

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

LA MADRE PUÒ RESTARE SEMPRE ANONIMA (M. MESSORI – C. RUGGERINI)

LA PRODUZIONE DI UN DATA-BASE PER IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE NELLE CARTELLE CLINICHE DI UN GRUPPO DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI CARPI ASSOCIATI IN COOPERATIVA (P. MALAVASI)

*LE INFEZIONI DA LEGIONELLA:
PROBLEMA EMERGENTE DI SANITÀ PUBBLICA (P. BORELLA)*

CORSO DELL'ORDINE PER LA FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI COME RESPONSABILE E ADDETTO AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (EX D.LGS 626/94)



MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARI

SASSUOLOASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARI

NOI VI ASSISTIAMO A CASA E IN STRUTTURE OSPEDALIERE a MODENA ed ora anche a SASSUOLO; SERVIZI DI ASSISTENZA personalizzata per anziani, malati, disabili e persone non autosufficienti

Dietro lo slogan "Noi vi Assistiamo a casa e in strutture ospedaliere" lavora un mondo di professionisti capaci, sensibili, in grado di risolvere ogni problema e dare risposte concrete ed immediate alle varie esigenze.

La nostra società è in grado di assicurare a domicilio e in ospedale un servizio di assistenza. Il servizio igienico sanitario si espleta nelle seguenti mansioni:



Assistenza alla mobilitazione

(aiuto nell'alzata e messa a letto delle persone);

Assistenza all'alimentazione

(preparazione e somministrazione del pasto);

Assistenza nell'igiene e cura delle persone

(aiuto nelle operazioni di igiene personale quotidiana, ecc.);

Controllo e sorveglianza notturna e diurna;

Assistenza nell'igiene e cura degli ambienti di vita;

Assistenza nell'igiene e cura dell'abbigliamento

(lavaggio, stiro, ecc.);

Presso i nostri uffici, che potete visitare, è sempre disponibile una persona, che accoglie anziani, familiari e chiunque abbia bisogno di informazioni, dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.30.

"I nostri servizi permettono alle persone anziane e disabili di restare al proprio domicilio il più a lungo possibile ritardando o evitando l'ingresso in strutture di ricovero e di ospedalizzazione o favorirne le dimissioni"

I nostri servizi di
SOSTEGNO A DOMICILIO E IN STRUTTURE OSPEDALIERE
possono essere: salutarì, continuativi, part-time, giornalieri/notturni,
fine settimana.

MODENASSISTENZA

059-22.11.22

Via Ciro Menotti, 43 - Modena

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. 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 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

Email: 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 A. Addamo - dr L. Arginelli

dr L. Bertani - dr A. Dallari

dr.ssa A. Guerra - dr P. Martone

dr R. Olivi - dr M. Pantusa - prof F. Rivasi

Realizzazione Editoriale:

Pol. Mucchi - Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977



LETTERE ALLA REDAZIONE	4
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	6
NORMATIVA	9
NEWS	10
<hr/>	
DI PARTICOLARE INTERESSE:	
La produzione di un "data-base per il rischio cardiovascolare" nelle cartelle cliniche di un gruppo di Medici di Medicina Generale di Carpi associati in cooperativa	12
Le infezioni da <i>Legionella</i> : problema emergente di Sanità Pubblica	14
<hr/>	
OPINIONI A CONFRONTO	16
ARTE E DINTORNI	20
CORSI CONVEGNI E CONGRESSI	22

In copertina:
"Ultime Luci"
Giuseppe Miti Zanetti
olio su cartone cm 20x13

RICEVIAMO E PUBBLICHIAMO



Caro Presidente,

vorrei tornare ufficialmente sulla annosa questione relativa all'uso ed abuso del titolo di "professore" da parte di molti Colleghi. Del problema, per il vero, si era già occupato in passato il nostro Bollettino con una nota chiara e non passibile di equivoci; ma la cosa, forse per quieto vivere, è rimasta mero flatus vocis, specie per i profili sanzionatori o, quanto meno, di doveroso richiamo ordinistico (anzi, in ogni numero del Bollettino fa sempre bella mostra la pubblicità di un struttura privata diretta dal "Prof." XY, non avente titolo).

La scelta di tale abuso (lunghi da cointeressenze personali cui il sottoscritto è fortunatamente estraneo), francamente miserabile sul piano etico e personale, diventa però deontologicamente (e legalmente) più rilevante (e chiama questa volta espressamente in causa la funzione dell'Ordine) quando serve a millantare credito, ad accaparrare clientela, a modulare onorari al rialzo: da queste furbizie credo che il pubblico (cioè i pazienti) debba essere difeso, informato, tutelato (e, se non ci pensa l'Ordine, occorrerà coinvolgere le associazioni dei consumatori).

Il crimine è noto: può fregiarsi del titolo di "professore" colui che ha vinto pubblico concorso di docenza (ivi compresa la vecchia "libera docenza"), la cui qualifica, in altri termini, è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica. Gli inflazionati "professori a contratto" (quelli per intenderci che insegnano per incarico temporaneo nelle Scuole di specializzazione) devono specificare, accanto al titolo – base di "dotto-re" la qualifica di "professore a contratto presso..." e possono fregiarsi del titolo limitatamente alle funzioni di mera didattica e per la sola durata del contratto a termine (e non a fini di pratica clinica professionale).

Esistono articoli e sentenze della Suprema Corte che non lasciano adito a dubbi anche per quanto concerne le competenze e l'obbligatorietà di intervento ordinistico (così spesso eluse) su quello che a tutti gli effetti –piaccia o no– è un abuso di titolo.

Cosa si fa a Modena?

G. Beduschi

Ordinario Medicina Legale

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Tuttia Casa
BPER Mutuo Famiglia

1,5%*

tasso fisso per i primi 6 mesi
fino al 90% del valore della casa
durata fino a 30 anni

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

La banca per la famiglia

www.bper.it 800-205040

La lettera del Prof. Beduschi ripropone con vigore il tema dell'utilizzo del titolo di professore per gli iscritti all'Ordine professionale. Ci preme affermare con estrema chiarezza che condividiamo nella sostanza e nella forma quanto espresso dal collega e riteniamo, a questo proposito, di riproporre all'attenzione dei medici e degli odontoiatri modenesi il testo già pubblicato nel maggio di due anni fa, intente il parere del CUN (Consiglio Universitario Nazionale) e quello del Consiglio di Stato.

USO DEL TITOLO DI PROFESSORE

Il Consiglio Universitario Nazionale, a seguito di quesito posto dalla FNOMCeO concernente la possibilità dell'uso del titolo di professore da parte del personale docente a contratto e ricercatore, in data 20.2.2004, ha espresso il proprio parere.

Il titolo di "Professore" può essere usato dal personale a contratto ai sensi degli artt. 25 e 100 del DPR 382/80 e successive modificazioni e integrazioni.

Il CUN ha aggiunto che i medici, che ai sensi dei citati artt.25 e 100 del DPR 382/80 ricoprono insegnamenti in ambito universitario anche in corsi di laurea concernenti le professioni sanitarie, possono far uso del titolo di professore. Anche i medici ricercatori ai quali è stato conferito, con apposita deliberazione della facoltà la titolarità di un insegnamento possono far uso del titolo di professore.

Unica limitazione che incontrano i medici che ricoprono insegnamenti in ambito universitario e ricercatori è che l'uso del titolo è limitato al periodo di insegnamento, come peraltro già si era espresso il Consiglio di Stato con parere n. 1742 del 1985.

Per chiarezza e comodità e anche in conformità a quanto deciso dalla Cassazione a Sezione Unite con sentenza n. 870/91 possono far uso del titolo di professore:

- a) i Professori universitari di ruolo ordinari, straordinari e associati;
- b) i Professori a contratto ex art. 25 DPR 382/80, ex art. 100 DPR 382/80 ed ex art. 4DPR n. 162/82.
- c) I Liberi Docenti con docenza confermata, ex art. 10 Legge 30 dicembre 1958, n. 1175.

Va comunque precisato che la dizione "Professore" usata dai professori a contratto deve essere accompagnata dalla indicazione, senza abbreviazioni, "a contratto in....., presso la Facoltà di.....o la Scuola di..... per l'anno accademico.....".

Anche per i liberi docenti la dizione Professore deve essere accompagnata da "libero docente in....." specificando la materia nella quale è stata conseguita la libera docenza.

Il Consiglio dell'Ordine ritiene pertanto di richiamare con forza l'attenzione dei colleghi su quanto riportato nel testo precedente e dichiara fin da ora che si attiverà per applicare le norme previste dalla legge con il massimo rigore possibile, a tutela del cittadino e a garanzia di una informazione corretta.

N. G. D'Autilia

CORSO DI FORMAZIONE PER IL DATORE DI LAVORO QUALE RESPONSABILE E ADDETTO AL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE (RSPP)

Il D.L.vo 195/2003 ha corretto ed integrato il D.L.vo 626/94.

In particolare sono stati indicati i requisiti curriculari e formativi degli addetti e dei responsabili dei servizi di prevenzione e protezione dai rischi, che tutte le aziende devono nominare ai sensi del D.Lgs. 626/94.

Il D.L.vo 195/2003 non ha modificato l'art. 10 del D.Lgs. 626/94 e pertanto i datori di lavoro di aziende di piccole dimensioni possono svolgere direttamente i compiti propri del RSPP. In questa fattispecie rientrano anche gli studi medici e odontoiatrici.

Pertanto il titolare di uno studio medico od odontoiatrico che deve nominare il RSPP ha due possibilità:

- nominare RSPP un proprio dipendente o un consulente esterno
- autonomarsi RSPP.

Nel primo caso il soggetto nominato dovrà essere in possesso dei requisiti curriculari e formativi previsti dal D.L.vo 195/03 (titolo di studio nono inferiore al diploma di scuola secondaria superiore e attestato di frequenza ai corsi previsti dal decreto)

Nel secondo caso il datore di lavoro che si autonoma dovrà frequentare un corso di formazione di almeno 16 ore secondo le indicazioni del DM 16/01/96.

Essendo pervenute a quest'Ordine alcune richieste di colleghi che intendono assumere, quali datori di lavoro, l'incarico di RSPP, **quest'Ordine, in collaborazione con l'Azienda USL di Modena**, avrebbe previsto **l'organizzazione di un apposito corso di 16 ore**, da espletarsi nei primi mesi dell'anno 2006.

Gli interessati possono inoltrare una richiesta di partecipazione, quale "pre-iscrizione", alla segreteria di quest'Ordine tramite:

- posta ordinaria
- fax al n. 059/247719
- e-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it



**POLIGRAFICO
MUCCHI**

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

SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO

giovedì 29 dicembre 2005

Il giorno giovedì 29 dicembre 2005 - ore 12 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Luigi Bertani, Dott. Nicolino D'Autilia (presidente), Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivasi, Dott. Francesco Sala.

Consiglieri odontoiatri: Dott. Roberto Gozzi.

Ordine del giorno:

1. Approvazione verbali sedute del 29.11.2005 e 15.12.2005;
2. variazioni agli albi professionali;
3. comunicazioni del presidente;
4. delibere amministrative (Reggiani);
5. delibere di pubblicità sanitaria;
6. varie.

VARIAZIONI AGLI ALBI

Seduta di Consiglio del 29 dicembre 2005

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Iscrizione per trasferimento		N. Iscriz.
MARINO	MARIA	5958
Inserimento elenco speciale Medici Competenti in Medicina del Lavoro ai sensi DL.vo 277/91		
GATTI	MARIA GIULIA	5580
Cancellazione		
FRIGIERI	UGO	775

UNA SERATA UTILE ... E OPPORTUNA

La saletta dell'Ordine era affollata di colleghi la sera del 15 dicembre u.s. quando il Consiglio aveva invitato gli "esperti" ad illustrare lo stato dell'arte sulla vicenda del raddoppio dell'inceneritore. Oncologi, igienisti, epidemiologi, biologi hanno esposto gli esiti degli studi oggi disponibili, sia a livello nazionale che internazionale, sulle ricerche nel campo delle emissioni di queste centrali di smistamento dei rifiuti. La prof.ssa Aggazzotti e il prof. Federico in particolare si sono soffermati sulle misure messe in atto nel caso del nostro impianto. Ne è scaturito un ampio dibattito, durato molte ore, che ha portato alla conclusione, sostanzialmente condivisa da tutti gli esperti presenti, che non possono essere date risposte esauritive per le ricadute sui rischi per la salute dell'uomo e del territorio; questo anche

per la pratica impossibilità di discernere la loro origine in un'area ad alto impatto industriale e con un elevato indice di urbanizzazione.

Il Consiglio riceverà nel mese di gennaio gli "esperti" indicati dai comitati dei cittadini interessati già da tempo a questi problemi e riporterà su queste stesse pagine i risultati dell'audizione.

Fin da ora peraltro si può affermare che una delle considerazioni di base espresse dalla maggior parte dei colleghi è che occorrerà vigilare attentamente su questi fenomeni di recente insorgenza (venti - trent'anni), creando le condizioni per un monitoraggio stretto delle patologie in causa, neoplasie in primis, ma non solo, basti pensare ad esempio alle allergie. Questo sarà il ruolo dell'Ordine.

*Il presidente
Dott. N. D'Autilia*

fotocomposizione
 progettazione grafica
 stampa su plotter
 fotorifocco
 service Mac e Pc
 imposizione macchina
 uscita in pellicola
 stampa digitale

comunicazione e grafica
 tel. 059 776576 - fax 059 7702525

DECISO INTERVENTO DELL'ORDINE SULLA VICENDA DEI TEST NON AUTORIZZATI

Le notizie apparse nei primi giorni di gennaio sui quotidiani non solo modenesi, relative all'indagine della Guardia di Finanza che avrebbe scoperto un colossale giro di "screening" effettuati per alcuni anni da medici e biologi sul sangue di neonati a Torino, per conto di una società modenese, all'insaputa dei pazienti, ha gettato un'ombra molto pesante su un mondo, quello della ricerca, che ha bisogno invece di trasparenza e di equità nei comportamenti.

L'indiscusso impegno dell'Ordine di Modena, nel campo della Bioetica in generale e in quello dei Comitati Etici in particolare, ha sempre sottolineato alcuni aspetti fondanti per i professionisti

della salute come noi medici siamo: l'informazione più ampia e comprensibile, il consenso alla sperimentazione, il monitoraggio stretto dell'iter sperimentale, la libertà del paziente di recedere in qualsiasi momento.

E specialmente per i bambini, che devono essere ancor di più tutelati e garantiti da norme che ormai sono retaggio di ogni paese civile ed avanzato.

Da queste colonne portanti della moderna Bioetica non si può transigere, pena il degrado della nostra dignità di Uomini, con la U maiuscola.

*Il presidente
Dott. N. D'Autilia*

Riportiamo il testo del comunicato stampa emesso dall'Ordine dei medici di Modena

I MEDICI MODENESI A TUTELA DELLA VITA

“Occorre impegnarsi in tutte le sedi per garantire ai cittadini procedure di sperimentazione dei farmaci corrette e rispettose dei principi sanciti dalla nostra Costituzione e dalle leggi universali della Bioetica”. Queste le dichiarazioni del presidente dell'Ordine dei medici di Modena D'Autilia che è intervenuto nel dibattito aperto dalla vicenda della Società Genzyme.

Esistono da alcuni anni i Comitati Etici, definiti da precise norme di legge, che vigilano sulla eticità delle sperimentazioni proposte assicurando ai pazienti interessati dalla somministrazione dei nuovi farmaci il rispetto di alcuni criteri fondanti la moderna Bioetica clinica: massima informazione possibile al paziente sia sugli scopi della sperimentazione sia sugli effetti collaterali monitoraggio stretto dei parametri clinici, strumentali e di laboratorio per tutta la durata della sperimentazione libertà del paziente di recedere in qualsiasi momento dalla sperimentazione stessa

Quanto emerso dalla vicenda apparsa sui mass media e in corso di accertamenti da parte delle autorità competenti assume particolare gravità in quanto interessati alla sperimentazione erano pazienti in età pediatrica.

A parte le eventuali responsabilità riguardanti interessi privati di operatori sanitari, biologi e medici, implicati nell'inchiesta, “l'Ordine di Modena si attiverà in tutte le sedi istituzionali per appurare comportamenti di professionisti iscritti al proprio Ordine non conformi ai dettati del nostro Codice” ha dichiarato il Dott. D'Autilia.

*Il Presidente
Dott. N. D'Autilia*

MEDICI SPECIALIZZANDI

I contratti di formazione-lavoro dei medici specializzandi saranno trasformati in "contratti di formazione specialistica". Il trattamento economico sarà costituito da una parte fissa, uguale per tutte le specializzazioni e da una variabile. Per gli anni accademici 2006 – 2007 e 2007 – 2008, la parte variabile non potrà eccedere il 15% di quella fissa. I fondi per il finanziamento della formazione dei medici specialisti sono incrementati di 70 milioni di euro per l'anno 2006 e di 300 milioni di euro annui a decorrere dal 2007.

NUOVA PROROGA DEL DPS PRIVACY 196/03: 31 MARZO 2006

È stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 dicembre 2005 il decreto-legge che proroga al 31 marzo 2006 la scadenza per la redazione del Documento Programmatico sulla Sicurezza (DPS).

Ulteriori informazioni sul sito www.ordinemedicimodena.it

**CERCHI
UNA CASA
DI NUOVA COSTRUZIONE?**



**CATALOGO
IMMOBILIARE
DELLE NUOVE COSTRUZIONI**

PROPOSTE DALLE IMPRESE

MAPPE CON LA POSIZIONE DEI CANTIERI
SCHEDE DESCRITTIVE DETTAGLIATE
ELENCO DELLE TIPOLOGIE DISPONIBILI

IN EDICOLA




II° CICLO DI SEMINARI

STRATEGIE E TECNICHE PER IL CAMBIAMENTO NELLA CURA DEL DISAGIO PSICOLOGICO

11 MARZO
Rel. Prof. Roberto Anchisi
Il training assertivo nel trattamento dei disturbi di ansia: teoria e pratica

23 SETTEMBRE
Rel. Prof. Francesco Rovetto
Le psicoterapie brevi nel trattamento del disturbo da attacchi di panico

8 APRILE
Rel. Dott. Charlie John Fantechi
Un modello sintetico evoluto: la Psicoterapia Breve Inclusiva nel trattamento dei disturbi di ansia

21 OTTOBRE
Rel. Prof.ssa Paola Orifiammi
La psicoterapia cognitivo-comportamentale nel trattamento dei disturbi sessuali

20 MAGGIO
Rel. Dott. Ivano Lanzini
L'approccio neo e postericcksonianò nella terapia dei disturbi d'ansia e depressivi nel contesto dell'esperienza della vergogna, della colpa, dell'umiliazione

18 NOVEMBRE
Rel. Prof. Ezio Sanavio
Insomnia primaria e terapia cognitivo-comportamentale

17 GIUGNO
Rel. Dott. Franco Baldini
L'importanza degli homework nella psicoterapia cognitivo-comportamentale

MODENA, 2006
AUDITORIUM ASCOM - VIA PIAVE, 125

Segreteria Organizzativa
Iscom Formazione:
Dott.ssa Daniela Andriolo
Dott.ssa Giorgia Valentini
Tel. 059.584350 (orari: 9-13 e 14.30-17.30) - Fax 059.584360
www.iscom-modena.it - E-mail: info@iscom-modena.it

Organizzazione Scientifica
AISDA.
Dott. Enrico Vellani - Dott. Fabio Gherardelli - Dott. Michele Mastroberardino
www.ansiasociale.it - E-mail: info@ansiasociale.it

accreditamento
E.C.M.
Educazione
Continua
in Medicina

L'ENTEROSCOPIA CON VIDEOCAPSULA

Dall'aprile del 2005 l'AUSL di Modena ha messo a disposizione dei modenesi la "enteroscopia con la tecnologia della videocapsula". La tecnologia è materialmente situata ed eseguita nella U.O. di Medicina Interna e Gastroenterologia del Nuovo Ospedale S. Agostino-Estense di Modena.

L'enteroscopia con videocapsula è uno strumento diagnostico, non invasivo, introdotto nella pratica clinica da circa 3 anni. È una tecnologia applicata alla pratica clinica che consente di dare un risposta al sogno della gastroenterologia di vedere direttamente, con immagini di buona qualità, l'intestino tenue.

Da questa sua capacità di visualizzazione della superficie dell'intestino tenue discende la indicazione clinica generale: la capsula endoscopica, al momento, è indicata unicamente quando si ritiene che l'intestino tenue sia sede di una malattia organica che si evidenzia come alterazione della superficie mucosa.

APPARECCHIATURE

Si compone di una capsula deglutibile (26 x 11 mm; peso 4 grammi), che contiene al suo interno una microcamera, un *chip* (CMOS), sei diodi luminosi, due batterie (della durata di circa 8 ore) ed un antenna per la trasmissione delle immagini con onde radio. La videocapsula è monouso e il costo complessivo dell'esame si aggira intorno ai 1.000 euro.

La progressione della capsula è passiva e avviene grazie alla peristalsi intestinale. Durante la progressione nell'intestino tenue la capsula invia le oltre 50.000 immagini che vengono raccolte da un sistema di otto sensori applicati sull'addome del paziente collegati ad un registratore (*video recorder*) posto alla vita dello stesso.

L'esame dura circa 8 ore e il paziente viene invitato a svolgere le normali funzioni quotidiane a domicilio con la sola avvertenza di evitare sorgenti di onde

elettromagnetiche (telefonini, banche, grandi condutture elettriche etc).

Le immagini così raccolte vengono poi scaricate (*download*) su una specifica postazione di lavoro (*pc work-station*) che ne consente la lettura e l'analisi (tempo medio di analisi intorno alle 2 ore).

PREPARAZIONE ALL'ESAME

Digiuno da 8 ore e assunzione il pomeriggio precedente l'esame di un purgante a base di PEG (polietilene-glicole).

CONTROINDICAZIONI ALL'ESAME

- 1) Assolute
 - Stenosi organiche dell'intestino
- 2) Relative
 - Presenza di *pace-makers* o defibrillatori impiantati (in questo caso l'esame verrà eseguito in regime di ricovero con monitoraggio cardiologico)
 - Disturbi della deglutizione (la capsula può essere "portata" nel duodeno con il gastroscopio)

INDICAZIONI ALL'ESAME

Il vero fine di questa breve comunicazione, attraverso il Bollettino dell'Ordine dei Medici di Modena, è comunicare ai Colleghi le fattispecie cliniche in cui la enteroscopia con videocapsula risulta uno strumento diagnostico appropriato ed efficace (a maggiore resa) rispetto alle metodiche radiologiche (clisma del tenue, pasto baritato, EnteroTC etc) o endoscopiche (enteroscopia "push").

Le indicazioni all'esame enteroscopico sono principalmente:

- 1) Sanguinamento Gastro-Intestinale di Origine Oscura (OGIB) ad espressione clinica palese od occulta
- 2) Malattia di Crohn (sospetto clinico, "stadiazione", dopo terapia biologica etc).

Per sanguinamento gastrointestinale di origine

oscura si intende una perdita di emazie acuta o cronica a partenza dal tubo gastro-intestinale in cui i normali accertamenti endoscopici, esofago-gastro-duodenoscopia e colonscopia, siano risultati negativi. Costituiscono circa il 5% di tutte le perdite ematiche gastrointestinali.

Progressivamente stanno emergendo altre indicazioni sulle quali, però, ancora non c'è una sicura dimostrazione di maggiore resa diagnostica (utilità) e "risparmio economico". Altri studi su casistiche più ampie e selezionate sono necessari prima di estendere sistematicamente le indicazioni. Questo secondo gruppo di indicazioni sono:

- 3) Valutazione degli effetti lesivi dei FANS sull'intestino tenue
- 4) Sindromi Poliposiche Ereditarie
- 5) Malattia Celiaca Complicata
- 6) Endoscopia Pediatrica

Circa il 90% degli esami vengono eseguiti per Sanguinamenti GI di origine oscura. La capacità diagnostica in questo campo è stimata intorno al 60%² e risulta maggiore quanto più precocemente si effettua l'esame nel sottogruppo di pazienti con sanguinamento palese³ (enterorragia).

Altra parte di indicazioni all'esame enteroscopico con videocapsula è costituito dai pazienti in cui si sospetti o si voglia definire quante parti dell'intestino tenue siano sede di malattia infiammatoria cronica (Malattia di Crohn). Ci sono evidenze di come la videocapsula, in virtù della sua capacità di diagnosticare lesioni anche precoci non evidenziabili

con la radiologia tradizionale, abbia una capacità diagnostica 4,5 superiore (stimata tra il 40 e il 90%).

IL FUTURO

Al momento l'esame con videocapsula **non sostituisce** la gastro-duodenoscopia e la colonscopia per gli ovvi limiti legati alla impossibilità di guidare la capsula dall'esterno e quindi di avere una visione sistematica di organi cavi di maggiore larghezza, quali il colon e lo stomaco. È immaginabile che nel prossimo futuro questa tecnologia possa vedere una applicazione anche per lo studio degli altri tratti intestinali, in particolare stomaco e colon (per l'esofago esiste già). Non è lontano dalla realtà immaginare che in futuro la esofago-gastro-duodenoscopia e la colonscopia diagnostica (su sintomatici e/o per screening) possano essere sostituite da questo che sarebbe un esame ad assenza di invasività con una bassissima quota di complicanze.

Dr Paolo Trande (p.trande@ausl.mo.it)

U.O. di Medicina Interna e Gastroenterologia
Nuovo Ospedale S. Agostino-Estense di Modena
(AUSL di Modena)

Segreteria di U.O.: segrgastromo@ausl.mo.it
(tel. 059.3961125; fax 059.3961299)

Segreteria Endoscopia Digestiva: s.grasselli@ausl.mo.it
(tel. 059.3961220; fax 059.3961216)

Bibliografia disponibile presso l'autore.

LA PRODUZIONE DI UN “*DATA-BASE* PER IL RISCHIO CARDIOVASCOLARE” NELLE CARTELLE CLINICHE DI UN GRUPPO DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE DI CARPI ASSOCIATI IN COOPERATIVA



È stato presentato a Roma nel Dicembre 2005, al 4° Congresso Nazionale del CARD (Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto), il progetto “Rischio Cardiovascolare”, che è in attuazione dal 2001 nel Distretto di Carpi, Novi, Soliera e Campogalliano.

La presentazione ha riscosso interesse e riconoscimenti per le capacità propositive della MG della nostra Provincia, che in questa sede è giusto condividere con i colleghi.

La prima idea del progetto ebbe origine nell'anno 2000 per iniziativa dei MMG (Medici di Medicina Generale) aderenti alla Cooperativa MediTeM di Carpi, nel tentativo di perseguire il miglioramento della pratica clinica del maggior numero possibile di colleghi, piuttosto che il miglioramento continuo di un'élite di MMG molto motivati. Va premesso che nell'anno 2000 il concetto di Rischio Cardiovascolare Globale non aveva la diffusione che ha avuto negli anni successivi; non esistevano carte del rischio italiane, se non proiezioni di algoritmi validati altrove.

La prima intenzione alla base del progetto è stata la costruzione di uno strumento di lavoro nel programma di cartella clinica di uso quotidiano da parte dei colleghi della cooperativa, attraverso un intervento che, partendo da una raccolta di dati concordati, portasse ad utilizzare un algoritmo di calcolo del rischio cardiovascolare.

L'idea forte di partenza è stata quella che la raccolta di dati debba servire prima di tutto, per scopi clinici, allo stesso medico che di quei dati effettua una paziente raccolta negli anni del suo lavoro.

È stata posta particolare attenzione alla modifica

del *software* di cartella clinica usato dai colleghi, in funzione della praticabilità del protocollo durante la normale attività ambulatoriale di un MMG: il programma gestionale consente l'immediata visualizzazione del coefficiente di rischio del paziente, contestualmente all'accesso alla sua scheda, applicando in modo automatico l'algoritmo di calcolo ai dati registrati; sono segnalate, inoltre, le informazioni eventualmente mancanti per effettuare tale calcolo, nonché la data dell'ultimo aggiornamento dei dati necessari.

Ma la raccolta di dati di qualità può servire anche per scopi contigui, o addirittura esterni alla MG: la mancanza di dati sui fattori di rischio CV del Distretto di Carpi e la necessità per l'Azienda di strumenti in tal senso, per attuare il governo clinico delle malattie CV, hanno realizzato l'insieme di idee e necessità da cui è nato il progetto, che ha visto i MMG collaborare con il Dipartimento di Medicina Interna dell'Azienda e con la Dr.ssa Ciardullo, al fine di compiere la scelta migliore tra le carte del rischio disponibili al momento e con la Direzione del Distretto per concordare una qualche forma d'incentivazione di tipo economico, per indurre più colleghi a cambiare le proprie abitudini di lavoro.

Il protocollo concordato di applicazione e monitoraggio del progetto prevedeva che i MMG coinvolti, attuando una strategia “opportunistica”, annotassero in forma codificata una serie precisa di dati clinici e di laboratorio nelle cartelle cliniche dei loro assistiti tra i 40 ed i 69 anni, con la relativa produzione delle schede individuali di rischio cardiovascolare, per tutto il triennio 2001 – 2003, e di tutti gli eventi cardiovascolari maggiori fino al 2005.

Una parte infine molto importante del progetto, innovativa e promettente nel campo più strettamente clinico della patologia cardiovascolare, è quella della costruzione del registro dei pazienti ad alto rischio e della definizione degli appositi protocolli di *follow-up*. Questa fase del progetto, prevista nell'Accordo stipulato, avrà luogo quando tutti i dati saranno stati raccolti e valutati.

È stato dopo l'inizio della raccolta dei dati che molti altri aspetti sono risultati evidenti ed hanno aggiunto valore all'iniziativa.

Il risultato più visibile del progetto è dato dal fatto che il 55,2 % delle cartelle cliniche degli assistiti dei MMG partecipanti (pari a oltre 10.000 pazienti residenti nel Distretto con età tra i 40 ed i 69 anni), contiene tutti i dati previsti e la scheda di rischio calcolata. Sono già stati effettuati studi di coorte che hanno portato ad articoli, pubblicati su riviste internazionali, frutto dell'elaborazione dei soli dati del primo anno di sviluppo del progetto. Oltre a questi, le valutazioni d'ordine epidemiologico sui dati completi delle schede prodotte ed i dati d'esito al 31 dicembre 2005, che saranno disponibili nei primi mesi del 2006, porteranno un contributo importante alla conoscenza dei dati epidemiologici, non solo locali.

L'attuale Piano Regionale della Prevenzione, elaborato nel 2004 per il triennio 2005-2007, riguarda come primo ambito d'intervento la prevenzione della patologia cardiovascolare, proponendo la diffusione della valutazione del rischio attraverso l'uso delle apposite carte da parte dei MMG. Più che il semplice fatto di aver percorso un indirizzo condiviso a livello regionale, è stata la coincidenza tra un obiettivo clinico e una visione di più ampio respiro del senso della Medicina Generale a motivare considerazioni premianti per i realizzatori.

Dal punto di vista dei MMG partecipanti, l'attuazione di questo progetto è stata di per sé un risultato importante, avendo portato elementi di maggior consapevolezza delle potenzialità del proprio lavoro. I riconoscimenti raccolti sulla qualità dello studio fin qui effettuato hanno rafforzato questa soddisfazione e tutto questo va ben oltre il riconoscimento economico prodotto dalle schede di rischio. Nella pratica clinica sono stati importanti gli stimoli offerti dall'auto-valutazione che ha accompagnato la raccolta dei dati. L'immediata visualizzazione del coefficiente di rischio del paziente, nel-

l'ambito di una normale consultazione ambulatoriale della MG, partendo dai dati già presenti in cartella, ha costituito, nell'attuazione del progetto, un altro elemento di grande rilievo per la pratica dei colleghi. È inoltre possibile, con la rapidità necessaria durante una consultazione clinica, effettuare le simulazioni dei possibili interventi; l'utilizzo di tale simulazione di fronte al paziente, aumentando le sue conoscenze dei dati quantitativi, porta alla condivisione delle decisioni terapeutiche e delle rispettive responsabilità in questo campo importante. Si tratta di uno strumento comunicativo particolarmente efficace e stimolante.

Raggiunto l'obiettivo dei tre anni di raccolta dei dati ed oltre alla registrazione degli *outcomes*, i medici che hanno apprezzato il risultato pratico di un *data-base* dedicato al rischio cardiovascolare implementato nel software di cartella clinica, continuano ad applicare sistematicità nella registrazione orientando così il proprio lavoro quotidiano ad un approccio epidemiologico ai grandi rischi. Gli stessi medici hanno, infatti, effettuato la raccolta dei dati anche per pazienti di età superiore ai 69, con il risultato della produzione di un *data-base* che è tuttora continuamente aggiornato, ben più numeroso, con dati inediti e di interesse epidemiologico generale. È stato quindi realizzato l'obiettivo di motivare i colleghi al miglioramento del loro *data-base*, fornendo uno strumento clinico utile e pratico.

Un ulteriore risultato molto importante è rappresentato dal dialogo continuo e dal rapporto di lavoro creatosi tra MMG, responsabili del Distretto, specialisti ed esperti dell'Azienda, che servirà da base per tutti i possibili sviluppi futuri nel nostro comune lavoro.

È nostra opinione che sia sempre necessario cercare un equilibrio tra performance clinica, auto-valutazione e collaborazione multiprofessionale, e questo ci sembra oggi più facilmente raggiungibile avendo come riferimento le forme associative dei MMG, ormai ampiamente sviluppate nella provincia di Modena, per qualsiasi obiettivo di miglioramento della pratica della Medicina Generale nell'ambito delle Cure Primarie.

P. Malavasi
MMG Distretto 1 – ASL di Modena

LE INFEZIONI DA *LEGIONELLA*: PROBLEMA EMERGENTE DI SANITÀ PUBBLICA

Le infezioni da *Legionella* spp rappresentano un problema emergente in Sanità Pubblica tanto che dal 2000 è attivo un Gruppo Multicentrico di Studio supportato dal MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca) (progetti di ricerca di interesse nazionale) che, grazie alla collaborazione di grandi ospedali dislocati in tutta la penisola, dei gestori degli alberghi, degli operatori dei servizi di Sanità Pubblica, della popolazione in genere, ha potuto raccogliere in cinque anni di attività molti dati e informazioni preziose sulla diffusione di *Legionella* nelle strutture italiane, sulle caratteristiche molecolari dei ceppi isolati, sulla prevalenza dell'infezione e della malattia, sui fattori di rischio per l'infezione (sito web: www.legionellaonline.it).

La polmonite da *Legionella* (Malattia dei Legionari) è in aumento perché c'è maggiore attenzione da parte dei medici alla malattia e la diagnosi è resa più facile e rapida dall'introduzione dei test urinari per la ricerca dell'antigene specifico, anche se la ricerca culturale del germe nell'escreato rimane il test di elezione per la possibilità di disporre del ceppo responsabile e risalire quindi alla fonte dell'infezione. *Legionella* spp è un germe acquatico opportunistico che trova il suo habitat ideale negli ambienti caldo-umidi, è capace di sopravvivere in condizioni sfavorevoli agli altri germi (temperatura elevata, presenza di biocidi, ecc.) e si moltiplica in nicchie ecologiche particolari (amebe e altri protozoi, biofilm). Per questo si ritrova spesso in concentrazioni elevate nell'acqua calda sanitaria di case, alberghi, campeggi, centri sportivi, ospedali, case di riposo, ecc, oltre che nelle torri di raffreddamento degli impianti di condizionamento di grandi edifici e in ogni situazione in cui l'acqua ristagna a temperatura di almeno 25°C.

Le occasioni espositive sono molteplici negli am-

bienti di vita e di lavoro: dalla nostra esperienza, frequentemente, la malattia si contrae per inalazione di *Legionelle* che hanno colonizzato l'acqua di casa e/o del posto di lavoro, ma anche durante il soggiorno in strutture turistiche sia in Italia che all'estero o frequentando bagni/docce degli impianti sportivi e ricreativi, oltre che durante il ricovero in ospedale. L'infezione è un evento frequente: il 10% circa della popolazione generale possiede anticorpi verso i ceppi più frequenti nell'ambiente, ma fortunatamente la comparsa di malattia rimane un fenomeno raro, di solito associato a condizioni di immunodepressione, in soggetti non più giovanissimi, prevalentemente maschi che fumano e assumono alcolici, eventualmente affetti da patologie cronico-degenerative. Il rischio di contrarre la malattia dipende dalla modalità ed intensità dell'esposizione, anche se la concentrazione minima infettante non è conosciuta, ma anche dalla specie e/o dai sierogruppi. La virulenza del ceppo è così importante che l'80-90% dei casi è associato all'esposizione a *Legionella pneumophila* sg 1, 3 e 6, nonostante che questi sierogruppi non siano i più diffusi nell'ambiente. Il problema è di particolare interesse per le strutture sanitarie, da una parte perché la maggior parte di loro risultano contaminate, dall'altra perché il paziente ricoverato è solitamente un soggetto defedato, suscettibile non solo di ammalarsi, ma di ammalarsi in forma grave, con elevato rischio di morte. Va tuttavia sottolineato che anche i medici di famiglia sono chiamati a svolgere un ruolo importante nella prevenzione della malattia, individuando tra i propri assistiti quelli a maggior rischio e fornendo loro informazioni sulla malattia, sulle modalità di contagio e sulla adozione di misure che limitino l'esposizione al microrganismo.

Sono state formulate linee guida nazionali ed internazionali per la prevenzione della *Legionellosi*, molto utili per chi deve affrontare il problema, ma in real-

tà non esistono al momento soluzioni definitive e standardizzate. Chiunque si trovi a gestire il controllo della contaminazione ambientale da *Legionella* e la prevenzione della malattia dei legionari, dovrebbe farlo seguendo alcune raccomandazioni:

- a) lavorare in equipe coinvolgendo tutte le figure interessate: dall'impiantista al tecnico ambientale, dall'infermiere al medico clinico, dal microbiologo al medico di sanità pubblica, includendo eventualmente gli esperti universitari del settore;
- b) verificare la situazione ambientale della struttura, studiando con attenzione le caratteristiche dell'impianto e dell'acqua ed in presenza di contaminazione capirne la dinamica e individuare i punti critici del sistema;
- c) valutare il rischio per le persone esposte, sia in rapporto alla virulenza dei germi contaminanti, sia alla numerosità dei fruitori della struttura e alle loro condizioni di salute;
- d) decidere le soluzioni da adottare dopo una attenta quantificazione del costo-beneficio, tenendo presente che gli interventi di bonifica ambientale non sono generalmente sufficienti a tenere sotto controllo il rischio di infezione, per cui occorre mettere in atto un complesso di attività di prevenzione, tra cui la manutenzione degli impianti, la formazione del personale sanitario,

l'istituzione di una sorveglianza clinica, mirata all'individuazione precoce dei casi.

È pericoloso ignorare il problema, così come creare allarmismo alla comparsa di un caso o di un *cluster* epidemico. Tutti gli esperti concordano che le strutture sanitarie che decidono di affrontare il problema, isolando le *Legionelle* dall'ambiente e individuando i casi, dovrebbero essere "premate" per il contributo che forniscono alla conoscenza del problema, piuttosto che esposte alla pubblica riprovazione da parte della stampa e dei media in generale. L'attività di sorveglianza e prevenzione in questo ambito richiede una continua attenzione da parte dei medici che sono chiamati a dare un contributo alla costruzione di una rete integrata di conoscenze sulle *Legionellosi*, attraverso l'identificazione precoce della malattia e la messa in opera di misure di controllo e prevenzione, con indubbi vantaggi per la salute della collettività.

P. Borella

Coordinatore Nazionale Gruppo Multicentrico
di Studio sulle *Legionellosi*

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica
Università degli Studi di Modena e Reggio

“LA MADRE PUÒ RESTARE PER SEMPRE ANONIMA”

Così titola il quotidiano *Avvenire* di venerdì 2 dicembre 2005, a proposito della decisione con cui la Corte Costituzionale lo scorso 25 novembre ha respinto il ricorso presentato il 21 luglio 2004 dal Tribunale dei minorenni di Firenze, che chiedeva che fosse dichiarata l'illegittimità costituzionale del comma 7 dell'articolo 28 della legge 4 maggio 1983 n. 184 nella parte in cui esclude la possibilità di autorizzare l'adottato all'accesso alle informazioni sulle sue origini.

Il Codice in materia di protezione dei dati personali (articolo 177 comma 2 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196) ha ristretto il divieto di accesso dell'adottato alle informazioni sulle sue origini al solo caso di manifestazione, da parte della madre naturale, della volontà di non essere nominata nella dichiarazione di nascita, ai sensi dell'articolo 30, comma 1, del D.P.R. 3 novembre 2000 n. 396.

Io ho avuto la fortuna di conoscere entrambi i miei genitori e di vivere accanto a loro finché hanno vissuto; ora che non li ho più, li penso in Paradiso.

Nonostante la mia normale esperienza dei miei genitori, ho voluto risalire indietro nel tempo per alcune generazioni ed anche a ritroso nei secoli sulle origini del mio cognome e di quello di mia madre, pur avendo un cognome comune: non mi chiamo Savoia e nemmeno Garibaldi.

Dall'articolo su *Avvenire* (pag. 9) mi pare di capire che la Corte Costituzionale abbia agito con la preoccupazione di facilitare il proseguimento della gravidanza quando la donna potrebbe essere indotta ad abortire per particolari situazioni psicologiche, ambientali, economiche, e quanto altro.

Il dramma della donna che pensa di abortire è assai grave e altrettanto importante è la preoccupazione della Corte Costituzionale in relazione al dramma della donna e alla situazione del concepito. Per il concepito è preferibile nascere e restare all'oscuro delle proprie origini piuttosto che non nascere: questo sembra essere il pensiero dei magistrati della Corte.

Ove la Costituzione garantisce i diritti inviolabili

della persona, la Corte Costituzionale potrebbe avere inteso proteggere, in armonia con la Costituzione, il diritto inviolabile alla vita.

Il concepito, dopo che è nato, resta un minorenne fino al raggiungimento della maggiore età. Dal compimento dei diciotto anni è un cittadino con i diritti civili completi. Allora mi chiedo se sia opportuno e giusto togliere a un uomo la possibilità, il suo diritto a investigare sulla sua provenienza biologica. Se ho ben capito la decisione della donna è irrevocabile, perciò anche la madre non potrà conoscere il figlio; non sono ammessi i ripensamenti. Per noi medici si vengono a creare situazioni che sono in contrasto con la buona pratica a danno dei clienti. Se il medico curante sa che il suo paziente ha familiarità per il diabete, per le malattie cardiovascolari, per alcuni tumori, che è portatore di qualche predisposizione genetica di malattia ecc.. può consigliare adeguati comportamenti. La non conoscenza riduce le possibilità di prevenzione.

Avrei ritenuto sufficiente garantire alla donna l'anonimato fino al suo eventuale ripensamento e fino al compimento della maggiore età da parte del figlio, salvo che vi siano importanti motivi sanitari che impongano una maggiore urgenza. Con la maggiore conoscenza del codice genetico umano e con il progredire delle tecniche diagnostiche genetiche acquisita sempre maggiore importanza la possibilità di prevedere le caratteristiche genetiche della prole per varie generazioni, a patto però che si conoscano i maggiori elementi possibili di informazione. Il non sapere è di ostacolo alla scienza medica.

L'articolo 2 della Costituzione stabilisce: “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, ...”.

L'articolo 3 della Costituzione stabilisce: “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali”.

L'articolo 30 stabilisce: “È dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio”.

La legge assicura ai figli nati fuori del matrimonio ogni tutela giuridica e sociale, compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima.

La legge detta le norme e i limiti per la ricerca della paternità.

L'articolo 31 recita: "La Repubblica...protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo".

L'articolo 32 stabilisce: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo...La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Quindi l'articolo 30 afferma che la legge detta le norme e i limiti per la ricerca della paternità. È possibile che la Costituzione menzioni solo la paternità nel senso letterale: infatti "mater semper certa est". Ai tempi attuali, con la possibilità di non menzione della madre e con i vari tentativi di fecondazione assistita, la maternità ha perso la sua certezza. La legge in oggetto (4 maggio 1983) appunto interviene a dettare delle norme, ma queste appaiono poco compatibili, mi pare, con la prima frase dello stesso articolo 30, con l'articolo 31 ed anche con l'articolo 3 della Costituzione. La Corte Costituzionale, penso, può avere ritenuto che "il silenzio per sempre" possa dare il massimo aiuto per indurre la donna a non abortire: mi domando se invece potrebbero essere ugualmente efficaci diciotto anni, cioè fino alla maggiore età del concepito. Se ad un certo momento la madre o il figlio decidessero l'una di cercare il proprio nato e l'altro di ricercare la propria genitrice biologica, come sarebbero considerati?

Sarebbero fuori dalla legge? Non sarebbe una situazione crudele? Verrebbero perseguiti? Il problema è certamente complesso; il bambino nato e affidato alla Stato avrà presumibilmente dei genitori adottivi e potrebbe sorgere un pesante conflitto fra questi e la madre naturale che reclamasse il suo bambino. Tuttavia se la donna rifiutò di accettare il bambino pur mettendolo al mondo e lo avesse fatto principalmente per motivi economici, la sua situazione, negli anni, potrebbe essere mutata e mi pare che un provvedimento assunto come irrevocabile, in un momento critico dell'esistenza della donna, sia troppo legante. La Corte Costituzionale penso abbia ritenuto che il momento cruciale su cui intervenire sia quello della scelta fra abortire o fare proseguire la gravidanza. L'impedire al nato di risalire alle sue origini materne può contribuire al mantenimento del legame con la famiglia di adozione. Sarebbe probabilmente una crudeltà per i genitori adottivi l'eventuale distacco.

Una volta che l'adottato è diventato un adulto gli si deve anche riconoscere la capacità di comportarsi autonomamente nel rapporto con i suoi genitori adottivi e con i genitori biologici. Se gli si impedisce di risalire alle sue origini biologiche lo si tratta da incompetente, come se fosse sempre un minorenni. Certamente ha valore anche la scelta di anonimato della madre biologica; tuttavia mi pare che diciotto anni di anonimato possano bastare.

M. Messori
MMG Modena

La sentenza della Corte Costituzionale è guidata dalla preoccupazione di proteggere il bambino che dovrà nascere dalle possibili “decisioni irreparabili” della madre; per questa ragione alla madre, argomenta la Corte, è necessario garantire l’anonimato attraverso il rispetto della sua volontà di non essere nominata nella dichiarazione di nascita.

A mio parere questa sentenza ha un alto valore civile perché è orientata a sostenere condizioni favorevoli alla vita; alla vita in sé; alla vita che è generata dai genitori ma di cui non costituisce una proprietà. Non riesco a immaginare posizioni che, rimanendo sul piano del diritto, possano discostarsi dall’assunto implicito in questa sentenza. L’unica alternativa, infatti, è assumere che il figlio che deve nascere sia una appendice biologica della madre: come i capelli, ad esempio, che si possono tagliare secondo le mode.

Ogni legge, in quanto regolatrice di aspetti del vivere sociale, ha poi un qualche riflesso sulla organizzazione della vita e, quindi, sulle esperienze emotive dei cittadini.

Per questo è possibile interrogarsi sulle conseguenze di una sentenza come quella della Corte Costituzionale anche su questo piano.

Prima di esprimere una opinione in merito mi preme, tuttavia, ribadire come il piano delle concezioni e delle azioni legislative siano diversi dal piano delle conoscenze e delle azioni psicologiche.

Il diritto alla vita ha un fondamento etico che è totalmente indipendente e, a mio parere, ben superiore, ai fondamenti, storicamente elaborati, delle diverse psicologie.

La sentenza della Corte Costituzionale ha, quindi, un fondamento etico che mi pare assai arduo – anzi: profondamente errato – valutare ricorrendo a concettualizzazioni psicologiche.

Ciò premesso potremmo chiederci: quali conseguenze psicologiche per la madre e per il bambino possono derivare dalla scelta di mantenere la maternità biologica rigorosamente anonima?

- Vediamo le conseguenze per il bambino

La psicologia dello sviluppo utilizza, oggi, come quadro di riferimento teorico ampiamente condiviso la Teoria dell’Attaccamento di John Bowlby (1969, 1973, 1980) per spiegare non solo la natura del legame tra i bambini e i loro genitori, ma anche l’influenza che la qualità delle relazioni di Attaccamento nell’infanzia ha nello sviluppo emotivo delle fasi successive della vita.

Alla luce di questa teoria – saldamente vincolata a dati empirici – l’individuo per svilupparsi ha bisogno di poter partecipare ad una relazione protettiva con una figura principale di attaccamento; questa figura è rappresentata da un adulto che attiva funzioni genitoriali ed è qualificata non dal suo patrimonio genetico, ma dalle esperienze reali di interazione e in situazioni di pericolo i dati di ricerca supportano in modo chiaro questa concezione: i bambini cresciuti nei primi mesi di vita in condizioni di abbandono possono recuperare il tempo perduto e raggiungere in età adolescenziale uno sviluppo “a grandi linee” sovrapponibile a quello dei coetanei con esperienze comuni di allevamento se un genitore adottivo si prende cura di loro (i dati sono stati raccolti da Rutter, Kreppner e O’ Connor – 1998, 2000, 2004 – nello studio degli esiti delle adozioni di bambini degli orfanotrofi rumeni).

La sentenza della Corte Costituzionale determina condizioni che non contrastano con queste conoscenze: essa crea, infatti, la premessa perché un bambino abbandonato alla nascita possa incontrare genitori che si prendono cura di lui e sostituire in ogni funzione i suoi genitori naturali.

E se questo bimbo diventato adolescente e poi adulto si interroga sulla sua “vera origine”?

Difficile una risposta svincolata da una storia concreta di vita.

Ma perché non potrebbe essere sufficiente per questo ragazzo o adulto sapere che la sua vita è stata possibile, al suo inizio, per un gesto oblativo: la rinuncia al diritto di maternità – impossibile per circostanze esterne – di fronte alla possibilità di sopravvivere e svilupparsi dentro altre braccia accoglienti. Cosa ci impedisce di considerare questa la “vera origine”?

Nei bambini della prima infanzia la possibilità di svilupparsi emotivamente e intellettualmente richiede, concretamente, come insegna la Teoria dell'Attaccamento, genitori fisicamente vicini ai quali potere ritornare in caso di pericolo – è questo il fenomeno della “base sicura” – ; negli adulti lo stesso bisogno di poter dipendere fiduciosi si trasforma in un “modello operativo interno”, in una concettualizzazione che permette di prescindere dalla realtà sensoriale.

Perché, allora, l'impossibilità di conoscere il genitore naturale in carne ed ossa – impossibilità sancita per legge – dovrebbe essere così pesantemente distruttiva?

- Vediamo le conseguenze per la madre

Che grande rispetto merita questa mamma, dopo il suo atto di rinuncia sancito dalla legge e reso irrevocabile!

Come medici possiamo pensare alla infinita complessità delle esperienze che la clinica ci permette di osservare.

Possiamo immaginare, per esempio, che a questa mamma possa venire in mente, negli anni successivi alla sua richiesta di anonimato, di ripensare alla sua creatura e che, inoltre, in un momento più tranquillo della sua esperienza, quando le sue risorse personali aumentano, possa desiderare di conoscerlo, di sapere direttamente di lui, con l'apprensione con cui si può tendere a un oggetto d'amore.

Il problema che si pone a questo punto non riguarda solo il campo psicologico – che può descrivere la presenza di un desiderio – e neppure solo il campo

della legge – che può sancire la possibilità o no della realizzazione dell'incontro – ma un campo che ha a che fare con l'etica e con la concezione stessa della genitorialità.

Ammesso che un genitore ne abbia, per legge, il diritto ciò implica la sua possibilità di entrare o rientrare a sua piacere nella esperienza di un figlio?

La casistica – le osservazioni cliniche che possiamo compiere, per esempio, in situazioni di separazioni particolarmente conflittuali (Guaraldi e Ruggerini, 1997) – ci fa vedere quali sono gli effetti, sui bambini, di un esercizio del diritto del genitore in assenza di una condivisione autentica di affetti e di intenzioni.

I bambini e gli adolescenti manifestano sintomi di disagio profondo quando un genitore crede di potersi occupare di lui per diritto costituzionale senza creare condizioni di sintonia e di reciprocità.

La genitorialità sta nel prendersi cura e nel proteggere.

La propensione ad accudire dei genitori è la condizione che rende possibile l'attaccamento; la possibilità di sperimentare una condizione sufficientemente buona di attaccamento è la condizione indispensabile per lo sviluppo emotivo.

Il Giudizio di Salomone ha, per questo, una profondità straordinaria: più le teorie psicologiche si arricchiscono, più il suo significato diventa articolato e comprensibile.

C. Ruggerini
Neuropsichiatria Infantile
Azienda Policlinico di Modena



Giuseppe Miti Zanetti

Nacque a Modena il 9 ottobre del 1859, in pieno clima risorgimentale.

Morì a Milano nel 1929.

Il padre, l'avvocato Vincenzo, possedette un cospicuo patrimonio tra Modena e Novi, esercitò attività politica e fu assessore comunale. La sua precoce morte segnò una svolta fondamentale per i 5 figli e la madre, che non intese disfarsi dei beni famigliari.

Gli anni di dignitosa povertà influenzeranno Giuseppe, provocando crisi di svogliatezza ed abulia che renderanno estremamente lento il processo di maturazione.

S'iscrisse all'Accademia nel 1873 e frequentò **Eugenio Zampighi**.

Ma fu un allievo saltuario e distratto. S'iscrisse per un anno all'Accademia di Bologna dove ebbe lo stesso atteggiamento.

A 20 anni trovò lavoro in uno studio d'arte dove dipinse su seta. Ebbe poi la fortuna d'incontrare **Emanuele Brugnoli**, un allievo di **Valentino Solmi**, col quale strinse buona amicizia.

Fu poi a **Venezia**, che sarà determinante per la vita e per il suo lavoro e raggiunse infatti l'amico Brugnoli a Ca'Rezzonico, dove il poeta **Roberto Bowering** affittava stanze a gruppi di pittori.

Qui avvenne una frenesia improvvisa di lavoro e scoperte artistiche che vuol supplire alla sonnolenza degli anni precedenti.

Poi il pittore si trasferì tra Canal Grande e le Zattere, acquistò una barca, trascorse settimane a Burano e a Chioggia, dove inseguì luci, anfratti, atmosfere.

In quattro anni espose a Modena, Venezia, Torino, Monaco di Baviera e Bologna.

Dal 1902 al 1926, partecipò alle biennali di Venezia. Nacquerò due figli dal burrascoso matrimonio con la figlia del ricco proprietario Filippo Tomich.

Venne nominato accademico di Venezia e di Modena.

Visse la guerra del 1914 in un importante stato depressivo, per la morte del primogenito. Il paesaggio fu per lui sovrana testimonianza di uno stato d'animo incombente e profondo.

Il fascino di Venezia non è strasmesso dal tripudio della luce, ma dalla tristezza delle paludi, nel raccoglimento assopito delle ore notturne, con pennellate dense, larghe ed istintive e con pochi toni.

Scarse sono le pennellate bianche e ciò evidenzia sempre più la sua malinconia.

Dobbiamo ricordare di Miti Zanetti (Miti era il cognome della madre) la violenta passione per l'incisione.

Si cimentò poi nella punta secca, nell'acquaforte a colori, nell'acqua tinta, nell'incisione a rilievo e nel monotipo.

Alcune sue opere:

"*Venezia che scompare*" olio – cm 175 x 95 – datato 1900 – ex Collezione Fossati, Genova – esposto nel 1902 alla mostra di Monaco;

"*Marina con barche*" olio – cm 48 x 32 – datato 1898;

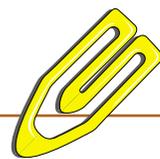
"*Ultime luci*" olio su cartone – cm 20 x 13 (opera di copertina)

"*Scorcio di Venezia al Lido*" olio su cartone – cm 50 x 35 – datato 1906

"*Laguna*" olio – cm 49 x 57;

"*Scirocco d'autunno*" olio su cartone – cm 48 x 32 – datato 1898;

"*Asolo*" olio su cartone – cm 48,5 x 33.



Elbert Hubbard

Il più grande sbaglio nella vita è quello di avere sempre paura di sbagliare.

Ludwig Wittgenstein

Gli animali si avvicinano se sono chiamati per nome. Esattamente come gli uomini.

Sacha Guitry

Se ti portano via la moglie la miglior vendetta è lasciargliela.

Anonimo

Le qualità di un uomo che maggiormente attirano una donna, di solito sono le stesse che lei non può più sopportare anni dopo.

Arthur Schopenhauer

Il destino mescola le carte e noi giochiamo.



www.skodaauto.it - Skoda: Credi finanzia la vostra Skoda - 12 anni di garanzia contro la corrosione passante - Servizio Mobilità 24 ore su 24.

SIMPLY CLEVER



IL TURBO DI OGNI GIORNO.



Nuova Škoda Octavia RS con motore da 200 CV.

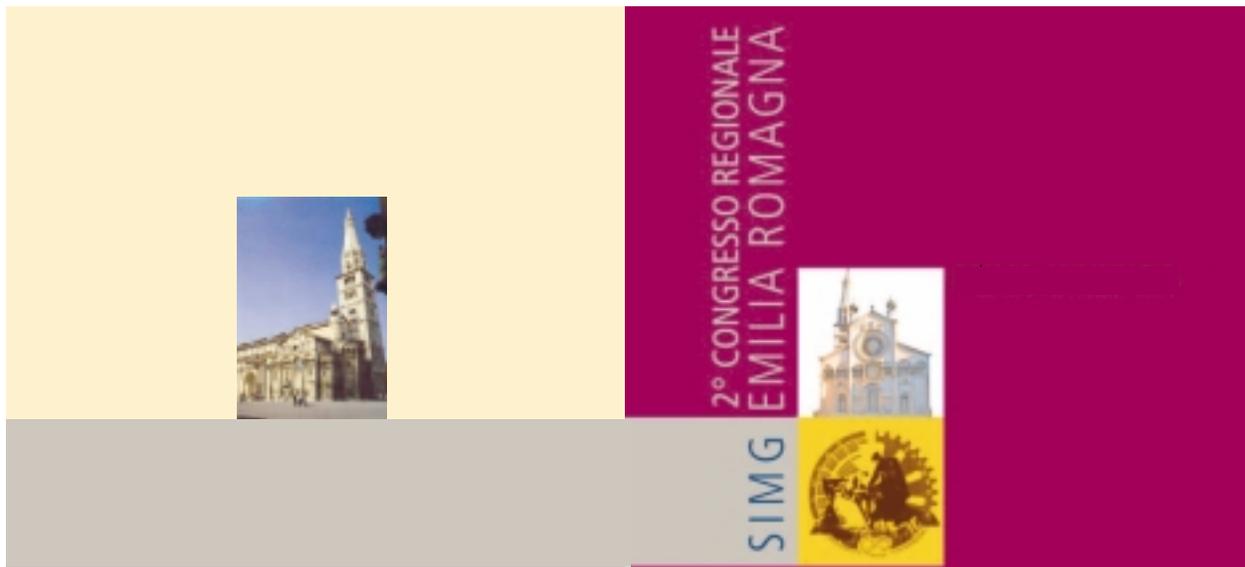
Basta un colpo d'occhio per capire quanto può renderti la vita comoda. Basta un colpo d'acceleratore per scoprire quanto può renderla divertente. In versione berlina e wagon, con il motore 2.0 TFSI da 200 CV, interni esclusivi e una straordinaria capacità di carico. Nuova Octavia Wagon RS. Qualunque giorno, non sarà più un giorno qualunque.

Consumo max di carburante, urbano/extraurbano/combinato: 10,9/6,2/7,9 (l/100km). Emissione max di biossido di carbonio (CO₂): 190 g/km. Dati riferiti a Octavia RS da 200 CV.

Vieni a provarla dal tuo Concessionario Škoda

Starauto

Concessionaria Škoda per Modena e Provincia
Via Respighi, 254/260 - Modena - Telefono 059/284725



2° CONGRESSO REGIONALE EMILIA ROMAGNA

SIMG

IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE e IL PARADIGMA DELLA CLINICAL GOVERNANCE NELLE CURE DOMICILIARI

Modena, 17-18 Marzo 2006
Centro Congressi Policlinico di Modena

CREDITI FORMATIVI
Il presente Congresso verrà sottoposto ad accreditamento sia per i Medici che per gli Infermieri presso la Commissione Nazionale per la Formazione Continua in Medicina (ECM) del Ministero della Salute.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



AISC & MGR - AIM Group
Sede di Firenze
Viale G. Mazzini, 70
50132 Firenze
Tel. 055 2480202 - Fax 055 2480246
simgmodena@aimgroup.it
www.aimgroup.it

GIORNATA DI AGGIORNAMENTO PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE, SPECIALISTI, OSTETRICHE

sabato 11 marzo 2005

presso la Sala conferenze della Biblioteca comunale Via Circondaria sud – Castelfranco E.
dalle ore 8,30 alle ore 13,15

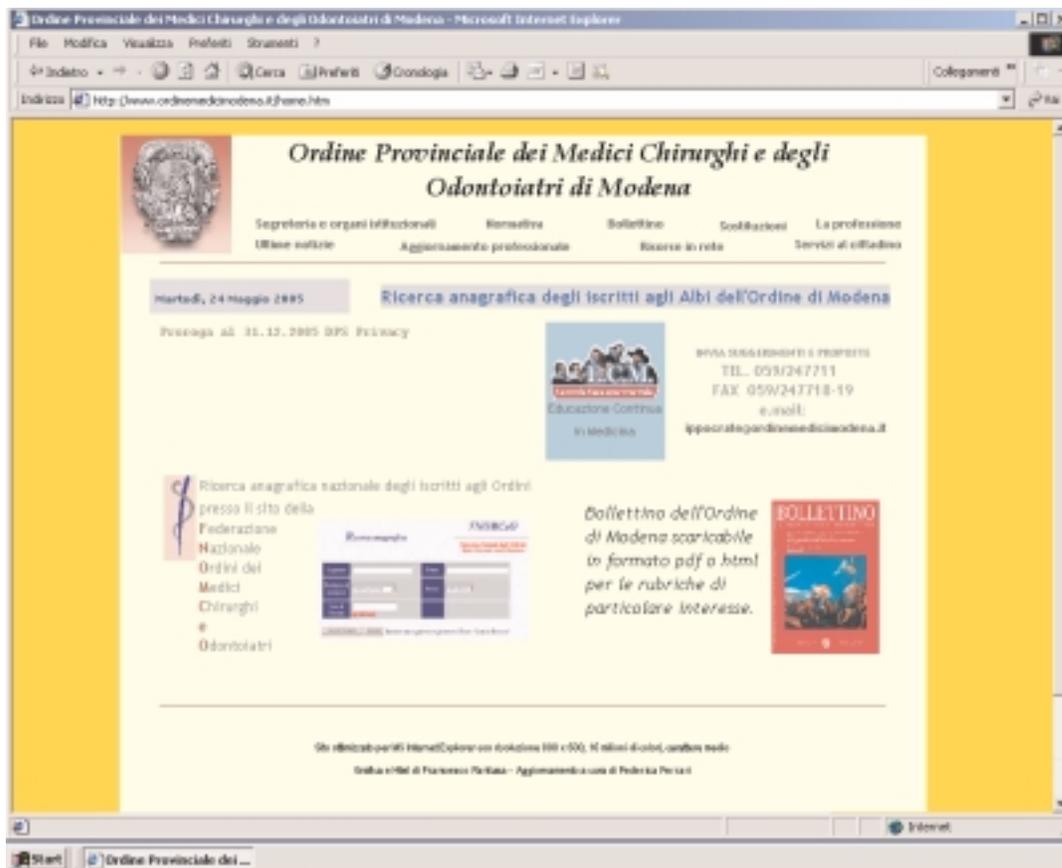
MALATTIE INFETTIVE IN GRAVIDANZA NELLA DONNA IMMIGRATA

- 8,30 Registrazione partecipanti
- 8,45 "Le malattie infettive nella gravidanza: come è cambiato lo scenario" - D.ssa C. Bellini
- 9,00 "Epidemiologia delle malattie infettive nella popolazione immigrata" - Dott. C. Goldoni - Direttore del Servizio di Epidemiologia Dip. Sanità Pubblica Azienda USL di Modena
- 9,30 "Approccio sindromico alle patologie tropicali in gravidanza" (1° parte) - Dott. E. Sabbatici - Clinica malattie infettive e tropicali – Policlinico di Modena
- 10,15 Spazio domande
- 10,30 Pausa caffè
- 10,45 "Approccio sindromico alle patologie tropicali in gravidanza" (2° parte) - Dott. R. Cagarelli - Dirigente medico Servizio di Igiene pubblica
- 11,30 "Misure di profilassi nei confronti dell'ammalata e dei suoi conviventi e contatti"
- 12,30 Spazio domande
- 13,00 Questionario di gradimento e di apprendimento – chiusura del corso

Il corso è gratuito. Crediti ECM richiesti.

Per informazioni D.ssa Carenza Bellini consultorio familiare Via Molza, 3 – Modena – tel. 059/2134374 – c.bellini@ausl.mo.it

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.

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 degli ultimi 12 numeri del Bollettino dell'Ordine di Modena, scaricabile 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 colleghi disponibili per le sostituzioni di medici di base e pediatri. Principali riferimenti normativi per il conteggio dei compensi.

Linee guida

Raccolta delle linee guida in ambito sanitario nazionale e locale.

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 e sulle iniziative dell'Ordine

di Modena in materia di aggiornamento professionale e culturale degli iscritti.

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

Risorse in rete

Link con le istituzioni sanitarie, accesso ai principali motori di ricerca in ambito sanitario, link ai siti di maggiore interesse suddivisi per specialità medica, collegamento ai siti Internet degli Ordini dell'Emilia Romagna.

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.

La professione

Raccolta di informazioni e moduli utili per l'esercizio della professione medica e odontoiatrica.

