovato fosse quello di San Luca: il Papa si congratulò, ringraziò, ma non certificò...!

La stessa predetta relazione conteneva uno scritto dichiarante che nel 741, Imperante Costantino V, iconomaco, cioè contrario al culto di icone Santi, ma senza combatterlo, il Sacerdote e custode della Basilica dei XII Apostoli, chiamato URIO, a conoscenza di una nave che stava partendo per l'Italia, fu in grado di caricare le casse di piombo sia di Luca che di Mattia, e di seguire la traslazione fino alla Basilica di Santa Giustina; anche Urlo rimase nel monastero, fece vita esemplare, e fu poi Beaticato.

Questa, piuttosto avventurosa versione, è stata accettata da parecchi studiosi, soprattutto rispetto a quella della traslazione al tempo della persecuzione di Giuliano l'Apostata (361-363), perché un documento credibile certificava che nel 527 i corpi di

Luca e Mattia erano ancora a Costantinopoli.

Cosa sia realmente accaduto sotto queste traslazioni non ce lo sa ancora dire un accettabile consenso di storici.

Nel 1313, nel pieno della venerazione di San Luca, i monaci già potenti e ricchi per donazioni, realizzarono la costruzione di una grande arca di marmo per porvi la cassa di piombo con le Sue spoglie. Poco dopo, e precisamente il 6 Novembre 1354, fu eseguita un'altra ricognizione.

L'Imperatore Carlo IV, re di Boemia, in transito per Milano, si fece consegnare il cranio di San Luca, che poi finì nella Cattedrale di San Vito a Praga, allora capitale dell'Impero germanico: là si trova nella 13° cappella del deambulatorio dell'abside. Dal cranio prelevarono alcune schegge, riposte in reliquiari minori.

Nel 1463 cioè 150 anni dopo, si dovette procedere ad una terza ricognizione a causa di una contesa tra i Padri Benedettini di Padova coi Padri Francescani di San Giobbe di Venezia che asserivano di possedere loro il vero corpo di San Luca, giunto dalla Bosnia, dove era da tre secoli, in seguito all'avanzata turca nei Balcani. La contesa è stata dura, con interessamento di Cardinali e Papi per anni e secoli ad alterne vicende; si è risolta del tutto solo venti anni fa, col riconoscimento dell'iter storico di un secondo Luca, cioè San Luca di Stiris (n. 897 m. 953), fondatore del monastero Stirion di Levadia. Sciolto l'enigma, il 10 Dicembre 1986, è partita da Venezia una delegazione guidata dal Cardinale Ce' con le spoglie di questo nuovo Luca, riportate nuovamente nel suo monastero. Nel 1498 fu decisa la demolizione

graduale della vecchia Basilica di Santa Giustina e la costruzione della grandiosa Basilica attuale, (mai terminata nella facciata), inglobante parte delle vecchie cappelle dei Santi. Solo nel 1562, essendo a buon punto la nuova Basilica, si trasferì con grande solennità l'arca marmorea con il corpo di San Luca nel braccio sinistro del transetto, in grande spazio, dove rimane tuttora.

A questo punto, con un salto di 5 secoli, devo fare una parentesi personale

Io Fernando Cazzuoli domenica del 18 Ottobre 1998, festa di San Luca e dei medici, di buon mattino mi reco a Padova, parcheggio l'auto da cui sfilo la mia bicicletta per recarmi in centro a Palazzo Zabarella per la mostra di Francesco Hayez, e poi al Palazzo della Ragione per la mostra di Giov. Antonio Pellegrini, cognato del Tiepolo.

Alle ore 8 passo davanti alla Basilica di Santa Giustina dove vedo un certo movimento e due cartelli sul sagrato: entro in Chiesa e a metà della navata destra vedo due Vigili Urbani sull'attenti con lo stendardo del Comune e un folto gruppo di Scout eretti a guardia di una bara nella quinta Cappella: lo scheletro di San Luca, sigillato in una teca di cristallo ed illuminata stava davanti a me, con pochi fedeli; confesso il mio stupore e la mia commozione nel vedere le spoglie del nostro Patrono, e mi sono inginocchiato in preghiera... Ho poi letto le varie didascalie, ho preso appunti di tutto l'evento, ho rifatto più giri intorno alla bara, rendendomi così conto della quasi integrità dello scheletro, salvo la mancanza dell'ulna destra e dello astragalo sinistro.

Il tutto era stato esposto la sera prima, rimasto in venerazione tutta la notte e il giorno 18, per richiuderlo alla sera stessa.

Dopo oltre un'ora, ancora emozionato, ho visitato più in fretta le due ottime mostre programmate, fino alle 12, per essere a Mirandola alle 14, dove accendendo la Tv per il TG regionale Veneto, con moglie e figli abbiamo visto il servizio da Santa Giustina di poche ore prima.

Forse sono stato l'unico medico della Provincia a vedere le Sante reliquie del nostro Patrono; la sera stessa alle 18,30 ero già nella Chiesa di Camurana, per la nostra celebrazione annuale di San Luca.

Come mai una nuova ricognizione su San Luca dopo 436 anni?

Dopo l'ottima risoluzione della centenaria querelle sui due San Luca è cresciuta notevolmente la considerazione dell'unica verosimile attribuzione a Padova delle spoglie del Santo, specie dalla chiesa Ortodossa; infatti nel 1983 lo scrittore Tebano Vassilieu, con il vice-Sindaco è venuto a Padova sia per studio che per fede, ha informato poi il metropolita, e ha guidato poi altri gruppi alla tomba di San Luca.

Nel 1992 il metropolita ortodosso di Tebe Hieronymos con altri notabili si presentarono al Vescovo di Padova mons. Antonio Mattiazzo per chiedere se fosse possibile donare alla sua Chiesa *"un frammento significativo delle reliquie del Santo, da deporre là dove si trovava ed è ancora venerato il sepolcro vuoto dell'Evangelista"*, esprimendo l'augurio che tale gesto fosse inteso come eucumenico.

Il Vescovo si attivò subito in tale

direzione, col consenso dei Benedettini, del Vaticano, della Sovrintendenza e dell'Università.

Nel 1996 si era già giunti all'organizzazione di una commissione scientifica internazionale di studiosi e scienziati di livello mondiale. Il 17 Settembre 1998 la commissione scientifica coordinata dal Prof. Vito Terribile Wiel Marin, anatomopatologo dell'Università di Padova, dà inizio ufficiale alla prima sessione di studio, che comincia con la quarta ricognizione della bara: al pomeriggio con le strutture meccaniche predisposte viene sollevata la lastra di marmo di 14 quintali che copre l'arca, viene levata la cassa di piombo che viene traslata nell'antica Cappella che fu del Santo; tolto il coperchio ed una griglia metallica, viene allo scoperto lo scheletro e tutto il resto del contenuto: da questo momento è cominciata la maratona degli studiosi e relativi gruppi, con sessioni organizzative quotidiane.

Il 17 Ottobre 1998 (ventiseiesima sessione), tutte le ossa studiate e numerate una per una con tutte le metodiche moderne possibili, vengono ricomposte e fermate con fili metallici ove necessario, anche fissate con fili d'oro dalle Suore che avevano predisposto un adatto materassino su tessuto rosso.

Lo scheletro ora esposto, visto da me il mattino successivo, ha il cranio di gesso bianco, perfetta copia del cranio portato da Praga il 21 Settembre per venti giorni, che combacia perfettamente sulla prima vertebra (atlante) di Padova; come già detto mancano pure l'ulna destra, 1°astragalo sinistro, come pure parti di prima e dodicesima costa di destra, che

non si sa dove siano finite.

L'esposizione è durata il pomeriggio del 17 e il 18, Festa del Santo. Il 19 sia l'urna di vetro con il corpo sia la cassa di piombo sono stati riportati nella Cappella antica per la prosecuzione degli studi.

Il 24 Novembre (Cinquantesima sessione) il corpo viene ricomposto e reinserito nella bara di vetro; viene collocato un rogito-pergamena, in latino, attestante i motivi e la cronologia della riesumazione, firmato dal Vescovo, Abate, Priore e principali studiosi; inoltre medaglie celebrative, quattro monete Vaticane inviate dal Papa, e una moneta corrente dell'Italia.

Dopo 68 giorni di presenza la bara di vetro con una breve funzione liturgica viene portata nel transetto sinistro della Basilica e riposta nell'arca di marmo; non ancora la cassa di piombo, sulla quale devono continuare le ricerche sulla struttura e sui reperti del fondo.

Il 23 Dicembre 1998 il Vescovo riunisce in Curia la Commissione scientifica per fare il punto sulla ricognizione e per confermare la decisione di organizzare un congresso scientifico internazionale nell'Anno Santo 2000, dal 16 al 20 Ottobre, quindi intorno alla Festa del Santo.

Non mi dilungo sulla mole dei dati tecnici raccolti con strumenti moderni e sofisticati, dati chimici, fisici, antropologici, archeologici, biologici, botanici, entomologici, mineralogici... Essenziali però i dati ricavati sulla relazione cronologica scheletro con cassa, la quale documenta che l'attuale cassa è quella originaria ma soprattutto che le analisi del radiocarbonio $14/C$ condotte in due diversi laboratori, Tucson in

Arizona ed Oxford in Inghilterra forniscono dati congruenti entro i limiti dell'errore, datandoli dalla fine del I secolo all'inizio del IV, quindi dentro alla probabile morte del nostro Santo.

Delle scoperte nel fondo della cassa ne cito solo una delle più curiose, la presenza di oltre seimila ossicini di cui 28 crani di bisce d'acqua, sicuramente entrate da due buchi irregolari nel fondo della cassa e poi morte nel letargo invernale.

Subito dal 18 Gennaio 1999 ricominciano le riunioni di studio con la cinquantunesima sessione, nella quale vengono messe a confronto la cassa di piombo di San Luca, una più piccola di San Mattia, quella di San Prosdocimo, il primo Vescovo di Padova, ed altre bare.

Il 2 Ottobre viene attivata la Segreteria del futuro Congresso Internazionale, retta, questa, da un Sacerdote Diocesano responsabile.

A fine agosto 2000, anno santo, il Vescovo ripone in un artistico reliquiario d'argento metà della quarta costola di sinistra di San Luca. Il 16 settembre partono da Venezia in aereo per Atene il Vescovo, il metropolita ortodosso di Venezia e due monaci di Padova.

Il giorno dopo nel corso di grandi festeggiamenti di popolo, a Tebe, il reliquiario viene ufficialmente consegnato a S.E. Giovanni Hieronymos metropolita di Tebe, venuto a Padova otto anni prima a domandarlo...: la reliquia viene finalmente riposta nell'Arca di Tebe, vuota da oltre 16 secoli!

Il gesto fu molto apprezzato da tutta la Chiesa ellenica.

Il 15 Ottobre 2000 si riapre l'ar-

ca marmorea della Basilica, e viene estratta la bara di cristallo là riposta nel Novembre 1998; la nuova esposizione al pubblico dei fedeli durerà otto giorni, cioè la stessa durata del Congresso Internazionale intitolato:

San Luca evangelista testimone della fede che unisce

Apertura e primo giorno sono state nell'Aula magna dell'Università, i giorni seguenti nell'Aula magna dell'Abbazia, per le giornate bibliche, storiche, iconografiche..., mentre la Basilica ospitava le giornate ecumeniche, presenti molti Vescovi cattolici ed ortodossi d'Europa.

Il 22 Ottobre la bara in vetro viene trasferita nella Cappella Antica, aperta esclusivamente agli studiosi, per ulteriori ricerche.

Solo il 6 Giugno 2001 il Corpo del Santo, traslato finalmente dalla bara di vetro nella primitiva di piombo, viene definitivamente riportato in Basilica e chiuso nell'arca marmorea del transetto sinistro.

Gli studi hanno richiesto 86 sessioni di gruppo in 994 giorni, distribuiti in 4 anni. Il Vescovo

ha nominato il Padre Francesco G.B. Trolese O.S.B. direttore della pubblicazione delle sessioni di studio e degli atti del congresso, usciti nel 2004 in tre volumi di oltre 2500 pagine.

Conclusioni

- Non si sa che corpo sia stato portato originariamente nella Basilica dei XII Apostoli a Costantinopoli come "*creduto corpo di San Luca*".

- I dati scientifici non smentiscono la tradizionale attribuzione a San Luca delle spoglie, appartenenti ad un uomo in tarda età, affetto da grave osteoporosi e da gravissima spondilartrosi, specie lombare, sempre rimaste nella primitiva bara di piombo.

- Il cranio mancante è sicuramente quello di Praga, Chiesa di San Vito. Nessuna segnalazione per l'ulna e l'astragalo mancanti è giunta.

- Tutte le altre attribuzioni di parti sono da considerarsi false.

- Non è chiarito a sufficienza come, quando e perché sia avvenuta la traslazione del corpo da Costantinopoli a Padova.



Dott. Fernando Cazzuoli

CONVEGNO ENPAM: “LE STRATEGIE DEL CAMBIAMENTO”

Il 4 e 5 Novembre si è tenuto a Roma un importante convegno o meglio un summit, con la partecipazione di tutti i rappresentanti della professione medica e odontoiatrica, per la discussione aperta sulle proposte di riforma dei tre capisaldi della Fondazione: STATUTO, PATRIMONIO, PENSIONI.

Per la prima sessione “modifiche dello statuto”, è stato mandato un questionario le cui risposte servono da base e guida per la discussione. Il primo obiettivo che emerge in maniera preponderante è la necessità di riadattare le regole della rappresentatività, salvaguardando la legittimità, doverosa rappresentatività degli Ordini Professionali trovando anche la maniera di rappresentare adeguatamente i soci contribuenti, attraverso le forme associative e sindacali. Gli odontoiatri, con documento unitario, chiedono il riconoscimento della rappresentanza odontoiatrica senza voler creare in alcun modo contrapposizione.

Il percorso per riequilibrare le aspettative di tutti potrebbe essere quello di dare rappresentanza decisionale alle Consulte, che sono gli organismi maggiormente rappresentativi delle varie categorie di iscritti e quindi dei vari Fondi, ampliando il Consiglio Nazionale, magari rendendo più snello e operativo il CDA. La seconda vespertina questione che, in considerazione del mutamento dello scenario sanitario nazionale, ha fatto discutere lungamente è l’apertura o meno dell’Ente ad altre professioni sanitarie ovvero se candidarsi alla gestione della previdenza delle

altre professioni sanitarie, specie quelle emergenti delle mini lauree. Nel merito non vi sono stati pareri sostanzialmente favorevoli da approvare una modifica in tal senso.

Nel corso di questa sessione è intervenuto il prof. Giuliano Amato che nel 1994, quale Ministro del lavoro, ha siglato la privatizzazione dell’Ente. Ha puntualizzato che il progressivo aumento della prospettiva di vita, l’approssimarsi della grande fascia di pensionati nati post bellum, la riduzione dei redditi, anche dei professionisti e quindi della capacità contributiva, sta mettendo in seria difficoltà gli enti previdenziali tutti, difficoltà che si accentueranno per le future generazioni; ciononostante per il riordino ha raccomandato di usare il bisturi, non la clava. Ha poi aggiunto “chi ragiona con la clava chiede di abolire gli Ordini, le Province, le Pensioni di reversibilità”, ma come mai non si pensa di chiudere la miriade di enti semipubblici legati alle amministrazioni locali nei cui CDA siedono spesso tanti soggetti indicati dalla politica? In conclusione si è detto contrario assolutamente all’abolizione degli Ordini Professionali, “sono associazioni di pari, che vanno riorganizzate e rimodellate, le sole a poter giudicare con competenza le professionalità” ha dichiarato.

Nella sessione pomeridiana di venerdì incentrata sul “patrimonio” si è affermato che avrà un unico CIO (chief investment officer - direttore area gestionale del Patrimonio). Si è presentato e ha esordito ufficialmente in tale

veste l’Ing. Caccamo. Ha fatto un breve escursus storico del Patrimonio che ha cominciato a consolidarsi nel 1950 con l’acquisto di svariati immobili. Nel 1985 si è iniziato a investire nel mobiliare, nel 1995 anno successivo alla privatizzazione gli investimenti nei due settori si pareggiano, successivamente prevale il mobiliare diversificato sull’immobiliare fino ad oggi. Il patrimonio dell’Ente a bilancio di previsione 2011 è di circa 12 miliardi di euro investiti per il 35% sull’immobiliare, specialmente in fondi immobiliari meno penalizzati fiscalmente, e per il 65% nel mobiliare (titoli di stato, titoli obbligazionari, oicvm, total return, commodities, partecipazioni in società, azioni). Attualmente però il vero problema è quello di superare la distinzione tra mobiliare e immobiliare. Il nuovo modello di governance, messo in atto dall’Enpam su indicazione del prof. Mario Monti vale per tutto il patrimonio; è una governance basata sulla best practice degli enti previdenziali ossia su modelli di comportamento, quindi processi strategici attuati in serie, perché così facendo si riducono i rischi, diminuendo la discrezionalità nelle scelte e l’errore umano, con netta distinzione tra promotori e controllori. Quindi, la nuova strategia degli investimenti dovrà integrarsi con la nuova governance, dovrà definire un nuovo processo di investimenti rielaborando tutte le procedure esistenti per le specifiche attività, definire il modello, la classe di investimento, i vincoli e i limiti, elaborare una Asset Allocation Strategica

(AAS) approvata dal Consiglio di Amministrazione. L'AAS sarà accompagnata da una mappatura dei rischi e definirà quindi la Risk Allocation Strategica, che si deve attuare in un disegno di più ampia riforma, che tenga sempre presente la necessità di optare e scegliere la via degli investimenti diversificati in ogni classe di attività con l'attenta vigilanza della Unità di Valutazione degli Investimenti Patrimoniali (UVIP) di recente istituzione.

In questa sessione è intervenuto il prof. Mario Monti, introdotto dal moderatore dr. Malagnino, vice presidente dell'Ente che, dopo aver ricordato con gratitudine lo studio realizzato dal professore stesso in collaborazione del suo team Goldman Sachs per definire la nuova strategia di gestione del patrimonio della Fondazione, ha chiesto se l'investimento in titoli di stato italiani sia compatibile con una valutazione scientifica A.A.S. degli investimenti, ovvero se i BTP italiani siano un investimento positivo. Il prof. Monti ha risposto illustrando la sua visione sulla situazione finanziaria in Europa e di conseguenza nel nostro Paese. La crisi europea non è assolutamente sulla via della risoluzione, siamo in una crisi dell'eurozona non dell'euro; la crisi dell'euro si misura con l'inflazione e col cambio, l'inflazione in Europa è aumentata in maniera irrilevante: il cambio dell'euro, anche se meno forte della moneta svizzera, non è in forte flessione. Vi è una crisi di bilancio pubblico e bancaria in alcuni paesi dell'eurozona, ma non più grave di quanto accade negli Stati Uniti, in Gran Bretagna

e in Giappone. Il sistema di verifiche e controlli messo in atto nell'area dell'euro, fa crescere la dimensione "percepita" della crisi e inoltre rischia di sembrare incompatibile con la democrazia. In Italia si è fatto bene a mettere in evidenza le azioni positive, ma si doveva essere più accorti ad evidenziare gli aspetti negativi. Essenziale è riconoscere l'esistenza dei problemi quando ve ne siano, dannoso negarne la realtà e l'evidenza perchè le difficoltà economico-finanziarie e politiche dipendono dalla natura dei problemi. Nel sistema Italia è importante la riduzione del debito, ma altrettanto importante aumentare la produttività. Quindi, qualche sacrificio per tutti, ma è necessario che tutte le forze politiche si accordino e decidano interventi coordinati per risolvere i problemi. Anche in America dove regna il bipolarismo hanno costituito una super commissione con pari numero di democratici e repubblicani nella speranza che mettano in atto meccanismi per la risoluzione dei problemi della finanza pubblica. Quindi occorrono comportamenti comuni e condivisi fra il Governo e le categorie. In definitiva questo è il momento sia per i sistemi pubblici che privati di procedere non per inerzia, ripetendo comportamenti consueti, ma di essere sempre all'erta per coglier anche la minima variazione e compiere le scelte più adeguate.

La seconda giornata del convegno è stata interamente dedicata alla riforma delle pensioni che sarà varata, dopo l'approvazione dei ministeri competenti, entro il

2012 per diventare operativa dal Gennaio 2013.

Per il dr. Oliveti, vice presidente vicario, la riforma della previdenza è il primo e più grande problema da affrontare e risolvere perchè la impone:

1- l'andamento demografico con il progressivo allungamento dell'aspettativa di vita (2 mesi in più all'anno per i prossimi 20 anni);

2- la famigerata gobba pensionistica (40.000 medici pensionandi tra il 2015 e il 2025);

3- la legge finanziaria 2007 che impone agli Enti previdenziali privati equilibrio di bilancio commisurato su 30 anni anzichè 15.

L'Ente ha l'obbligo, utilizzando i contributi e la rendita del patrimonio, di garantire la pensione agli iscritti, la massima pensione sostenibile.

Quindi cosa non si farà e cosa si dovrà, bisognerà fare?

Non saranno toccate le pensioni in essere, nè cambiato il valore o rendimento dei contributi già versati, non si vuole obbligare ad andare in pensione più tardi, nè decidere quale deve essere la data del pensionamento di ciascun socio.

Ma le motivazioni addotte impongono comunque una riforma che non deve agire sulla catena generazionale, evitando che questa riforma si scarichi sui giovani o sulle prossime generazioni.

Per realizzare questo si stanno mettendo in atto importanti mosse o azioni:

1- riduzione della valorizzazione e redditività dei contributi che rimane comunque più alta rispet-

to a quella di tutti gli altri sistemi pensionistici pubblici;
 2- innalzamento dell'età di pensione ordinaria da 65 a 68 anni con gradualità a cominciare dal 2013 per arrivare a regime nel 2018, lasciando invariata a 58 anni l'età pensionabile per anzianità, ma aumentando la riduzione delle pensioni in proporzione della prospettiva di vita;
 3- riduzione dell'aumento della redditività per chi decide di pensionarsi dopo il punto zero;
 4- aumento della percentuale di contribuzione sui redditi a partire dal 2015 con la ratifica del nuovo contratto.
 Il rischio, se non si attuano queste riforme, è il commissaria-

mento dell'Ente e conseguente passaggio alla gestione a sistema contributivo con sovversione della catena generazionale e riduzione delle pensioni per tutti. Nella mattinata è intervenuto il prof. Massimo Angrisani, professore di tecnica attuariale della previdenza che ha proposto diverse riflessioni riguardo ai sistemi pensionistici sia pubblici che privati. Le criticità del nostro Ente derivano da regole sbagliate all'atto della privatizzazione in particolare l'errore concettuale di non aver tenuto conto dei dati demografici futuri, ma soprattutto di non aver tenuto in giusto conto le possibili variazioni della mas-

sa reddituale e le conseguenti necessarie regole da applicare sui rendimenti. Se da una parte il rendimento del patrimonio è valutabile con una buona approssimazione, dall'altra il rendimento derivante dal flusso reddituale contributivo presenta molte criticità, sia per il contrarsi del numero dei professionisti attivi, sia per una dinamica negativa dei redditi della categoria.

Nella tarda mattinata si è affrontato l'analisi del riordino dei vari fondi, argomento che affronteremo in una prossima pubblicazione.

Giacinto Loconte
 Esperto ENPAM



Informazione pubblicitaria

UNIPOL
 UGF ASSICURAZIONI

Agente Generale

ASSICOOP
 MODENA spa

Siamo presenti in Modena e Provincia a:

Modena Via C. Zocchi, 31/h

Modena C. Comm.le "I Portali" via dello Sport, 50/25

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

Capi Via Cantina della Ficopa, 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

PROFESSIONISTI OBBLIGATORIA LA RC PROFESSIONALE

La legge 148/2011, conversione in legge del DL. 138 del 13 agosto 2011, prevede all'articolo 3 punto 5 lettera e) l'obbligatorietà di una polizza assicurativa professionale. A tutela del cliente, il professionista è tenuto a stipulare idonea assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. Il professionista deve rendere noti al cliente, al momento dell'assunzione dell'incarico, gli estremi della polizza stipulata per la responsabilità professionale e il relativo massimale. Le condizioni generali delle polizze assicurative di cui al presente comma possono essere negoziate, in convenzione coi propri iscritti, dai Collegi Nazionali e dagli Enti previdenziali dei professionisti. Chi non provvede entro l'agosto 2012 avrà sanzioni disciplinari dal proprio Ordine e dovrà provvedere in proprio all'indennizzo del cliente.



**Gli uffici di segreteria
rimarranno
chiusi i giorni**

**27-28-29-30
dicembre 2011**

LA "SETTIMANA DELLA SALUTE MENTALE" VERSO UNA NUOVA PSICHIATRIA DI COMUNITA'

Si è da poco conclusa la prima edizione modenese della **Settimana della Salute Mentale** (21-28 ottobre 2011) organizzata dal dipartimento di Salute Mentale Ausl di Modena, che ha coinvolto la cittadinanza di tutti i distretti e comuni della provincia di Modena, trovando, ha dichiarato il dott. Fabrizio Starace Direttore Dipartimento Salute Mentale Ausl Modena, "già presente nella comunità una forte richiesta di partecipazione da parte di tutti". Protagonisti sono stati così operatori, utenti, famigliari, associazionismo, cooperative del terzo settore, ecc. nell'organizzare eventi, incontri, dibattiti, mostre, spettacoli, ecc., con l'auspicio, ha concluso Starace, che la settimana potesse lasciare una "memoria operante" per un successivo fruttuoso "anno operoso".

L'apertura si è caratterizzata con il tracciare una nuova "vision" di Salute Mentale come Bene Comune che coinvolga ognuno. Una nuova **Psichiatria di Comunità** non più galvanizzata dai "posti letto" ospedalieri, ma "che valorizzi le potenzialità ancora inesprese del territorio, superando la frammentazione delle pratiche e la compartimentalizzazione dei servizi, ricercando piuttosto l'integrazione con gli enti locali, superando l'autoreferenzialità e i calcoli di parte, rispetto all'interesse comune".

Ben diversa la Psichiatria d'oltreoceano presentata da Allen Frances che ha lanciato in particolare

l'allarme per il nuovo manuale diagnostico **DSM V** cui stanno lavorando ricercatori della commissione parte della Società Psichiatria Americana, paventando confini molto-troppo ampi per la definizione di patologia, con il rischio quindi, di un uso impropriamente distribuito di psicofarmaci nella popolazione. Rischio verosimile in un paese dove, da quindici anni, le compagnie farmaceutiche sono state autorizzate a fare la pubblicità sui media, con un giro d'affari di 10 miliardi di dollari all'anno per gli antidepressivi e di 50 miliardi di dollari all'anno per i farmaci antipsicotici atipici. I pazienti ambulatoriali vengono visti da specialisti neurologi che fanno diagnosi, e gli psicofarmaci prescritti dai medici di base, con esplosione, in particolare negli ultimi anni, di diagnosi di disturbo di attenzione e iperattività, di autismo e di disturbo bipolare in età evolutiva, e di ansia e depressione nell'adulto.

Con i dati epidemiologici presentati il Dott. Paolo Stagi, Direttore della Neuro-Psichiatria Infantile e Adolescenza di Modena, rassicura che in **Emilia Romagna non vi è nessuna "epidemia" diagnostica nei servizi di NPIA**, con un'incidenza di diagnosi nel 6% della popolazione (quattro volte è l'incidenza riportata negli Stati Uniti) né aumento di prescrizione di farmaci. I picchi di accesso ai servizi di NPIA sono sulle fasce di età 3-4 anni, 6-7 anni e 12 anni. Nelle fasce di età infantile

si presentano prevalentemente per disturbi di apprendimento, di linguaggio, quadri neurologici e sindrome di Down e il servizio si interfaccia prevalentemente con la pediatria, e spesso la scuola inviante. Le psicopatologie sono prevalentemente ad esordio adolescenziale. L'eterogeneità delle fasce di età di esordio e dei possibili quadri clinici in età evolutiva, spiegano il nuovo orientamento organizzativo del servizio per le emergenze-urgenze in età evolutiva, di coordinamento con la clinica Pediatrica, Psichiatria e l'Università.

D'altronde, ragguaglia il dott. Giovanni De Girolamo, Dir. Scientifico IRCCS di Brescia, è importante che la diagnosi sia precoce. Tanto più precoce è l'intervento e quindi il trattamento, non solo farmacologico, ma anche psico-educativo e psicoterapeutico, tanto più è possibile la risoluzione, spesso con guarigione entro i primi due anni come dimostra uno studio australiano citato. In Italia la maggiore incidenza di età di insorgenza delle patologie psichiatriche è tra i 25 e 34 anni, quando il 60% dei 550.000 pazienti in cura presso i Centri di Salute Mentale ha un'età media fra i 45 e 90 anni, ciò significa che i servizi di salute mentale sono prevalentemente orientati verso il trattamento della cronicità. Così tutte le statistiche internazionali con i dati di abuso di alcool e di cannabis danno un picco di esordio prima dei 20 anni, quando nei Sert la popolazione di 150.000 persone in cura in Ita-

lia ha un'età media decisamente più avanzata.

Sottolinea ancora il Prof. Marco Rigatelli dell'Univ. Di Modena nella sua relazione, che dalla legge 180 "l'Italia è l'unico paese al mondo che ha chiuso i manicomi" e tanto si è fatto in questo trentennio ad esempio nella professionalizzazione dei tecnici dell'assistenza e della riabilitazione psichiatrica per cui da dieci anni è istituito un corso di laurea specifico presso l'Università di Modena. Ma nonostante la vivacità dell'associazionismo sul territorio, si è ancora qui a parlare di inclusione e di "Stigma". E un nuovo glossario viene introdotto dal Prof. Massimo Casacchia dell'Univ. Dell'Aquila che, oltre a spiegarci lo Stigma che bolla una persona come esclusa, accosta parole come "Stereotipo" con la tendenza cognitiva ad attribuire forti semplificazioni nella definizione di altre persone, "Pregiudizio" con attitudine conseguente a reagire emotivamente in modo sfavorevole, "Discriminazione" è il comportamento esplicito di allontanamento. La persona stigmatizzata tende poi nel tempo a introiettare il pregiudizio degli altri nell'opinione negativa di sé nel "Self-Stigma", con bassa autostima e ad esempio la rinuncia a cercare un lavoro. A questi vocaboli di esclusione, si affacciano per contro nuovi termini nel nuovo movimento internazionale della Psichiatria di Comunità, come "empowerment", cioè capacità degli utenti rispetto al proprio percorso di cura visto come

potenziale evoluzione verso il recupero, e "recovery" con esito positivo e il riadattamento sociale, con l'attivazione di una rete sociale o "Social Network", e quindi di "utenti esperti", cioè divenuti competenti rispetto al disturbo mentale di cui sono affetti.

E gli "utenti esperti" hanno saputo, nell'incontro organizzato con la stampa, rivolgere quesiti specifici con la richiesta di evitare l'uso improprio e sensazionalistico, con connotazione negativa, di termini che fanno riferimento alla malattia mentale o alle persone affette da malattia mentale, in taluni casi enfatizzando tragedie mortali.

"Utenti esperti" che, in un altro incontro condotto da Cristina Contini dell'associazione "uditori di voci", hanno saputo spiegare le loro "voci", o allucinazioni uditive, che si impongono interferendo penosamente con una normalità di vita, chiedendo ai famigliari, e operatori psichiatrici di essere ascoltati, non giudicati o presi in giro e di poterne parlare senza che si aumenti subito loro la terapia farmacologica o provvedere a un ricovero, pur riconoscendo talora, in momenti di particolare malessere, la necessità di tali presidi terapeutici.

Ben presenti anche le associazioni di famigliari aperte ad operatori e cittadini. Nel pomeriggio loro dedicato hanno presentato le attività nei gruppi di automutuo-aiuto per l'organizzazione di occupazioni nel tempo libero delle serate, e dei fine settimana, per l'integrazione in esercizi

di parrocchie e nei quartieri, per la sensibilizzazione della cittadinanza sulle problematiche della salute mentale per migliorare le relazioni, accorciando i tempi di permanenza in ambienti confinati (es. i ricoveri). Hanno ricordato la carente risposta degli enti locali al reinserimento, per il problema casa con graduatorie pubbliche praticamente inaccessibili, e i cui criteri di graduatorie in punteggi sono insondabili secondo gli operatori, e l'effettiva possibilità di inserimenti lavorativi.

Rispetto ai progetti di inserimento lavorativo, secondo la relazione del Dott. Angelo Fioritti Direttore Dipartimento Salute Mentale di Bologna, ci sono attualmente 4.000 persone interessate nella Regione Emilia Romagna, di questi il 6% sono utenti dei servizi di salute mentale, e nel prossimo triennio la regione ha già previsto uno stanziamento di un milione di euro all'anno per i progetti in merito. Titolare responsabile per la politica del lavoro è la Provincia. Gli inserimenti lavorativi sono percorsi differenziati che possono essere fra i più protetti come le "Borse Lavoro", o Inserimenti Professionali per soggetti con riconoscimento di invalidità parziale secondo art.68/99, fino al semplice sostegno della persona nella ricerca del lavoro sul libero mercato con strategie di ricerca del lavoro, secondo un più recente modello di percorso proveniente dagli Stati Uniti, e già diffuso in altri paesi Europei.

Lucia Rolando
Medico Psicoterapeuta

Gentili Colleghi,

l'Istituto di Malattie dell'Apparato Respiratorio (Azienda Ospedaliera Policlinico) partecipa ad un progetto di ricerca promosso e finanziato della Regione Emilia Romagna sulla gestione delle polmoniti acquisite in comunità (CAP) in collaborazione con l'U.O. di Pneumologia dell'Ospedale S. Anna di Ferrara. Lo studio si propone di confrontare due diversi modelli organizzativi per la gestione delle CAP: uno attuato a Modena, basato sulla gestione del paziente da parte dello specialista pneumologo tramite l'ambulatorio "Affido Pneumologico", e uno a Ferrara, basato sulla gestione diretta del paziente da parte dei MMG, previa specifica formazione. Ai pazienti arruolati verrà offerta la valutazione clinico-strumentale con consiglio terapeutico e follow up a 30 e 90 giorni. Verranno considerati indicatori di processo, di esito clinico, economici ed umanistici (soddisfazione del cliente) al fine di ottenere indicazioni applicabili su scale regionale. I risultati saranno illustrati ai Colleghi MMG in un incontro che verrà comunicato al termine dello studio.

I pazienti ci possono essere inviati senza prenotazione CUP con richiesta di visita urgente direttamente all' ambulatorio "Affido Pneumologico", sito al piano rialzato della palazzina Malattie Apparato Respiratorio, (ingresso 22, a lato COM) ore 8.30-13.30 dal lunedì al venerdì telefono 0594225633. (negli altri giorni è disponibile per urgenze il medico di guardia dell'U.O.di Pneumologia)

Ringraziando per la collaborazione, porgiamo cordiali saluti anche a nome del Direttore di Clinica Malattie Apparato Respiratorio, Prof. L.M.Fabbri
Dr.P.Roversi (responsabile di progetto) Dr.ssa A.Verduri, M. Bortolotti, G. Cervi.C.Barbieri

L'Unità Complessa di Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ha, tra i suoi principali obiettivi, la terapia delle malattie epatiche croniche. Negli ultimi anni, proprio l'osservazione di un grande numero di pazienti ha portato ad identificare notevoli differenze nella progressione della malattie epatiche nei due sessi, soprattutto in quelle dovute al virus dell'epatite C. Questo ha portato a definire che negli uomini il tasso di progressione della fibrosi è significativamente più elevato mentre la percentuale di risposta alla terapia antivirale minore, rispetto alle donne; questo vantaggio del sesso femminile è però presente solo fintantoché le donne sono in età fertile. Le donne, quando raggiungono la menopausa, lamentano immediatamente una più rapida progressione della fibrosi, un maggior rischio di sviluppare carcinoma epatocellulare e soprattutto, un tasso di risposta molto più basso al trattamento con Peginterferone e Ribavirina (PEG IFN/RBV): questo significa che nelle donne in menopausa con genotipo 1 la risposta all'IFN non supera il 35-40% mentre nella donna in età fertile esso raggiunge e supera il 60%. La coorte di donne in post-menopausa con epatite C e genotipo 1 rappresenta, quindi, un gruppo di pazienti difficile-da-trattare in cui è necessario un approccio più potente al fine di migliorare il tasso di risposta che potrebbe essere ottenuto con l'aggiunta alla terapia standard di un nuovo farmaco antivirale (inibitore della proteasi dell'HCV) come il Boceprevir. Questo farmaco ha dimostrato un incremento della percentuale di risposta virologica sostenuta (SVR) quando utilizzato in studi prospettici controllati (SPRINT_2 e RESPOND_2) in popolazioni di pazienti con epatite cronica da HCV, genotipo 1, non responder a terapia standard.

Il Comitato Etico provinciale di Modena ha recentemente approvato il nostro protocollo di trattamento: **"Boceprevir in combinazione con Peginterferone Alfa-2b e Ribavirina nelle Donne Menopausali Difficult-to-Treat con epatite cronica C Genotipo 1, Non responder a Peginterferone/Ribavirina o Mai Trattate"**, che sarà pronto all'arruolamento da fine Novembre. In questo studio, alla terapia tradizionale verrà aggiunto, per le donne che necessitano un ritrattamento, anche Boceprevir mentre nelle donne che non hanno mai avuto un trattamento verrà fatto un confronto fra terapia tradizionale (PEG IFN+Ribavirina) e terapia tradizionale più Boceprevir.

Chi fosse interessato ad avere maggior informazioni, ci può contattare ai seguenti numeri: Prof. Erica Villa: 059 4225308 o erica.villa@unimore.it; Dott. Veronica Bernabucci: 3291285431 o veronica.bernabucci@libero.it; Dott. Ranka Vukotic: 3480529157 oppure ranka81@yahoo.it.

LE INSTABILITA' DEL CARPO A GENESI TRAUMATICA
Modena 16-17 MARZO 2012

Presidente Onorario: Dott. Antonio Landi
 Presidente : Dott. Augusto Marcuzzi

Nell'ambito della Funzione Hub per la Regione Emilia-Romagna
Master II Livello di Chirurgia della Mano Università di Modena e Reggio Emilia
Anno Accademico 2011-2012

Segreteria scientifica: Dott. Norman Della Rosa, Dott.ssa Antonia Russomando,
 Dott. Mario Lando,
 Dott. Alessandro Giannattasio, Olga Tondo

Segreteria Organizzativa:
 INTERMEETING
 Borgo Collegio Maria Luigia, 15
 43100 PARMA
segreteria@intermeeting.it
 Tel.: 0521-231123
 Fax.: 0521-228981

Informazione pubblicitaria

www.gruppobper.it



Gruppo BPER. La nostra forza è la tua forza.

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

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

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

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

Tocchiamo questa volta un tasto delicato, ma che fa parte della vita, ed al quale nessuno può sottrarsi: Murìr=Morire.

Il dialetto come al solito, renderà la pillola meno amara.

"A magnèr prest e a murìr tèrd a-s campà dimàndi" (a mangiare presto e a morire tardi si campà molto).

"A mor chi bàvv e a mor chi a-n bàvv" (muore chi beve e muore chi non beve).è l'alibi dei grossi bevitori di vino.

"A mor la pégra, a mor l'agnèl, a mor la vaca cun al vidèl, a mor la gèint stracolma ed guai, ma i roumpaciòun i-n moren mai!!!" (muore la pecora, muore l'agnello, muore la mucca con il vitello, muore la gente piena di guai, ma i rompi....scatole, non muiono mai!!!).

"A murìr e a parturìr, a-n gh'è ora" (a morire ed a partorire non c'è ora).

"A paghèr e a murìr, a s'è sèimper in tèimp" (a pagare ed a morire si è sempre in tempo).

"A-n còunta ménga vèver o murìr, basta ch'a-s càmpa" (non importa vivere o morire, basta che si campì....).
 Qui emerge nuovamente la voglia di vivere.

"Dedlè a-s nas, dedlè a-s mor..." (da lì si nasce, da lì si muore...)

Il modo di dire si riferisce alla vita dell'uomo ed al suo ineluttabile legame con la donna (ed ai suoi attributi sessuali), dalla quale è nato e per la quale (e per i quali), a volte muore.

....ma segue giustamente....

"D'un quèlch mèl, bisogna por murìr...." (di qualche male bisogna pur morire...).

C'è ancora molto da dire...alla prossima, Arginelli Lodovico



L. Arginelli



P. Martone



Nacque a Modena nel 1890, e morì a Modena nel 1967.

Frequentò le Belle Arti di Modena, ottenendo l'abilitazione all'insegnamento del disegno.

Insegnò dapprima all'Istituto Barozzi, poi dal 1915 al 1920, nella sezione plastico-decorativa della scuola serale di disegno dell'Istituto d'Arte.

Ebbe rapporti d'amicizia con **Graziosi, Salvarani, Magnavacca, Baracchi, e con scrittori come Delfini, Ferruccio Cambi e Tommaso Sorbelli.**

Fu assai noto anche in campo artistico nazionale ed internazionale, (Parigi, Monaco, Vienna e Londra), per la sua conoscenza estetica e la capacità di giusta critica.

Inoltre fu uno dei primi coordinatori della Galleria Campori e di importanti raccolte modenesi, oltre che consigliere di noti collezionisti come il Conte Cini di Venezia ed il Barone Lazzaroni di Roma.

Oltre al pennello si dilettò nella litografia, con la matita, e come scultore.

Sicuramente il suo pennello è stato anche influenzato dalla luminosità impressionista.

Raramente diede risalto alla sua attività artistica con personali o collettive.

Unica attestazione importante fu la partecipazione alla 3° quadriennale di Roma nel 1938.

Nel 1911 in una delle poche collettive alle quali partecipò l'artista nella Serra dei Giardini Pubblici, fece il suo esordio **Pio Semeghini.**

Un interessante ricordo riguarda un tondo con l'effigie della testa di San Giovanni decollato, eseguita per la Chiesa di San Giovanni Battista, esposto il 24 giugno, giorno della festività del Santo.

Alcune sue opere:

"Testa di bimbo", bronzo, h. cm. 32.

"Fagiani", 1926, olio su tela, cm. 92x74.

"Laguna veneta", olio su legno, cm. 40x26.

"Ritratto di Zelindo Bonacini", eseguito da Arcangelo Salvarani, 1915, olio su tela, cm. 99x 135,5.

Porta la dedica: all'amico carissimo. Il busto che il Bonacini sta eseguendo è quello del Salvarani.



FINALMENTE UN PO' DI BUONA SANITÀ....

E' terminata la mostra di Pittura, Scultura e Fotografia con Spettacolo d'Arte varia, presso il Palazzo Ducale di Pavullo, dell'Associazione Medici e Sanitari Artisti (A.M.E.S.A.), con il patrocinio dell'Ordine dei medici ed odontoiatri di Modena.

Questa è stata la 20° Edizione.

Grande successo di pubblico, che ha apprezzato le opere esposte che facevano da cornice, nella giornata d'inaugurazione ,allo spettacolo, che per due ore si è svolto sul palco della sala.

Il presidente dell'Associazione Lodovico Arginelli, ha condotto la giornata, presentando i vari artisti ed esibendosi in recitazione di poesie dialettali ludiche e cabaret.

Non sono mancati musicisti e cantanti: da Claudio Ughetti al trio Drusiani-Ciardullo-Moris, dal coro di Redù diretto da Stefano Moreali al trio Marietta-Bursi-Mattei, poi ancora Marietta-Lugli.

Infine i poeti dialettali Giuseppe Di Genova, Dorianò Novi e Arginelli, con l'illusionista Roberto De Gesu ed i ballerini Alessandro Romano e Paola Agus.

Le opere esposte di: Borin Amalia, Piccinini Marco, Cinque Michele, Arginelli Lodovico, Caleffi Iole, Vellani Carlo, Taschini Paolo, Poleggi Vinicio, Lodi Renzo, Melchionda Michele, Tardini Fausto, Iellamo Giuseppe, Raffaele Elisabetta, Radighieri Daniela, Tomasi Gaetano, Multari Paolo, Bertoldi Marcello, Bellei Mauro, Giovanardi Daniele, D'Urso Anna Rita, Catellani Patrizia, Cerchiarì Marchioni Marta, Benassi Giuseppe, Mascetti Enrico, Piancone Cataldo, Bordini Marco, Pollacci Laura, Daya Ghassan, De Paolis Angelo, Pietranera, Rivasi Paolo, Barozzi Giuseppe, Zampaglione Domenico, Zagaglia Beppe, Zanfognini Ghigo, Miglioli Rutilio, Marascelli Isidoro e Caleffi Giordano, sono state molto ammirate, sia durante l'inaugurazione, che nel periodo espositivo, con decise critiche positive verbali e scritte.

Insomma una festa dei Medici ben riuscita dove camice e fonendo sono rimasti in ambulatorio, ma l'arte e non solo quella medica ha dato bella mostra di sé, rinforzando quel rapporto fra medico e paziente indispensabile nella quotidiana lotta contro la malattia.

Come tutte le feste, anche questa è terminata con i piedi sotto alla tavola, con un rinfresco organizzato dall'Associazione Medici e Sanitari Artisti.



Un uomo debole fa dei dubbi prima di decidere, un uomo forte li fa dopo aver deciso.

Karl Kraus

La costituzione di scuole mediche è una prolifica fonte di discordia in campo professionale.

Daniel Drake



R. Olivi Mocenigo

La medicina è una sostanza che iniettata in un ratto produce un articolo

Arthur Bloch

Furono dati gli occhi a un cieco: subito chiese di avere anche le sopraciglia.

Aforisma georgiano



*Il Consiglio dell'Ordine
dei medici chirurghi e degli
odontoiatri di Modena
augura a tutti*

**Buon Natale e
Felice Anno Nuovo**