

MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

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



**SERVIZI
DI SOSTEGNO:**

SALTUARI

CONTINUATIVI

PART-TIME

**GIORNALIERI/
NOTTURNI**

24 ORE SU 24

**FINE
SETTIMANA**

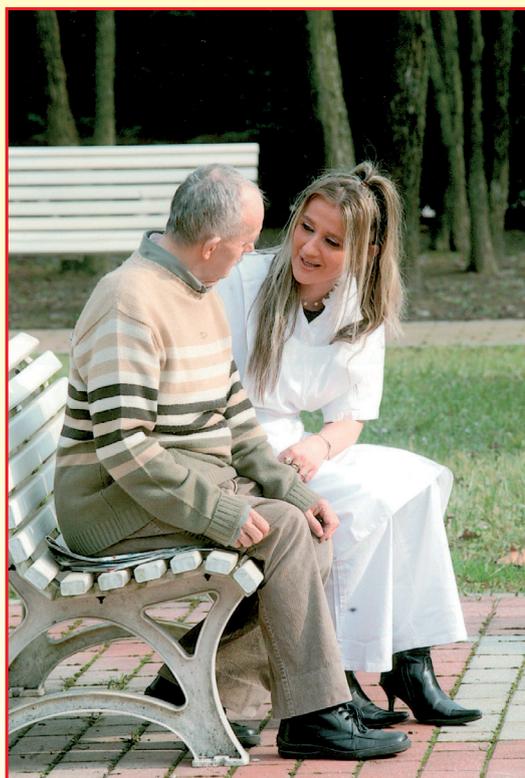
**SERVIZI
DI ASSISTENZA
PERSONALIZZATA**

per.....

ANZIANI

MALATI

DISABILI



chiamateci

MODENASSISTENZA

059 / 221122

Via Ciro Menotti, 43 - Modena



CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente

Dr. Nicolino D'Autilia

Vice Presidente

Dr. Beniamino Lo Monaco

Consigliere Segretario

Dr. Stefano Reggiani

Consigliere Tesoriere

Dr. Antonino Addamo

Consiglieri

Dr. Lodovico Arginelli | Dr. Marco Baraldi

| Dr. Luigi Bertani | Dr. Adriano Dallari |

D.ssa Azzurra Guerra | Dr. Giacinto

Loconte | Dr. Paolo Martone | Dr.

Michele Pantusa | Prof. Francesco Rivasi

| Dr. Francesco Sala | D.ssa Laura Scaltriti

Consiglieri Odontoiatri

Dr. Roberto Gozzi | Dr. Vincenzo Malara

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

Presidente

Dr. Roberto Olivi

Componenti

Dr. Giovanni Bertoldi

Dr. Carlo Curatola

Revisore dei conti supplente

D.ssa Marisa Zanini

COMMISSIONE ODONTOIATRI

Presidente

Dr. Roberto Gozzi

Segretario

Dr. Mario Caliandro

Componenti

D.ssa Francesca Braghiroli | Dr. Vincenzo

Malara | Prof. Mario Provvionato

Direzione e Amministrazione

Modena, p.le Boschetti, 8

Tel. 059/247711 Fax 059/247719

ippocrate@ordinemedicimodena.it

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e

Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione

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

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

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

Pantusa | Prof F. Rivasi

Realizzazione Editoriale

Poligrafico Mucchi

Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977

Fotocomposizione & Grafica

Colorgraf - Via Baracchini, 12 - Vignola

Tel. 059/776576 - Fax 059/7702525

SOMMARIO

EDITORIALE	4
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	5
FNOMCeO	8
DI PARTICOLARE INTERESSE	14
MISCELLANEA	23
ARTE E DINTORNI	26
BIBLIOTECA	27
CORSI CONVEGNI E CONGRESSI	28
TACCUINO	30

QUANDO UN MINISTRO DELLA REPUBBLICA ... OVVERO STORIA DI UN INTERVENTO A GAMBA TESA

La vicenda è nota a tutti o quasi. Il presidente della federazione regionale degli Ordini dei medici dell'Emilia Romagna, dr. Pizza, invia il 10 settembre una lettera a tutti gli organismi regionali, in primis l'Assessore alla sanità, e provinciali, presidenti e assessori, chiedendo "di non procedere alla concessione di nulla-osta alla costruzione di nuovi termovalorizzatori."

Apriti cielo!!!

Dopo pochi giorni interviene il Ministro per lo sviluppo economico Bersani, il quale, con una "vis" degna forse di un crociato alla partenza per la Terra Santa, si abbandona a dichiarazioni che con eufemismo potremmo definire aspre e vagamente minatorie. L'iniziativa degli Ordini dell'Emilia Romagna viene definita "un inammissibile sviamento delle finalità istituzionali e, comunque, degli ambiti di attività consentiti dalla legge." Non solo, ma chiede ai colleghi Turco e Mastella (quest'ultimo poi chissà perché) di assumere "l'eventuale adozione di tutte le misure ritenute necessarie, **anche non solo disciplinari**, nei confronti dei responsabili."

Bisogna obiettivamente dire che le reazioni dei colleghi sono state in un primo tempo di due tipi: da un lato una sorta di incredulità per quanto affermato con tanta veemenza da un poli-

tico cosiddetto liberal e dall'altro una reazione di bonaria rassegnazione di fronte ad un ulteriore esempio di lontananza della nostra classe politica dal paese.

Poi, invece, di fronte a successivi interventi del Ministro che meglio definivano la sua posizione, accentuando il giudizio critico nei confronti dei medici, è esplosa nel Paese, quello reale, non quello che sogna forse Bersani, la protesta. I siti degli Ordini dei medici di tutta Italia, dei sindacati e delle associazioni professionali mediche sono stati inondati di messaggi di solidarietà per i presidenti della nostra regione, compreso lo scrivente, con espressioni di forte critica nei confronti del Ministro.

E veniamo alle valutazioni di merito.

Fin da quando sono stati costituiti, gli Ordini professionali hanno avuto tra i compiti istituzionali primari la tutela della salute dei cittadini. È nel loro DNA insomma. Nel dicembre del 2006 poi il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ha approvato a Roma il nuovo Codice di Deontologia medica che all'articolo 5 prevede uno specifico impegno dei medici sul versante dell'ambiente, con ciò recependo sia una chiara volontà dei professionisti sanitari, sia un adeguamento del criterio di salute, da intendersi

nel senso il più ampio possibile. L'OMS e le istituzioni europee hanno del resto mandato messaggi chiari ed incisivi in questa direzione. L'Ordine di Modena aveva già espresso la sua posizione sul tema della nocività delle sostanze emesse dagli inceneritori e ne aveva fatto oggetto di un documento approvato all'unanimità dal Consiglio e pubblicato sul nostro Bollettino. Allora, esattamente come oggi, l'Organo di rappresentanza della professione si è richiamato al **principio di precauzione** invitando gli enti preposti alla concessione dei nulla-osta e al controllo degli impianti ad una maggiore vigilanza e ad "una pausa di riflessione".

Francamente non ci sentiamo di condividere la posizione del Ministro Bersani. È ben vero infatti che egli si occupa di Sviluppo Economico, ma la salute delle persone è un'altra cosa. E considerato che siamo l'unico paese nel quale si danno sussidi statali a quanti smaltiscono rifiuti, attività di per sé particolarmente redditizia, non possiamo pensare che non sussistano elementi di forte perplessità e preoccupazione per un'evidente alterazione del rapporto fra sviluppo, ambiente e salute.

Ma la maggiore e più pressante emergenza credo sia quella dell'attacco all'autonomia professionale.

Non era mai accaduto, a memoria di chi scrive, che un ministro della repubblica dicesse ai medici di che cosa possono interessarsi e di che cosa no. Considerato che il regime fascista è finito nel 1945 e che da allora, mi hanno insegnato a scuola, viviamo in un paese libero e democratico, credo che qualunque cittadino sia libero e responsabile di esprimere le proprie opinioni su tutto, nel rispetto ovviamente delle regole di un confronto aperto e sere-

no. A maggior ragione questo attiene al tema della salute e degli attori primi di un processo sanitario: i medici. E i medici hanno ritenuto di dire la loro su un tema così rilevante come la qualità dell'aria, l'aria che respiriamo noi e i bambini che ci vivono attorno, cioè il futuro della nostra società.

I colleghi stiano tranquilli: continueremo a dire il nostro parere, da medici.

*Il presidente
Dr. N. D'Autilia*

P.S. Considerato che, nella lettera ai colleghi Turco e Mastella, il Ministro Bersani ha invocato l'adozione di provvedimenti "anche non solo disciplinari" nei confronti dei responsabili (leggi i presidenti degli Ordini della nostra Regione) prego i colleghi che eventualmente volessero venire a trovarmi in carcere di non portarmi le arance. Mi piacciono ma mi hanno sempre procurato una fastidiosa acidità. Grazie.



ATTIVITÀ DELL'ORDINE

VOCI A CONFRONTO SULLE SCELTE DI FINE VITA

MODENA, 20 OTTOBRE 2007

Sabato 20 ottobre si è tenuto presso l'Auditorium del Centro Famiglia di Nazareth l'atteso convegno "Le dichiarazioni anticipate di trattamento: scelte di fine vita tra dignità della persona e responsabilità del medico" organizzato dall'Ordine dei Medici di Modena.

Il convegno, che ha visto la nutrita partecipazione di medici, con la importante novità di un folto gruppo di studenti di medicina, di giuristi, di cittadini, evidentemente stimolati dalla estrema attualità ed importanza del tema, si è articolato attraverso un vivace confronto e di-





battito moderato dalla dottoressa Livia Azzariti, medico e nota conduttrice di programmi televisivi. Dopo la introduzione dello scrivente, in rappresentanza dell'Ordine dei Medici di Modena, la mattinata ha visto il succedersi degli interventi della prof. Luisella Battaglia, membro del Comitato Nazionale di Bioetica, del dr. Amedeo Bianco, presidente della FNOMCeO, del dr. G. Stanzani, presidente della II sezione civile del Tribunale di Modena, del dr. A. Anzani, vice presidente europeo dei medici cattolici e infine del dr. N. D'Autilia, presidente dell'Ordine dei Medici di Modena. L'interesse che ha circondato l'evento si spiega naturalmente con l'importanza e attualità del tema, ribadita, oltre che dai fatti di cronaca di cui hanno ampiamente parlato i mass media, dalla recente sentenza della Corte Costituzionale relativa al

caso Englaro, nonché dalle prese di posizione in ambito politico, tra le quali merita risalto il recente intervento del Ministro della Salute.

Le relazioni proposte hanno naturalmente affrontato il tema sulla base delle diverse sensibilità ed esperienze professionali dei relatori, contribuendo così a delineare a tutto tondo la estrema complessità del problema, a ribadirne le criticità, ma anche a sottolineare gli spazi di dialogo e di convergenza attorno ai quali è pensabile di continuare a lavorare e a proporre.

In questa sede mi preme peraltro rimarcare alcuni importanti elementi di novità, che possono certamente dare un contributo alla discussione e alla elaborazione di un progetto.

In primo luogo, è da sottolineare l'importanza del fatto che sia stato l'Ordine dei Medici a promuovere e organizzare il conve-

gno, promuovendo così di fatto un tavolo privilegiato di confronto tra le varie professionalità interessate al problema e i cittadini stessi. Fatto questo che riafferma una volta di più il ruolo centrale dell'ordine professionale nei confronti dei temi della bioetica e delle problematiche ad essa collegate, non soltanto da un punto di vista culturale, quanto piuttosto sotto l'aspetto della ricaduta pratica sulla vita di tutti i cittadini.

Si tratta di un compito per certi versi nuovo per l'Ordine Professionale, se si pensa alla vecchia concezione dell'Ordine come realtà chiusa al proprio interno con aperture assai limitate verso la società civile, ma che riafferma con forza una vocazione nuova e impegnativa, della quale possiamo trovare ulteriori esempi nell'impegno nei confronti dei temi della difesa dell'ambiente (anche se in questo caso non tutti hanno mostrato di apprezzare) e nell'impegno a promuovere l'istituto delle camere conciliative.

In secondo luogo, gli interventi dei relatori, se si escludono alcune rigidità e ruvidezze emerse nell'ambito dell'approccio giuridico, hanno sostanzialmente riaffermato la necessità di un confronto tra culture per arrivare alla formulazione di un progetto che sia naturalmente il più condiviso possibile e in cui i cittadini possano riconoscersi. Credo che questa sia una esigenza sentita da più parti e che costituisca la base per ogni ul-



teriore approfondimento.

In terzo luogo, il dibattito ha consentito di evidenziare almeno tre elementi che possono ragionevolmente costituire una sorta di corsia preferenziale attorno alla quale costruire una proposta di ordinamento in cui riconoscersi. Il primo elemento è il codice di deontologia medica, che tocca direttamente tutti questi temi fissando linee di comportamento rispettose dei grandi valori in gioco (rispetto per la vita, rispetto della libertà e autonomia del medico, diritto alla autodeterminazione della persona in merito ai trattamenti terapeutici, diritto e dovere alla informazione).

Il secondo è dato dal documento elaborato nel 2003 dal Comitato Nazionale per la Bioetica sulle dichiarazioni anticipate di trattamento. Tale documento, di grande respiro e spessore, tratta in maniera puntuale e precisa ogni aspetto del problema venendo così a costituire una base di discussione da cui credo non sia possibile prescindere.

Il terzo elemento è rappresentato dalla valorizzazione di un istituto già presente nell'ordinamento giuridico attuale, costituito dalla figura dell'amministratore di sostegno, che è quella figura che si è voluto mettere a fianco della persona non più in grado di decidere in piena capacità ed autonomia allo scopo di tutelarne gli interessi e le volontà. Tale figura, già

NOTERELLE A MARGINE DEL CONVEGNO

Come ha potuto constatare chi ha partecipato all'iniziativa dell'Ordine sul testamento biologico la mattina del 20 ottobre non era presente in sala nessun politico né amministratore locale. Noi avevamo invitato tutti. Non sono venuti quelli di centro destra e neanche quelli di centro sinistra, figuriamoci quelli di centro.

Evidentemente il tema non era interessante o meglio rischiava di toccare interessi di parte che è stato più opportuno non affondare pubblicamente.

Quando si parla, come avviene negli ultimi mesi, di ruolo della Politica con la P maiuscola ci si intende riferire alla capacità di una classe politica di confrontarsi e misurarsi sui valori fondanti di una società civile.

L'assenza di politici e amministratori locali al nostro convegno indica che il solco tra il paese reale e quello vissuto dalla politica, con la p minuscola, è veramente profondo.

Il presidente

presente negli ordinamenti di altri paesi (vedasi il modello francese) può certamente rappresentare un elemento di novità nell'ambito della elaborazio-

ne di un progetto di ordinamento legislativo di questa materia, così importante e complessa.

F. Sala



PROFESSIONE AL FEMMINILE: DATI ITALIANI

ILLUSTRATI A CASERTA NEL CORSO DI UN CONVENGO ORGANIZZATO DALLA FEDERAZIONE NAZIONALE I RISULTATI DI UN'INDAGINE SUL FENOMENO DELLA PRESENZA FEMMINILE NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE MEDICO E ODONTOIATRICO IN PROGRESSIVO INCREMENTO

Caserta 28 settembre 2007

Numerosi sono i cambiamenti verificatisi a partire dagli anni Settanta in ambito sanitario. Uno dei più profondi riguarda il progressivo superamento delle differenze di genere nella tutela sanitaria, cambiamento che ha modificato radicalmente gli equilibri del mondo medico. Utilizzo l'allocuzione "di genere" perché voglio riferirmi a un costruito culturale e storicamente determinato e non ad una semplice prevalenza di sesso. Per "genere" si fa riferimento, di norma, ad un insieme di diritti e doveri che ven-

gono condivisi all'interno delle singole società e spesso condiziona l'accesso alle risorse sociali importanti di un paese. Basti pensare al diritto all'istruzione, ancora negato in tanti paesi alle donne.

Le donne medico e odontoiatra sono dunque divenute una realtà numerosa e in continua crescita.

A questa però non consegue spesso una visibilità in termini di potere decisionale e di partecipazione negli organismi di direzione sanitaria.

Le donne, in altri termini, non

sono ancora soggetti politici e sociali riconosciuti e non risultano essere alla guida di scelte organizzative e gestionali del settore sanitario, scelte che sono invece totalmente in mano maschile, per cui la visione progettuale e organizzativa delle strutture sanitarie rimane tipicamente maschile.

Eppure se andiamo a rileggere le leggi e la normativa al riguardo, risulta in modo chiaro che queste sanciscono, senza ombra di dubbio, che la parità uomo-donna è un fatto acquisito da tempo e che questo argomento particolarmente discusso ha già elaborato una coscienza collettiva che ha assimilato questa parità.

Tutto a prima vista sembrerebbe perciò scontato.

Ma i processi culturali non si fanno per legge, né tramite circolari, ma avvengono piuttosto per una consapevolezza acquisita e diffusa che deve poi tradursi nella realtà. Cosa che, nel campo di cui trattiamo, non si è verificato appieno, tant'è che la donna non riesce a sviluppare quello spessore contrattuale di cui può servirsi sulla carta.

FNOMCeO
Federazione Nazionale
degli Ordini dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri

OMCeO CASERTA
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Caserta

CONVEGNO NAZIONALE

**MEDICINA
E SANITÀ
DECLINATE
AL FEMMINILE**

CASERTA, 28 SETTEMBRE 2007

Si tratta di dimensioni nuove e ancora poco indagate, nel mondo medico, che sembrano realizzarsi in modo non uniforme rispetto agli ambiti territoriali e rispetto ai diversi livelli assistenziali o aree specialistiche.

Nulla, tuttavia, lascia supporre che questa tendenza non si accentui in futuro, anzi è probabi-

le che la componente femminile diventi del tutto predominante in tutte le posizioni professionali.

Quali implicazioni possa avere questo tipo di trasformazione è difficile da valutare: così come non è dato sapere in anticipo quali saranno le relazioni interne ed esterne, quali i rapporti di forza e di potere. Si fa

più netta la ricerca di una rinnovata identità professionale di genere, non solo sul piano clinico e tecnologico, ma soprattutto sul piano organizzativo sanitario; una rinnovata identità femminile che deve tra l'altro adeguarsi agli indirizzi di specializzazione dominanti e alla nuova cultura di servizio richiesta per la sanità pubblica.

I numeri e le proiezioni della popolazione medica in Italia

Dott. **Maurizio Benato** *Vice Presidente FNOMCeO*

Alcuni dati

	maschi	femmine	totale
residenti in Italia	28.718.441 49%	30.412.846 51%	59.131.287 100%

	maschi	femmine	totale
medici	233.205 65%	124.205 35%	357.410 100%

Le donne Medico iscritte agli Albi sono

124.205

Di queste **58.230** hanno acquisito una specializzazione

47%

Denominazioni specializzazioni iscritti agli albi di sesso femminile

Pediatria	8.519
Ginecologia e ostetricia	4.479
Odontostomatologia	3.606
Igiene e medicina preventiva	3.047
Anestesia e rianimazione	2.747
Psichiatria	2.617
Cardiologia	2.257
Endocrinologia e malattie del ricambio	2.134
Neurologia	2.093
Medicina interna	1.975
Oftalmologia	1.626
Dermatologia e venereologia	1.576
Ematologia	1.405
Neuropsichiatria infantile	1.384
Medicina del lavoro	1.338
Medicina fisica e riabilitazione	1.279
Gastroenterologia	1.276
Radiodiagnostica	1.268
Geriatrics	1.257
Malattie dell'apparato respiratorio	1.241
Chirurgia generale	1.177
Oncologia	1.076

Donne medico per classi d'età

	Medici Chirurghi			Odontoiatri		
	Uomini	Donne		Uomini	Donne	
> 70 anni	23.882	2.620	9,9%	1.162	51	4,2%
= 70 anni	1.639	207	11,2%	127	9	6,6%
da 65 a 69	9.989	1.469	12,8%	835	66	7,3%
da 60 a 64	14.172	2.508	15%	1.395	102	6,8%
da 55 a 59	36.580	8.542	18,9%	4.562	447	8,9%
da 50 a 54	54.932	23.827	30,2%	10.427	1.750	14,4%
da 45 a 49	40.661	24.630	37,7%	8.921	2.318	20,6%
da 40 a 44	22.750	18.586	44,9%	5.536	2.117	27,6%
da 35 a 39	11.881	12.843	51,9%	1.507	3.193	67,9%
da 30 a 34	10.931	16.132	59,6%	2.600	1.599	38%
da 25 a 29	6.076	10.514	63,4%	1.975	1.604	44,8%
= o < di 24	21	25	54,3%	55	54	49,5%

Centro elaborazione dati FNOMCeO

Uno sguardo alle altre professioni sanitarie

	maschi	femmine	totale
Farmacisti	25.747 36%	46.188 64%	71.935 100%
Veterinari	16.668 65%	9.139 35%	25.807 100%
Infermieri	71.460 22%	250.943 78%	322.943 100%

Uno sguardo agli altri paesi

	maschi	femmine	totale
Iscritti agli albi in Italia	233.205 65%	124.205 35%	357.410 100%
Iscritti agli albi in Francia	207.945 72%	81.331 28%	289.276 100%
Iscritti agli albi in Romania (2004)	14.671 33%	30.390 67%	45.061 100%
Iscritti agli albi in Portogallo (2005)	19.096 53%	17.042 47%	36.138 100%

Tutte queste tendenze reclamano una esigenza diffusa di nuovi contenuti formativi, di nuovi orientamenti di valore, nonché una nuova concezione di governo clinico, considerata nella sua accezione più vasta; in altri termini una forte e sempre maggiore attenzione verso l'utenza. E si tratta di orientamenti ancora sfumati. Dopo il

tempo della parità e superato lo stesso concetto di pari opportunità, sono cambiate le regole del gioco: si sono modificati i numeri. Ma l'itinerario deve tuttavia essere ancora completato. Un solo auspicio: che il cambiamento in corso non si esaurisca solo in una rivincita femminile, con una diversa distribuzione di poteri tra i gene-

ri, che comunque considero salutare per la sanità, ma induca mutamenti culturali profondi, in grado di prevenire il ripetersi dei tanti errori commessi nel passato nel delicatissimo settore della tutela della salute.

M. Benato
Vice Presidente Nazionale
FNOMCeO

**Uno sguardo sull'ultimo decennio
Posti assegnati ai corsi di laurea della
facoltà di medicina e chirurgia**

fonte MIUR

Medicina e Chirurgia

Anno	Posti
1997-98	6.462
1998-99	5.816
1999-00	6.932
2000-01	7.106
2001-02	7.294
2002-03	7.482
2003-04	7.481
2004-05	7.466
2005-06	7.424

Laureati Medicina e Chirurgia

fonte MIUR

**Laureati Medicina e Chirurgia
dal 1997 al 2003**

Anno	Totale	maschi	femmine	%
1997	6.277	2.868	3.409	54
1998	7.074	3.391	3.683	52
1999	7.198	3.313	3.885	54
2000	7.434	3.347	4.087	55
2001	6.418	2.679	3.739	58
2002	6.999	2.844	4.155	59
2003	7.282	2.932	4.350	60
media	6.780	2.900	3.880	57
Totale in 7 anni 48.682				

**Immatricolati al primo anno
A.A. 2006/2007 –
Facoltà a preminenza femminile**

fonte MIUR

Ateneo	Iscr. 1° anno		%
	totale	donne	
Modena e Reggio Emilia	97	64	66
Siena	148	96	65
Udine	80	52	65
Pisa	252	156	62
Torino	322	196	61
Trieste	67	40	60
Roma La Sapienza	689	414	60
Padova	254	148	58
Bari	255	149	58
Chieti e Pescara	162	94	58
L'Aquila	83	48	58

**Immatricolati al primo anno
A.A. 2006/2007 –
Facoltà a preminenza maschile**

fonte MIUR

Ateneo	Iscr. 1° anno		%
	totale	uomini	
Milano Bicocca	194	140	72
Catanzaro	89	52	58
Messina	200	110	55
Insubria	134	70	52
Napoli II	284	148	52
Roma Biomedico	75	38	51

Iscritti al corso di laurea in Medicina e
Chirurgia nelle Università italiane
28.077 studenti di cui **17.183** donne pari al
61% e **10.849** uomini

fonte MIUR

Iscritti al corso di laurea in Odontoiatria nelle
Università italiane
508 studenti di cui **188** donne pari al **37%** e
320 uomini

fonte MIUR

Il **55%** degli immatricolati iscritti al primo
anno (A.A. 2006/2007) **sono donne**

Uno sguardo sull'ultimo decennio

Specializzati dal 1997 al 2005

59.590 professionisti

28.421 uomini

31.169 donne

52% sono donne

Personale dipendente del servizio sanitario nazionale – anno 2005

Medici e Odontoiatri

Uomini	71.633	68%
Donne	34.019	32%

fonte Ministero della Salute

Specialisti per anno accademico

anno	maschi	femmine
2000	3.367	3.430 – 50%
2001	3.201	3.459 – 52%
2002	3.730	3.970 – 52%
2003	3.229	3.796 – 54%
2004	3.595	4.422 – 55%
2005	3.462	4.612 – 57%

Quote rosa tra i medici e gli odontoiatri in Italia - Personale dipendente

*Rapporto Ministero della Salute
sul personale dipendente del Ssn - 2005*

Sardegna	3.756	45,0 %
E. Romagna	7.938	37,5 %
Friuli V.G.	2.244	36,6 %
Piemonte	8.565	36,4 %
Lombardia	13.017	35,9 %
Toscana	7.417	35,1 %
Liguria	3.358	34,7 %
Lazio	9.569	34,7 %
Umbria	1.841	32,6 %
Valle d'Aosta	278	32,4 %
Abruzzo	2.843	31,5 %
P.A. Bolzano	848	31,4 %
P.A. Trento	880	30,8 %
Marche	2.791	30,1 %
Molise	694	30,1 %
Veneto	7.650	29,6 %
Basilicata	1.102	27,6 %
Calabria	4.309	27,4 %
Sicilia	9.868	27,6 %
Puglia	6.193	24,3 %
Campania	10.491	23,8 %
Totale	105.652	32,2 %

Personale femminile del Servizio Sanitario Nazionale 2002

Medici	31%
Dirigente medico con incarico di struttura complessa	10%
Dirigente medico di struttura semplice	29%
Dirigenti medici con altri incarichi professionale (rapporto esclusivo)	36%
Dirigenti medici con altri incarichi professionali (rapporto non esclusivo)	14%

Fonte: conto annuale Ministero Economia - 2002

Donne ai vertici delle az. Ospedaliera e delle ASL - Direttori sanitari

Fonte Annuario della Salute 2002/2003

Regione	Az. Ospedaliera	ASL
Toscana		4
Marche		2
Calabria		3
Piemonte	2	6
Lombardia	2	1
Veneto		3
Friuli Venezia Giulia		
Liguria		
Emilia Romagna	3	2
Umbria		2
Lazio	1	2
Campania		1
Puglia		
Basilicata		
Sicilia	3	1
Sardegna		

La medicina generale: 30% sono donne

Dati FIMMG 2005

Regione Piemonte

Tra gli iscritti ai corsi di formazione specifica in Medicina Generale, il 59% nel 2000 e il 58% nel 2003 è rappresentato da donne.

Nord Italia. Qualche dato numerico di genere

Medie dell'età alla laurea delle donne **26.5 anni**

Punteggio medio di laurea **107/110**

L'altra faccia della medaglia: la stanza dei bottoni. Presenza delle donne nella politica professionale.

Ordine	Consiglieri Ordine e CAO	Consiglieri donne-medici e odontoiatri	%
Sassari	24	13	54
Ravenna	24	11	46
Nuoro	18	8	44
Pescara	24	9	38
Bologna	24	8	33
Asti	18	5	28
Padova	22	5	23
Sondrio	18	4	22
Rieti	18	4	22
Cuneo	24	4	17
TOTALE	2282	361	16

L'altra faccia della medaglia: la stanza dei bottoni. Presenza ai vertici.

Consigli Direttivo

Presidente	1
Vice Presidente	5
Segretario	13
Tesoriere	11
Consigliere	145
Revisore dei conti	108

Commissioni albo odontoiatri

Presidente	3
Consigliere	39

L'altra faccia della medaglia: la stanza dei bottoni. Presenza ai vertici.

Professori ordinari a Medicina e Chirurgia		
2.018	167 donne	8.3%
Professori ordinari a Odontoiatria		
		9% donne

LA MALATTIA DI LYME UNA PATOLOGIA EMERGENTE NELLA NOSTRA PROVINCIA

RONCATI L., ARGINELLI L., RIVASI F.

La malattia di Lyme (borreliosi di Lyme) è un'antropozoonosi causata da batteri appartenenti all'ordine Spirochaetales, genere *Borrelia*, superspecie *Borrelia burgdorferi* (*Borrelia burgdorferi*, *B. afzelii*, *B. garinii*). Storicamente, sebbene la prima dimostrazione della malattia risalga al 1883, anno in cui il medico tedesco Alfred Buchwald descrisse un caso di atrofia cutanea idiopatica in un paziente punto da una zecca, l'isolamento del microrganismo è avvenuto soltanto nel 1982, grazie al biologo statunitense William Burgdorfer¹, che ne descrisse la presenza all'interno dell'apparato digerente di una zecca *Ixodes scapularis*, dimostrando in contemporanea la sieropositività verso antigeni spirochetali nei pazienti affetti da malattia di Lyme.

Il termine 'Lyme' è da riferire alle contee del Connecticut, Lyme ed Old Lyme, nelle quali nel 1975 si verificò un'epidemia di casi di artrite simil reumatoide tra la popolazione, soprattutto giovanile, associati in seguito all'infezione da *B. burgdorferi*.

Le spirochete sono batteri di for-

ma allungata spiraliforme, dotati di una parete cellulare notevolmente flessibile. *Borrelia burgdorferi* è un battere gram negativo, microaerofilo, superossidodismutasi positivo, catalasi e perossidasi negativo, con un tempo medio di replicazione pari a 16 ore in terreni particolarmente ricchi di aminoacidi, vitamine e N-acetilglucosamina (BSK). Esso misura 20-30 μm in lunghezza, con un diametro trasverso di 0,2-0,5 μm ed è evidenziabile con colorazioni Giemsa, Warthin-Starry e Bisma-Steiner; all'estremità terminale presenta 7-11 endoflagelli periplasmatici, organelli locomotori in grado di fornire movimenti laterali a continuo cambiamento direzionale, in particolare in ambienti ad elevata viscosità, ben osservabili in microscopia a fresco in campo oscuro od in contrasto di fase. Il genoma di *B. burgdorferi*, completamente sequenziato, è costituito da un cromosoma lineare di circa 1000 Kb e da plasmidi di forma circolare o lineare, che costituiscono il 40% dell'intero patrimonio genetico. Durante l'interazione con l'ospite, il microrganismo è in grado di eludere parzialmente il

controllo e l'attacco del sistema immunitario proprio grazie alla capacità di modulare ed esprimere i propri antigeni di superficie.

L'infezione è trasmessa da zecche, infettate dal battere, appartenenti alla famiglia Ixodidae* (*I. pacificus*, *I. persulcatus*, *I. ricinus*, *I. scapularis*), sia attraverso le secrezioni salivari che il rigurgito parziale, nelle fasi tardive, del pasto ematico, con efficacia tanto maggiore quanto più è duraturo il periodo di adesione alla superficie cutanea da parte della zecca, la cui puntura e permanenza *in situ* sono adolorifiche, in quanto l'artropode è in grado di inoculare sostanze ad effetto anestetico locale (sono necessarie almeno 36-48 ore per la trasmissione infettiva).

In Europa il più importante vettore di *B. burgdorferi* è la zecca *Ixodes ricinus* (comune zecca boschiva); si ritiene che eccezionalmente la spirocheta possa essere veicolata anche da altri artropodi ematofagi. L'infezione può interessare sia animali selvatici, quali ungulati (caprioli, cervi, daini), lepri, ricci, roditori, uccelli e volpi, che animali domestici, quali cani,

* Le zecche sono artropodi appartenenti alla classe Arachnida, ordine Acarina, famiglie Argasidae ed Ixodidae. Le Ixodidae si caratterizzano per la presenza di un rigido scudo dorsale chitinoso (*hard ticks*) assente nelle Argasidae (*soft ticks*). *Ixodes pacificus* ed *I. scapularis* (*I. dammini*) sono diffuse negli USA, mentre *I. persulcatus* ed *I. ricinus*, rispettivamente, in Asia ed in Europa.

gatti, bovini, equini ed ovini; tuttavia soltanto i piccoli roditori fungono da *reservoir* infettivo, in quanto la borrelia si moltiplica nel loro circolo sanguigno superficiale, potendo quindi venire aspirata da un'eventuale zecca in superficie. Gli altri animali infettati e l'uomo sono ospiti occasionali e non diffondono direttamente la malattia, in quanto il battere si moltiplica nei loro tessuti profondi, ma rappresentano comunque una fonte di mantenimento attivo della stessa. Gli uccelli (passeriformi, piccioni) hanno un ruolo significativo nel trasporto a distanza di zecche infette e non, anche in aree precedentemente indenni. Le dimensioni delle zecche variano da 1 a 4 mm, arrivando ad 1 cm dopo il pasto ematico, a seconda dello stadio del ciclo vitale, caratteristicamente trifasico. La femmina adulta fecondata depone centinaia di uova sul terreno, dalle quali si sviluppano **larve** esapodi, in grado di aderire alla superficie cutanea di un ospite idoneo. Le larve, una volta effettuato il pasto di sangue, si lasciano cadere al suolo, dove si trasformano in **ninfe** ottopodi. Quest'ultime rappresentano lo stadio più aggressivo e più attivo dell'intero ciclo di sviluppo della zecca: si portano agli apici degli steli erbosi e sono in grado di fissarsi su qualsiasi ospite mammifero di passaggio per effettuarvi il pasto ematico. Successivamente anch'esse si lasciano cadere sul terreno, ove si realizza la muta finale. Le zecche **adulte** si accoppiano sull'ospite e le femmine fe-

condante vanno incontro ad una pausa biologica invernale (*diapausa*), che si conclude con la deposizione primaverile delle uova. Proprio per questo la malattia segue un andamento stagionale, con un picco di casi in primavera inoltrata ed in estate. La zecca può parassitare l'ospite mammifero sia allo stadio larvale e ninfa che adulto, alternando ad una fase parassitaria una fase a vita libera; l'artropode assume il battere da un ospite infetto attraverso il pasto ematico, che ha durata variabile in funzione dello stadio di sviluppo della zecca (3-4 giorni per le larve, 4-6 giorni per le ninfe, 7-8 giorni per le forme adulte). Una volta acquisita, l'infezione si perpetua per tutta la vita della zecca e culmina con la trasmissione della spirocheta in un nuovo ospite, solitamente mediata da un esemplare femmina. Le spirochete risiedono di preferenza nell'intestino medio dell'artropode, aderendo alla membrana basale, dove si riproducono alla temperatura media di 25° C fino a raggiungere, durante il pasto di sangue, un numero pari a 10⁹ unità infettanti. È esclusa la possibilità di trasmissione interumana della malattia; ne sono stati tuttavia segnalati rarissimi casi di trasmissione congenita. Nelle donne in stato gravidico l'infezione può aumentare il rischio di malformazioni fetali (cardiache, urinarie, articolari), prematurità, aborto spontaneo e morte neonatale.

Epidemiologia

La borreliosi di Lyme è la malattia

trasmessa da zecche più diffusa nell'emisfero boreale; è attualmente endemica in molte aree europee, nelle quali è l'artrite infettiva batterica più frequente nei bambini e negli adolescenti, russe, asiatiche, australiane e nord americane, ove risulta essere la malattia infettiva più frequentemente trasmessa da vettori, con più di 18.000 infezioni annue (con un doppio picco d'incidenza tra 5-14 e 50-59 anni). Comunemente viene definita come endemica una zona in cui siano stati osservati almeno due casi confermati di malattia di Lyme o in cui sia dimostrabile la presenza di zecche infette. Nelle aree endemiche è stata stimata un'incidenza annua di 30-130 casi ogni 100.000 abitanti.

In Italia il primo caso della malattia è stato identificato nel 1983 in Liguria da *Crovato F. et al.*⁴ Successivamente altri casi (1324 casi dal 1983 al 1996, *Cinco M.*³), provenienti da tutte le regioni d'Italia, sono stati segnalati, con una distribuzione prevalente nel nord-est della penisola, in particolare nel friulano e nel trentino, che rappresentano le zone di continuazione geografica con Slovenia ed Austria, i paesi europei più colpiti dall'infezione, e nel territorio ligure. La sieroprevalenza tra la popolazione italiana è compresa tra il 2-5 % e si tratta quindi di una malattia emergente (1200 casi segnalati negli ultimi sette anni), in virtù delle modificazioni ecologiche, che hanno portato all'incremento parallelo delle aree silvestri, a scapito di quelle coltivate, e de-

gli animali selvatici serbatoi infettivi. Nel 1992 la malattia di Lyme è stata inserita nell'elenco delle malattie infettive della classe V (D.M. 15.12.90), soggette a notifica obbligatoria. Negli ultimi anni si è assistito ad un continuo aumento di notifiche di casi provenienti dall'Emilia Romagna, anche se la percentuale di zecche infette (5-30%) è al momento attuale relativamente bassa rispetto ad altre zone italiane, quali il Carso (70%). L'appennino emiliano, in particolare modenese, è risultato essere una zona a rischio infettivo per le sue peculiari caratteristiche ambientali, che ne fanno un *habitat* ideale per *I. ricinus*.

Clinica

La borreliosi di Lyme è considerata una malattia infettiva multisistemica, la cui presentazione clinica ha un quadro interindividuale variabile per gravità e temporalità. Sintomatica nel 60-80% dei soggetti, asintomatica o subclinica con sierconversione nei restanti casi, la malattia esordisce entro un mese dall'infezione (in media una settimana) con una lesione cutanea persistente maculo-papulare a "coccarda" (a bersaglio) con sfumature violacee, non dolente, talvolta urente e pruriginosa, di consistenza dura, ad espansione centrifuga anulare (mediamente arriva a misurare 5 cm), localizzata in sede di inoculazione (per lo più agli arti), caratterizzata da bordi periferici arrossati e rilevati rispetto alla centralità della lesione (*erythema chronicum migrans* di Lipschutz).

Nella zona più chiara spicca un'area puntiforme intensamente eritematosa, talvolta vescicolo-necrotica, corrispondente alla puntura della zecca. Occasionalmente la prima manifestazione cutanea della malattia si caratterizza per la presenza di lesioni multiple analoghe alla precedente, oppure, più spesso, si evidenzia soltanto con un *rash* eritematoso omogeneo non assimilabile all'eritema cronico migrante classico. Il quadro cutaneo può essere accompagnato da linfadenopatia regionale satellite e da sintomi sistemici, quali febbre con brividi, malessere, astenia, anoressia, nausea e vomito, faringodinia, congiuntivite, artralgie e mialgie. In alcuni pazienti si può assistere alla predominanza dei sintomi da irritazione meningeale, quali cefalea ingravescente, dolore rachideo e *rigor nuchalis*. Solitamente la malattia è autolimitante con guarigione nel giro di qualche settimana, tuttavia nel 50% dei casi, ad una fase precoce localizzata (stadio I), fa seguito, a distanza di mesi (2-8 mesi), una fase precoce disseminata (stadio II), dovuta alla diffusione ematica del battere, nella quale si assiste alla comparsa, in altre sedi del corpo, di lesioni cutanee eritematose maculo-papulari, accompagnate da neoformazione nodulare isolata di circa 1 cm di diametro, raramente multipla, indolore, di consistenza dura e colore rosso scuro, frequentemente localizzata ai lobi auricolari nei bambini ed alla areola mammaria negli adulti, causata da infiltrati linfocitari

iperplastici a fenotipo B (*lymphadenosis benigna cutis*). Il linfocitoma benigno, altro termine per definire tale entità nosologica, testimonia la spiccata capacità di *B. burgdorferi* di attivare la risposta immunitaria, in particolare linfocito-mediata, dell'organismo, talvolta in maniera così abnorme da causare una evoluzione proliferativa neoplastica; infatti la spirocheta è stata reperita in alcuni casi di linfomi a fenotipo B. Accanto alle manifestazioni cutanee si può associare un interessamento nervoso, sia centrale che periferico, caratterizzato, inizialmente, da meningopolinevrite (di *Bannwarth*), che esordisce con dolori nel dermatomero interessato dalla puntura della zecca per poi esitare in impotenza funzionale e paralisi dei nervi cranici con conseguenti alterazioni organo-sensoriali (paralisi di *Bell*) e, successivamente, da meningoencefalite, radicolonevrite e polineuropatia periferica sensitivo-motoria. La disseminazione batterica comporta inoltre un coinvolgimento cardiaco (miocardite, pericardite, turbe della conduzione e del ritmo, cardiomegalia), muscolo-scheletrico (artrite migrante intermittente, spesso con esordio alle ginocchia), epatico (epatite ricorrente), renale ed oculare (coroidite, iridociclite). La fase disseminata può evolvere, nel 60% dei non trattati, particolarmente nelle fasce d'età più avanzate, in una fase cronica persistente (stadio III), della durata anche di anni, caratterizzata da una sintomatologia distrettuale prevalentemente poliartriti-

ca con esiti permanenti, cerebrale con encefalomielite progressiva e cutanea con formazione di aree discromiche rosso bluastre, specialmente nelle donne anziane con esordio all'estremità degli arti inferiori, interessati in senso centripeto, le quali tendono all'ispessimento, all'indurimento ed all'atrofia (*acrodermatitis chronica atrophicans di Pick-Herxheimer*), potendosi anche associare a dolore, fenomeni iper-parestesici e prurito. La cute atrofica appare sottile, liscia, trasparente, infatti lascia intravedere in controtuce il reticolo venoso; sono stati descritti rari casi avanzati in cui l'atrofia cutanea interessava vaste aree del corpo, conferendo al rivestimento tegumentario l'aspetto emblematico di un "vestito troppo lungo". Talvolta si può assistere ad una espressione clinica della malattia che esula la sequenzialità per stadi, con quadri diffusivi all'esordio, soprattutto in soggetti immunodepressi, oppure latenti. È possibile la reinfezione a distanza di tempo. Le manifestazioni cliniche si presentano generalmente diverse in Europa e negli Stati Uniti, in virtù della diversa genospecie eziologica coinvolta: la disseminazione cutanea (*erythemata migrantia*), l'acrodermatite cronica atrofizzante, il linfocitoma benigno e la neuroborreliosi infatti sono più diffuse in Europa (*B. afzelii*, *B. garinii*), mentre l'artrite appare più frequente negli Stati Uniti (*B. burgdorferi*). Raramente la malattia risulta fatale; il basso numero di microrganismi nei tessuti coinvolti testimonia che la gravi-

tà clinica è dovuta per lo più alla risposta immune dell'ospite ed a fattori di predisposizione genetica, piuttosto che alle proprietà lesive intrinseche del microrganismo. È stata infatti descritta un'associazione tra il sistema di istocompatibilità *HLA DR-4* e la tendenza alla cronicizzazione delle manifestazioni articolari.

Diagnosi

La diagnosi si basa sull'anamnesi, sull'esame obiettivo e sul rilevamento sierologico di un elevato titolo anticorpale (*Ig M*, *Ig G*) verso gli antigeni di *B. burgdorferi*, in particolare rivolti contro le proteina *p17 (OSP B)*, *p22 (OSP C)*, *p31 (OSP A)* e *p100*, mediante test *ELISA* ed *IFA*, confermate al *Western Blot*. Solitamente la diagnosi clinica di malattia di Lyme precoce, in un paziente con eritema migrante patognomonico, in un'area endemica (quali Friuli, Trentino, Liguria, più raramente Emilia e Toscana) non richiede la conferma sierologica. L'isolamento colturale, sebbene difficoltoso, permette una diagnosi definitiva; per ovviare ai lunghi tempi di attesa si possono usare tecniche identificative di amplificazione mediante *PCR* su materiale tissutale (cutaneo) e/o liquido (ematico, liquorale, sinoviale, urinario) prelevato dal paziente affetto.

All'esaminazione biotica cutanea la lesione appare indurita, soprattutto al centro; microscopicamente è possibile rilevare la presenza di un marcato infiltrato di cellule mononucleate in sede perivasale e periannessiale. Il

derma papillare appare edematoso e l'epidermide ispessito per aumento dello strato corneo. Il linfocitoma benigno, se presente, appare istologicamente sotto forma di ammassi compatti di linfociti B disposti in centri germinativi circondati da un vallo linfocitario a fenotipo *T* (pseudolinfoma).

L'esame biotico della membrana sinoviale interessata dall'infezione disseminata spesso non è dirimente. I reperti anatomo-patologici rivelano ipertrofia villosa, congestione vascolare e presenza di colonie linfo-plasmacellulari che possono mimare follicoli linfoidi reumatoidi; raramente sono evidenziabili endoarteriti obliteranti, nelle quali è possibile rinvenire la presenza delle spirochete. Nei casi più avanzati si può dimostrare la formazione del *pannus vasculosus* e l'erosione della cartilagine e dell'osso, riscontrabili preliminarmente mediante la *routine* radiologica. Le metodiche di *neuroimaging*, quali *SPECT* e *MRI*, possono essere utili, rispettivamente, per evidenziare aree ipoperfusive e lesionate in corso di interessamento cerebrale della malattia.

La diagnosi differenziale, dal punto di vista cutaneo, va posta con l'eritema marginato, tipico della febbre reumatica acuta, con l'eritema polimorfo, con l'erisipela, con la sclerodermia e con le varie forme di *tinea*, mentre in ambito muscolo-scheletrico con l'artrite reumatoide giovanile, nei bambini, e con l'artrite reumatoide atipica, la *CFS (chronic fatigue syndrome)*, la fibro-

mialgia, la sindrome di *Reiter*, negli adulti. È tuttora discussa l'eziologia borreliotica della morfea e del *lichen scleroatrofico*. Qualora vi sia un interessamento cerebrale la diagnosi differenziale si impone con la sclerosi multipla e con le altre forme eziologiche di meningoencefaliti; è indicativo a tal fine l'esame del liquido cefalorachidiano, che appare limpido con pleiocitosi linfocitaria ed aumento della concentrazione proteica. Risulta importante anche considerare l'eventualità di una coinfezione con altri agenti patogeni veicolati da zecche, come *Bartonella spp.*, *Babesia microbi*, *Ehrlichia chaffeensis*, *Francisella tularensis*, *Rickettsia spp.* e *TBEV* (*tick borne encephalitis virus*). Molto spesso le indagini sierologiche non garantiscono la specificità e la sensibilità necessarie per un'adeguata diagnosi differenziale, esitando in esiti falsi positivi, per reazioni antigeniche crociate o per infezioni precedentemente acquisite, o falsi negativi, per l'esecuzione dell'indagine nel periodo finestra o per una terapia antibiotica aspecifica precoce. Comunemente viene considerato significativo un incremento del titolo anticorpale di un fattore moltiplicativo pari a 4, tra la fase acuta e la fase di convalescenza, ma fondamentali restano la valutazione clinica e le informazioni anamnestiche relative al contatto con zecche in aree endemiche, ove parte della popolazione (ad esempio il 20% in Liguria, ma tale percentuale si eleva al 45% tra i lavoratori forestali del Carso) è

sierologicamente positiva anche in assenza di manifestazioni cliniche.

Terapia

Il trattamento di scelta per l'infezione precoce (localizzata e/o disseminata) è rappresentato dalla doxiciclina per os (100 mg x 2/die per 14-21 giorni) o dall'amoxicillina per os (500 mg x 3/die per 14-21 giorni, farmaco da preferirsi nei bambini al dosaggio di 50 mg/kg/die). L'artrite (intermittente o cronica) è trattata anch'essa efficacemente con doxiciclina (100 mg x 2/die per 30-60 giorni) o amoxicillina (500 mg x 4/die per 30-60 giorni).

In caso di allergia ai farmaci β -lattamici e tetraciclinici si può ricorrere alle cefalosporine di terza/quarta generazione, quali cefuroxime acetile per os (500 mg x 2/die per 14-21 giorni) o ai macrolidi, quali eritromicina per os (500 mg x 4/die per 14-21 giorni).

In caso di manifestazioni neurologiche (precoci e/o tardive) è raccomandato l'uso per via endovenosa di ceftriaxone (2 g/die per 14-28 giorni negli adulti; 75-100 mg/kg/die nei bambini) o di cefotaxime (6 g/die per 14-28 giorni; 150-200 mg/kg/die nei bambini). Le donne in gravidanza sintomatiche devono essere trattate con amoxicillina per os nella fase precoce e localizzata, mentre nella fase disseminata occorre una somministrazione antibiotica endovenosa (per le donne gravide sieropositive ma asintomatiche non è necessario alcun trattamento farmacologico).

L'infezione risponde al trattamento antibiotico, particolarmente nella fase precoce, ma talvolta il tempo necessario per la risoluzione completa dei sintomi può andare oltre il periodo di trattamento (*post-Lyme disease syndrome*) ed i valori sierologici, testimoni dell'avvenuta infezione, restano elevati a distanza di tempo dalla guarigione clinica, anche se il loro livello non è mai correlato con la gravità della malattia. Durante le prime 24 ore dalla somministrazione antibiotica è possibile il verificarsi, per l'immissione in circolo di tossine batteriche rilasciate in seguito alla lisi massiva spirochetale, di una reazione tipo *Jarisch-Herxheimer*, analoga a quella descritta in corso di trattamento antiluetico, caratterizzata da una riacutizzazione della sintomatologia. Onde evitare tale evenienza è opportuno iniziare la cura a bassi dosaggi, aggiungendo nei primi tre giorni corticosteroidi.

I *FANS* possono essere utili nella terapia sintomatica. Per la tensione articolare dovuta agli eventuali versamenti è indicata l'aspirazione del liquido sinoviale. I pazienti affetti da artrite del ginocchio, resistente alla terapia antibiotica, rispondono con successo alla sinoviectomia artroscopica. Nelle fasi tardive, infatti, la terapia farmacologica permette di ottenere vantaggi modesti per l'instaurarsi di una patologia autoimmune.

La profilassi post-esposizione non è raccomandata se non nei casi altamente a rischio in zone endemiche e nelle donne in gra-

vidanza. Nel 1998 fu introdotto negli Stati Uniti un vaccino (LY-MERIX™), poi ritirato dal commercio nel 2002, in seguito ad una attenta analisi costi/efficacia/benefici ed al verificarsi di casi sospetti di artrite autoimmune post-vaccinale. Attualmente, visto l'emergere della malattia, sono in corso di formulazione nuovi vaccini basati su proteine ricombinanti superficiali (OSP A, OSP B, OSP C) di *B. burgdorferi*.

Prevenzione

Le zecche sono diffuse sul territorio a macchia di leopardo, con aree indenni separate da aree infestate, e prediligono ambienti temperati ed umidi (boschi, campi, corsi d'acqua, giardini, parchi, pascoli, radure), ad una altitudine di solito inferiore ai 1500 m (600-800 m). Le categorie di individui a rischio di contrarre l'infezione sono pertanto lavoratori forestali, cacciatori, pescatori, agricoltori, allevatori, veterinari, giardinieri, escursionisti, cam-

peggiatori, persone dedite alla raccolta dei frutti del sottobosco. È opportuno per tali categorie, a fine preventivo, l'utilizzo di indumenti coprenti e protettivi, possibilmente di colore chiaro, di calzature idonee, di insettifughi ed acarorepellenti a base di *N,N-diethyl-meta-toluamide (DEET)*, picaridina (*KBR 3023*) e permetrina, con particolare riguardo nei bambini. È consigliato il controllo periodico delle zone cutanee maggiormente esposte, cioè cuoio capelluto, porzioni distali e prossimali degli arti, inguine, ascelle, ove la presenza di peli rende necessaria un'ispezione ancor più scrupolosa. Qualora si riscontri una zecca adesa alla superficie cutanea è necessario rivolgersi immediatamente ad un medico che provvederà ad asportarla, sfruttando delle pinzette, tenute vicino al piano cutaneo, ed un movimento estrattivo rotatorio, al fine di evitare il rigurgito di materiale potenzialmente infetto nel paziente e la rottura

dell'artropode, con conseguente permanenza *in situ* dell'ipostoma altamente allergenico. Se tale evenienza dovesse avvenire si impone la necessità di estrarlo con l'ausilio di un ago sterile. Una volta asportata la zecca si deve disinfettare accuratamente l'area cutanea interessata, mantenendola sotto osservazione per un mese, con lo scopo di notare precocemente eventuali manifestazioni della malattia. Per coloro che possiedono animali domestici in aree di campagna è consigliato utilizzare trattamenti antizecche sull'animale, controllandone periodicamente il mantello. Gli animali domestici in aree urbane non sono considerati a rischio di veicolare zecche infette, in quanto tali aree non rappresentano l'*habitat* ecologico di *Ixodes ricinus*.

bibliografia disponibile presso gli autori o scaricabile dal sito www.ordinemedicimodena.it

L'impossibile chiedilo alle fate...



Numero Verde
800-205040

...per tutto il resto

c'è **FragolaBlu**

il prestito personale
di Banca popolare
dell'Emilia Romagna

importo del prestito da 1.500 a 20.000 euro
rimborsabili fino a 60 mesi,
tasso fisso o variabile

rapidità e facilità di erogazione

copertura assicurativa per morte
o invalidità permanente da infortunio
compresa nel prestito



Banca popolare
dell'Emilia Romagna

GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

www.bper.it

La banca per la famiglia

LE RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI (RSA) TRA OSPEDALE E DOMICILIO NELLA LUNGOASSISTENZA

La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), è una struttura residenziale per anziani non autosufficienti con malattie croniche e che richiedono riabilitazione, terapie e assistenza continua ed ha una maggiore intensità sanitaria rispetto alla Casa Protetta. Gli ospiti possono accedervi in maniera definitiva o temporanea. Gli ospiti temporanei vengono accolti o per compiere un percorso riabilitativo, di solito in seguito ad interventi ortopedici o ad accidenti cerebrovascolari e comunque con un intervento fisioterapico inferiore a 300 minuti la settimana, o per offrire un temporaneo sollievo alla famiglia. Nel corso degli ultimi dieci anni si è assistito ad un progressivo cambiamento dell'utenza per l'ingresso di ospiti che hanno presentato una gravità sempre maggiore. A costoro, negli ultimi tempi, si sono aggiunti ospiti con patologia di confine tra geriatria e psichiatria, neoplastici terminali, con patologie del motoneurone, in stato di minima coscienza e più recentemente "ospiti ad alta intensità clinica". Questi ultimi sono "persone che hanno subito un danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma, più o meno protratto e menomazioni sensomotorie, cognitive o com-

portamentali, che comportano disabilità grave" e che dopo la fase acuta, che viene trattata in ambiente ospedaliero, necessitano di interventi di carattere sanitario e sociale a lungo termine, volti ad affrontare menomazioni, disabilità persistenti e difficoltà di reinserimento familiare. Le loro caratteristiche cliniche sono riassumibili in gravissime cerebrolesioni (emoraggia cerebrale, ipossia/anossia); gravissime mielolesioni (tetraplegia), gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (SLA), condizioni di terminalità. Da questa definizione vengono escluse le patologie cronicodegenerative e, di norma, gli esiti di ictus.

Tutto questo, se da un lato ha aperto nuove opportunità assistenziali, al tempo stesso ha reso necessario la creazione di modelli organizzativi e di procedure che risultino adeguati alle necessità del paziente. Per cominciare, la traduzione dei bisogni in domanda legittimata dovrebbe essere compiuta da un'équipe libera da condizionamenti; in caso contrario si verificano fenomeni che tendono a impedire una rilevazione corretta dei fenomeni socio-sanitari; operatori che dipendono da amministrazioni sanitarie potrebbero sottovalutare la tipologia dei bisogni dell'utente che necessite-

rebbe di una RSA, declassandone i bisogni a quelli di Casa Protetta, per via delle restrizioni di bilancio che gravano sulle AUSL. Viceversa i dipendenti dai Comuni potrebbero tendere alla "sanitarizzazione" dei bisogni sociali per scaricare le relative spese sui bilanci sanitari ed evitare di dover attingere ai bilanci comunali. L'analisi dei bisogni non può e non deve essere sostituita da una classificazione in intervalli di costi, secondo schemi che sono propri di sistemi mutualistico-assicurativi; Il sistema residenziale non sempre utilizza le strutture in modo appropriato, dato che gestisce un'utenza molto compromessa, sia dal punto di vista sanitario che assistenziale, in un contesto organizzativo non adeguato, come diretta conseguenza di una domanda evasa che non trova risposte tempestive adeguate.

Occorre avere una metodologia unitaria che oltre a valutare il bisogno nelle sue componenti sociali e sanitarie, sia in grado di orientare verso il setting di assistenza più appropriato, consenta di classificare il bisogno e di quantificare l'intervento assistenziale necessario, permettendo una conseguente e personalizzata pianificazione della assistenza da erogare, a prescindere dal setting di erogazione.

I RUG III (Resource Utilization

Groups III) sono gruppi omogenei di assorbimento di risorse secondo una successione decrescente logico-problematica e di costo assistenziale che spiegano oltre il 60% delle risorse assorbite.

Applicando il metodo da loro offerto, nell'ottica di definire quali ospiti dovessero essere accolti in RSA e quali in Post Acuzie Riabilitazione Estensiva (PARE), già alcuni anni orsono un gruppo di lavoro "ad hoc" aveva identificato i gruppi di riferimento RUG di isoutilizzazione di risorse adattati dai sette macroaggregati definiti da un sistema di valutazione multidimensionale (Resident Assessment Instrument: RAI) che accorpa le caratteristiche bio psico-sociali degli ospiti di strutture residenziali in 44 tipologie, tenendo conto anche delle capacità nelle attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living: ADL). "Queste tipologie in base alla malattia principale, alla comorbilità, all'utilizzo di risorse, all'intensità assistenziale (nursing sanitario e tutelare) e all'utilizzo di terapie fisiche e farmacologiche consentono di classificare i pazienti in sette macro gruppi: Riabilitazione/Riattivazione, Nursing con gestione di apparecchiature complesse, Nursing intensivo, Situazione clinica complessa, Disturbi cognitivi, Disturbi comportamentali, Disturbi fisici. Questi sette gruppi costituiscono una scala gerarchica: si assegna il paziente a quel determinato gruppo in base alla patologia prevalente.

Gli ultimi 3 gruppi hanno in genere un percorso sanitario diverso e spesso non necessitano di per sé

di cure in ambiente ospedaliero. Perciò, l'inserimento in questi gruppi è già indicativo di una necessità di servizi extraospedalieri, che andranno approfonditi per meglio identificare il punto della rete dei servizi territoriali più appropriato".

Come criterio per differenziare gli utenti della RSA e PARE, per i primi 4 gruppi, si prendono in considerazione 4 categorie: riabilitazione/riattivazione, nursing con gestione di apparecchiature complesse, nursing intensivo, situazione clinica complessa. Otterremo

- RUG Riabilitazione/Riattivazione: pazienti fragili, con limitata autosufficienza e limitate capacità sensoriali. Necessitano di riabilitazione multidisciplinare: la terapia riabilitativa ed ogni combinazione di educazione fisica, occupazionale o terapia del linguaggio
- RUG Nursing con gestione di apparecchiature complesse: pazienti fragili e con gravi limitazioni nelle attività quotidiane. Necessitano di nursing con gestione di apparecchiature complesse: alimentazione parenterale, aspirazione tracheale, gestione tracheotomia
- RUG Nursing intensivo: pazienti fragili con gravi limitazioni nelle attività quotidiane. Necessitano di un nursing sanitario intensivo.
- RUG Situazione clinica complessa: pazienti fragili con situazione clinica complessa a causa di comorbilità, malattia terminale, chemioterapia, dialisi, trasfusioni, coma o non-vigilanza, dipendenza per tutte

le ADL, terapia con ossigeno; nelle ultime 2 settimane, necessità di più di 1 visita medica al giorno.

Da studi effettuati si evince che, trattandosi di isoutilizzazione di risorse, per quanto riguarda il nursing, se questo è intensivo, l'ospite non potrà essere trattato che a livello ospedaliero, come anche in caso di necessità di prestazioni o consulenze specialistiche e di instabilità del quadro clinico.

La RSA è una struttura molto più articolata e difficile di un ospedale per acuti, se vuole salvaguardare sia la qualità della cura che la qualità della vita delle persone di cui si prende l'impegno di sostenere il benessere. Se si vuole sostenere l'inserimento in RSA di ospiti ad alta complessità clinica, offrendo loro continuità assistenziale nella fase di dimissione tramite la pianificazione di un programma assistenziale che assicuri risposte personalizzate, approccio globale ed integrato e centralità della persona, considerando che la loro assistenza spesso prevede l'uso e la gestione quotidiana di presidi che fino a poco tempo fa erano di competenza ospedaliera o di cliniche specializzate, a tutela e garanzia sia degli ospiti in questione sia degli altri ed a supporto degli operatori, è necessario che si abbiano risorse umane adeguate, professionalità del personale, requisiti strutturali ed attrezzature adeguate, informatizzazione del sistema. Risorse umane: né l'organico degli infermieri, né quello dei fisioterapisti ha subito variazioni se non, in alcuni casi, in senso di riduzione,

come pure la attività del medico. Sono stati formalizzati, in maniera disomogenea tra le residenze dello stesso distretto e fra i diversi distretti, percorsi "paziente condiviso", con il reparto di dimissione, creando un collegamento tra lo staff del reparto e la residenza attraverso protocolli di intervento e di consulenza o di rientro nel reparto nel tentativo di ridurre le complicanze dovute alla ospedalizzazione e, nel contempo, ridurre la spesa derivante dal ricovero se l'ospite può essere trattato nella residenza tramite la espansione dei servizi. Dalla analisi dei dati di 3 anni risulta che il 60% delle 25.000 giornate di ricovero per casi acuti provenienti dalle residenze, avrebbero potuto essere risparmiate se si fosse avuta questa espansione.

Nonostante sia stato più volte richiesto dai medici delle residenze un sistema di continuità assistenziale che garantisca la copertura medica sulle 24 ore, tramite medici che abbiano la cultura della lungoassistenza e che conoscano le necessità degli ospiti delle residenze, non è stato ancora istituito. In tal modo, quadri clinici che facilmente potrebbero essere risolti in loco, spesso vengono inviati in ambiente ospedaliero. Al personale OSS e Infermieristico vengono richiesti: competenza tecnica, flessibilità e adattamento al cambiamento, capacità di stabilire rapporti interpersonali/professionali corretti ed efficaci per facilitare l'integrazione delle attività e delle diverse figure professionali, capacità di organizzare e programmare la propria attività,

saper assumere le decisioni necessarie di carattere tecnico-professionale

In particolar modo il personale OSS deve: essere in possesso delle competenze tecnico scientifiche che discendono dal titolo di studio adeguato; avere ottima conoscenza della lingua italiana, dal momento che la presenza di operatori stranieri può creare malintesi nella esecuzione di un compito; infine essere assunto a tempo indeterminato poiché l'elevato turn over non consente la indispensabile acquisizione delle procedure operative.

Requisiti strutturali: l'unico intervento possibile è la predisposizione di ambienti atti ad accogliere gli ospiti in prossimità della guardiola degli infermieri per offrire la migliore sorveglianza. Va da sé che sistemi di controllo a distanza dei parametri vitali non sono disponibili.

Fornitura ausili/presidi e consulenze specialistiche: è necessario che la residenza sia fornita del materiale e degli ausili necessari alla assistenza e questi possano essere disponibili in tempi brevi, senza che si abbia la necessità di sottoporre a parere di terzi, ignari delle condizioni dell'ospite, la congruità della richiesta. Per le consulenze specialistiche è opportuno stabilire percorsi strutturati, non solo con i reparti di provenienza, affinché siano possibili nella residenza senza che si abbia la necessità di trasferire l'ospite, se non per quelle specializzazioni non mobilizzabili, vedi radiologia
Formazione: la presenza di ospiti con patologie inusuali per il set-

ting assistenziale fa sì che le residenze debbano autonomamente procedere a programmi formativi mirati alle necessità assistenziali.

Informatizzazione: la messa in rete delle residenze, tra di loro e con i presidi ospedalieri è ormai una necessità cogente. Come è improcrastinabile la possibilità di monitorare a distanza i parametri vitali dell'ospite tramite telemetria, in residenza, e con programmi già esistenti, ed in alcuni casi già usati, collegati via internet con i reparti ospedalieri.

Di fatto, il sistema delle residenze si è fatto carico di fornire una risposta ineludibile a bisogni reali che, se in alcuni casi avrebbero potuto trovare forme alternative di soddisfazione, non si sono realizzati e non certo a causa loro. Per di più non garantendo equità di accesso ed equità di trattamento tra i diversi contesti territoriali, livelli assistenziali correlati ai bisogni espressi e un sufficiente presidio tecnico-clinico-assistenziale finisce con l'essere inadeguato ed iniquo.

*Roberto De Gesu¹,
Giuseppe Morrone¹,
Imma Primiceri²*

¹ Medici di medicina generale, Resp , assistenza medica di base e coordinamento sanitario "RSA" Cialdini di Modena.

² Infermiere di coordinamento "RSA" Cialdini di Modena.

bibliografia disponibile presso gli autori o scaricabile dal sito www.ordinemedicimodena.it

CARDIOLOGIE APERTE 2007

E sistono dei momenti in cui si sente la necessità di fermarsi e ripensare al passato, per capire dove siamo arrivati, recuperare le motivazioni per quello che stiamo facendo e per impostare i futuri programmi. L'occasione viene oggi con la preparazione della giornata delle Cardiologie Aperte, organizzata dall'ANMCO, che da diversi anni costituisce un momento di analisi, sintesi e programmazione delle attività per tutte le Cardiologie nazionali. Mi è sembrato giusto in questa occasione, oltre ad aprire le porte ed esporre il nuovo ospedale, aprire anche le porte ed esporre i miei pensieri a chi avrà l'interesse e la pazienza di leggere queste pagine.

La Cardiologia S. Agostino si è trasferita a Baggiovara il giorno 23/6/05, quindi sono passati 2 anni da quel giorno. Ricordo di quel periodo un misto di nostalgia per gli anni passati e di entusiasmo per la nuova struttura e la nuova missione a cui siamo stati destinati dalla nostra Azienda.

Ripensando a quello scorcio della mia vita ritengo di essere stato fortunato ad appartenere ad una generazione rilevante per la nostra città, ultima del vecchio ospedale e prima del nuovo, generazione che diverrà memoria destinata a far parte dell'archivio storico e culturale della città. Ricordo quella mattina il via vai

delle barelle che portavano i malati, soprattutto la impressione al termine delle operazioni di trasloco, svolte con una efficienza magistrale, quando ho guardato per l'ultima volta il reparto svuotato e deserto. Improvvisamente mi è sembrato non come abbandonato da pochi istanti ma da lungo tempo: desolatamente vuoto. Soprattutto la sensazione era di essere privo di vita e senza quell'anima che si sente vivere e palpitare negli ospedali, risultante dei sentimenti, degli umori e delle emozioni che si intrecciano, di tante persone che convivono e danno vita ad una presenza temporale continua ed operosa, in un contesto spaziale ristretto.

In quel momento ho pensato che, se è vero che gli ospedali hanno un'anima, quell'anima era volata via.

Con l'ultimo paziente sono partito anche io verso il nuovo ospedale; ricordo l'impressione piacevole della corsa immerso nella calda aria della giornata di inizio estate e la sensazione di avviarmi verso una nuova avventura della mia vita.

Ho ancora vivo nella mente come una sensazione di sollievo nel rivedere tutti i miei collaboratori all'opera con tanta vivacità ed entusiasmo per il nuovo reparto, da tanto tempo sospirato e da tanti anni considerato obiettivo per i sacrifici di tutti noi.

Sensazione di sollievo per un ricongiungimento con loro che, pur da una separazione temporale e spaziale breve, mi appariva essere molto lontana, sensazione che penso sia propria di ogni passaggio epocale. Ancora il ricongiungimento mi riportava quella sicurezza che viene dal recupero delle consolidate abitudini e dal ritorno ai ritmi lavorativi della giornata in ospedale.

Ricordo la prima notte di cui mi sono attribuito spontaneamente la guardia con pochi malati, infermieri timorosi di affrontare il servizio in ambiente appena occupato, in spazi molto più ampi e completamente diversi rispetto a quello del vecchio ospedale. Per fortuna pochi sono stati gli interventi assistenziali quella notte, passata soprattutto a resistere al freddo dei condizionatori ancora non perfettamente regolati.

Da allora sono passati più di 2 anni durante i quali tutti insieme abbiamo costruito la crescita del nostro reparto, arrivando a circa 2000 ricoveri anno a fronte di poco più di 800 di 10 anni fa, con il consolidamento e la espansione della attività emodinamica, realizzando nel 2006 circa 2700 procedure fra cateterismi, coronarografie e angioplastiche; 200 angioplastiche primarie in fase acuta dell'infarto, con reperibilità e guardia attiva per tutte le ore del giorno e della notte, tutti i giorni della setti-

mana. Questi sono dati che ci pongono ai primi posti delle statistiche regionali e nazionali, alla pari degli ospedali delle città più popolate ed importanti del nostro paese.

Grande impulso poi abbiamo dato alle procedure più avanzate e complesse di ablazione per le principali aritmie sopraventricolari e ventricolari, raggiungendo 100 casi per anno, che rappresentano la casistica ideale ed idonea per l'accreditamento del laboratorio di elettrofisiologia, sempre mantenendo la attività storica di impiantistica di pacemaker da anni conseguita.

Determinante nell' incremento della nostra attività è stata la espansione di tutto l'Ospedale, con l'inserimento dei nuovi reparti provenienti dal Policlinico; reparti importanti nel senso quantitativo e qualitativo per il peso assistenziale e la complessità della materia specialistica, come la neurologia, la neurochirurgia, la neuroranimazione, la endocrinologia, la riabilitazione. Ciò ha comportato un esponenziale incremento della attività di consulenza per tutti i reparti sovraccaricati e delle procedure non invasive ed invasive, diagnostiche e terapeutiche, di supporto cardiologico.

Certamente è gratificante rivedere questi dati a tavolino; però quando li guardo mi viene da pensare agli evidenti segni di sofferenza e stanchezza nei volti dei miei collaboratori, al mattino dopo guardie notturne passate in piedi; degli emodinamisti, al termine di ogni giorno di lavoro

e al mattino dopo chiamate notturne, talora più volte nella stessa notte, per angioplastiche in soggetti con infarti acuti, spesso in bilico tra vita e morte; degli elettrofisiologi, dopo sedute di 6 - 7 ore in elettrofisiologia per ablazioni di aritmie complesse, sempre con camici di piombo che mettono a dura prova la colonna vertebrale; sempre in ogni atto della nostra professione con presente la consapevolezza e il timore di potenziali eventi avversi, intrinseci in tutti i nostri interventi.

Mi vengono così in mente nostri Colleghi che hanno pagato personalmente con la propria salute per questo carico lavorativo e la compartecipazione emotiva alla malattia del prossimo. Infatti ho sempre constatato su me stesso e ho recepito da colloqui con i miei colleghi, che nessun medico, anche dopo molti anni di professione, riesce ad abituarsi ad assistere passivamente al dolore altrui. È sempre inevitabile una partecipazione emotiva intensa alle disgrazie del prossimo, che si devono poi aggiungere a quelle personali che, inevitabilmente, essendo uomini, colpiscono anche i medici.

Credo che comunque tutte le difficoltà vengano tollerate e dimenticate quando qualche paziente comprende e riconosce che la assistenza ricevuta e gli eventuali benefici conseguenti non sono solo un atto dovuto da parte del personale sanitario per lo stipendio ricevuto dalla Azienda Sanitaria ma vengono da un qualcosa in più che è in-

trinseco nella attività medica, che la contraddistingue dalle altre professioni e che non è risarcibile con il salario. Questo atteggiamento verso il prossimo talora costa fatica dato che, se può essere facile da attuare verso coloro che si pongono in atteggiamento di simpatia e fiducia nei nostri confronti, è da mantenere anche nei confronti di chi, e non sono pochi, si propone in modo non educato, intollerante e con preconstituita sfiducia verso il sistema assistenziale e le persone che ne fanno parte e lo costituiscono.

Di questo corre obbligo attribuire grande responsabilità alle espressioni mediatiche e alle campagne strumentalizzate e denigratorie della attività dei sanitari e del sistema sanitario, che forse portano a maggiore vendita di giornali e popolarità ai politici che le sostengono, ma sono certamente dannose per i cittadini, minando la fiducia verso un sistema sanitario e professionisti della sanità che, come è stato pubblicato recentemente, sono tra i migliori del mondo.

Che poi singolarmente possano verificarsi casi di inadempienze, errori o singoli episodi di ineducazione, questo è possibile come in qualunque attività, ufficio e istituzione gestita da esseri umani.

Questo sguardo al passato non esime poi dalla necessità di pensare al futuro: è indispensabile infatti nella nostra professione sempre pensare allo sviluppo continuo delle conoscenze e delle attività, quella che viene

definita la innovazione, che comporta studio e continua sperimentazione di nuove metodiche, per sempre meglio prevenire e curare le malattie.

Per questo, utilizzando gli strumenti messi a disposizione dalla nostra Azienda, talora unitamente a donazioni da parte di enti come la Fondazione Cassa di Risparmio, sempre attenta ad incentivare la innovazione, abbiamo messo a punto diverse iniziative, tra cui un programma per la prevenzione delle malattie cardiache che presenteremo il 30 settembre in occasione delle Cardiologie Aperte.

Altre iniziative sono: la partecipazione a gruppi di studio regionali che sperimentano l'utilizzo della TAC coronarografia per cui la Regione Emilia Romagna ha devoluto una borsa di studio al nostro reparto; partecipazione a studi nazionali sull'utilizzo di far-

maci in corso di infarto miocardico acuto, nel contesto della angioplastica in fase acuta, per rendere sempre più efficace e sicura questa procedura che salva la vita dall'infarto del miocardio; partecipazione a studi internazionali sull'utilizzo dei sistemi informatici di navigazione entro le cavità cardiache per la cura delle aritmie.

Altra importante innovazione dell'ultimo anno, che sempre più va concretizzandosi, è la correzione della pervietà dei forami ovali, riconosciuta causa di importanti disturbi neurologici. Questo è reso possibile dalla stretta collaborazione tra i nostri cardiologi e i colleghi della neurologia, collaborazione che trova una sintesi di eccellenza nella realizzazione di questi complessi interventi da parte dei nostri cardiologi emodinamisti.

Queste meditazioni credo che

siano importanti per riprendere motivazioni e determinazione per le future attività, per me stesso, per i miei collaboratori già maturi e per quelli più giovani che devono crescere nel tempo giusto e nella direzione giusta. Aprire le porte a questi miei pensieri, oltre che le porte di Baggiovara, ritengo che aiuti anche quelli che leggono a comprendere che le persone e le strutture che operano negli ospedali si pongono sempre in un atteggiamento di aiuto e servizio verso il prossimo, talora, anzi sempre, con grande impegno, sforzo e fatica intellettuale, emotiva e fisica, sempre ed inevitabilmente nei termini compatibili con la imperfezione intrinseca nella natura umana.

R. G. Zennaro

Importante! GLI ISCRITTI SONO INVITATI A DEPOSITARE ALL'ORDINE I TITOLI DI SPECIALITÀ CONSEGUITI

In relazione al nuovo programma ECM per il triennio 2008-2010, in fase di implementazione, gli Ordini dei medici sono chiamati a trasmettere al COGEAPS (consorzio per la gestione dei crediti formativi) che opera per conto del Ministero della salute, l'anagrafica degli iscritti aggiornata e completa.

È pertanto molto importante che chi possiede titoli di specialità non ancora depositati vi provveda quanto prima. La specialità può essere autocertificata utilizzando il modulo disponibile presso la segreteria o sul sito www.ordinemedicimodena.it da trasmettere alla segreteria dell'Ordine unitamente alla fotocopia di un documento di identità (via e-mail ippocrate@ordine-medici Modena oppure fax 059/247719 o per posta).



PITTORI MODENESI DAL '500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI

PIETRO PAGLIANI

Nacque a Modena nel 1901 e vi morì nel 1983.

Si esprime essenzialmente con l'acquerello ed il disegno. Figlio di un sarto, fu allievo dell'Istituto Belle Arti, dove si diplomò nel 1924 in disegno architettonico. Dopo aver superato il concorso nazionale per le scuole industriali, si dedicò all'insegnamento, dapprima a Moliterno, poi a Udine, Bolzano e Grosseto.

Nel 1943 tornò a Modena e soltanto nel periodo estivo si trasferiva d'abitudine in Maremma.

Nel 1922 si fece notare in una mostra di Bianco e Nero, dove aveva esposto dodici disegni a penna di Modena e sei interni della Galleria Campori.

Partecipò a numerose mostre collettive a Grosseto, Firenze,

Siena, Udine, Venezia, Bolzano, Bologna e personali a Grosseto, Bolzano Carpi e Reggio Emilia.

Nel 1949 partecipò ad una mostra organizzata dalla Società Amici dell'Arte nella saletta del Caffè Nazionale.

Gli acquerelli da lui esposti, riguardanti "Modena di una volta", segnarono l'aspetto saliente della sua vita artistica e l'impostazione di un argomento al quale si dedicherà per oltre trent'anni.

I suoi dipinti fanno rivivere aspetti della città e della provincia, nota è infatti la "serie dei Castelli".

Egli andò alla ricerca del vero, della resa esatta, e non permetteva che un'ombra di personale fantasia alterasse l'amore ed il rispetto che riponeva nelle immagini.

La sua Modena fu quella di altri

tempi, forse riflessa nei ricordi dell'infanzia e della prima giovinezza, continuamente ripresa in angolazioni che suggerivano una calma ed una tranquillità ormai sconosciute.

Fu proprio la sua poesia tranquilla, la genuinità d'ispirazione, la dolcezza dei toni e la documentazione storica che il pittore dedicò ai Geminiani ed a tutti quelli che sognano la tranquillità del passato.

Alcune sue opere:

"il castello di Formigine", acquerello – cm 40x31;

"Paesaggio alpino", 1965 – acquerello – cm 40x29,5;

"Porta Bologna", 1929 – acquerello – cm 50x34 (in copertina).

LE STORIELLE

A CURA DI ROBERTO OLIVI

Una buona cura per il mal di mare è stare seduti sotto un albero. ===== Spike Milligan

Dovunque si bruciano i libri, si finisce per bruciare anche gli uomini. ===== Heinrich Heine

Il futuro mi interessa: è lì che ho intenzione di passare i miei prossimi anni. ===== Woody Allen

La società perdona spesso il criminale; non perdona mai il sognatore. ===== Oscar Wilde

IN GUERRA FRA FERITI TEDESCHI E ALLEATI

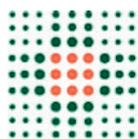
DI EZIO TROTA

Per chi non lo sapesse l'autore è il prof. Trota, già primario ortopedico e cultore della storia legata alla famosa Linea Gotica, nonché alle vicende del nostro territorio. Il libro è riccamente illustrato con numerose foto d'archivio, tutte rigorosamente in bianco e nero; è da guardare pertanto con quel giusto rispetto che si riserva alle memorie. Le memorie di quanti hanno vissuto i terribili momenti della seconda guerra mondiale, ma anche di quanti ne hanno sentito solo parlare. E noi siamo fra quelli. Accompagnato da una nota del prof. Vaccari, collega ortopedico di Modena, il libro risente ovviamente di una visuale "sanitaria" ed il filo conduttore non può non essere la tipologia tutta peculiare dell'assistenza medica ai militari impegnati sul fronte di guerra. Uno sprazzo di umanità nel mezzo della follia bellica.

N. G. D'Autilia



cataimm



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

COMMISSIONE SPERIMENTAZIONE CLINICA IN MMG E PLS

Il percorso per la sperimentazione clinica controllata in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, avviato nel 2006 con l'insediamento della Commissione aziendale, ha reso possibile l'istituzione del Registro degli Sperimentatori nella nostra Provincia.

Per potere praticare la sperimentazione clinica di farmaci in fase III e in fase IV, i medici devono risultare iscritti nel Registro degli Sperimentatori, tenuto ed aggiornato dalle Aziende USL.

La richiesta di iscrizione al Registro è un diritto di ogni medico MMG e PLS ed è subordinata alla frequenza di un corso di formazione specifico.

A tal proposito, anche per ampliare l'opportunità dei medici interessati alla sperimentazione, la Commissione per la Sperimentazione clinica controllata in Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, ha organizza-

to un programma di formazione specifica per l'anno 2007, articolato in due giornate da realizzarsi il 30/11 e 1/12 ciascuna di 8 ore.

Coloro che fossero interessati alla frequenza per accedere all'iscrizione del Registro Sperimentatori, che sarà riconosciuta ai fini dei crediti formativi previsti dall'art. 16 bis del Dlgs 229/99, dovranno comunicare la loro disponibilità e/o richiesta di maggiori informazioni al seguente indirizzo di posta elettronica: c.zanoli@ausl.mo.it o al seguente numero di fax: 059/435233; saranno successivamente contattati.

Cordialmente.

*PRESIDENTE COMMISSIONE
(Dott.ssa Susanna Casari)*



Soc. Coop.
Sede operativa:
P.za Manzoni 4/c - 41100 Modena
Tel. 059 395970 - Fax 059 399000

IL DOLORE MUSCOLOSCLERETICO COMUNE

UNA METODICA INNOVATIVA PER IL TRATTAMENTO AMBULATORIALE

Prima giornata nazionale

Biolite

24 novembre 2007 - sala dei 150
Camera di Commercio di Modena - Via Ganaceto n° 134

È stato richiesto riconoscimento con ECM.
Il Programma completo e la scheda di iscrizione sono visibili e scaricabili
dal sito della www.rgm-md.com

Segreteria Organizzativa San.a. Cooperativa sanitari associati
Tel. 059 395970 Fax 059 399000 e-mail info@coopsana.it



**HESPERIA
AGGIORNAMENTI**

ISTITUTO PERMANENTE DI STUDIO,
FORMAZIONE E TRASFERIMENTI
DI TECNOLOGIE SANITARIE

**UNITÀ FUNZIONALE DI
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
dell'HESPERIA HOSPITAL**

Corso di aggiornamento:

**LESIONI CARTILAGINEE ED ARTROSI
DELL'ARTO INFERIORE:
INDICAZIONI E LIMITI DELLA
VISCOSUPPLEMENTAZIONE**

**MODENA
MERCOLEDÌ 28 NOVEMBRE 2007**

Organizzato da
HESPERIA HOSPITAL - GRUPPO GAROFALO
Richiesto accreditamento ECM - Ministero della Salute

Sede: **AULA MAGNA HESPERIA HOSPITAL**

Via Arquà 80/A - 41100 Modena

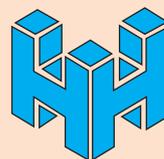
Tel. 059.449.111 - Fax 059.449.509

e-mail: marketing@hesperia.it

II° Corso di Aggiornamento

**LE INFEZIONI DI
FERITA STERNOTOMICA
IN CARDIOCHIRURGIA**
approccio multidisciplinare

**MODENA
30 novembre - 1 dicembre 2007**



HESPERIA HOSPITAL

**Aula Magna - Via Arquà, 80/A - Modena
Tel. 059 449 111 - Fax 059 394 840**

**L'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria del
Nuovo Ospedale di Sassuolo propone**

**ARGOMENTI SCELTI DI
OTORINOLARINGOIATRIA**

2° Videocorso di chirurgia in diretta

**17 Dicembre 2007 - Sala Conferenze del
Nuovo Ospedale di Sassuolo**

È stata inoltrata la richiesta di crediti Formativi
per Medici, Infermieri e Logopedisti

La partecipazione al corso è gratuita ma limitata alle prime 90 iscrizioni.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:

Ufficio Formazione: Tel. 0536.846.320 Fax 0536.846.518
formatorisio@ospedalesassuolo.it

Inf. Tiziana Lotti - Tel. 0536.846.760 t.lotti@ospedalesassuolo.it

Inf. Davide Lunati Tel. 0536.846.761 d.lunati@ospedalesassuolo.it

SEGRETERIA SCIENTIFICA:

Dott. Romolo Repossi Tel. 0536-84654 Cell. 338-5456780
r.reposi@ospedalesassuolo.it

Dott. Massimo Zanni Tel. 0536-846721 Cell. 335-7316280
m.zanni@ospedalesassuolo.it

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

UNIVERSITÀ DI MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento di medicine e specialità mediche

dottorato di ricerca in oncologia sperimentale e clinica

AZIENDA OSPEDALIERA POLICLINICO DI MODENA

Seminario sul tema:

**IL CANCRO COLORETTALE
EREDITARIO**

(Sindrome di Lynch)

Mercoledì 19 dicembre 2007 ore 10

Centro Didattico del Policlinico di Modena, Aula T02

Il Seminario darà diritto a 7 Crediti Formativi.

Segreteria Scientifica e Organizzativa:

Giuseppina Rossi - tel. 059 4224715

ossigiusti@yahoo.it

Maurizio Ponz de Leon - tel. 059 4222269

delcon@unimore.it

RICORDO DI LORENZO TOMATIS

Lorenzo Tomatis è mancato il 21 settembre 2007: ci sentiamo addolorati, sgomenti, soli.

E non soltanto noi Medici per l'Ambiente, che abbiamo avuto Lorenzo come Maestro e, dal 1990, Presidente del Comitato Scientifico Internazionale di ISDE, ma anche tutti coloro che, come abitanti di questo pianeta, hanno a cuore il destino dell'Uomo. Lorenzo Tomatis è stato infatti grande come medico, come ricercatore, come scrittore, ma soprattutto come Uomo: ed è stato per ciascuno di noi un Maestro perché ha messo sempre al primo posto, fino all'ultimo suo giorno di vita, il rispetto per la Vita, e per la dignità dell'uomo.

Non sembrano esagerate queste parole: se la strada indicata da uomini come Lorenzo fosse stata seguita, il mondo sarebbe oggi diverso, più a nostra misura, meno inquinato, più equo.

Lorenzo nasce a Ancona nel 1929 e si laurea in Medicina, sperimentando, già al momento della laurea, la protervia baronale di un professore che utilizza per la propria libera docenza il lavoro sperimentale da lui condotto per

oltre un anno. Deluso ed amareggiato si laurea con una tesi sulla poliomielite. Giovane medico lavora poi in un istituto per malati cronici di TBC, toccando con mano la sofferenza e la rassegnazione di una umanità dal destino in gran parte segnato, che ricorderà magistralmente nelle pagine del romanzo autobiografico "Il Fuoriuscito". Abbandonando un mondo accademico in cui non trova spazio, si trasferisce negli Stati Uniti nel 1957 e nel 1967 approda a Lione, dove crea e dirige l'Agencia per la Ricerca sul Cancro (IARC) fino al 1993. Negli anni in cui dirige la IARC lavora con passione e rigore metodologico: la sua produzione scientifica è amplissima e vedono la luce in quegli anni, sotto la sua direzione, le monografie IARC, nelle quali prende forma l'attuale sistema di valutazione e classificazione delle sostanze cancerogene.

Il suo rigore scientifico ed il suo acume di ricercatore si declineranno sempre intorno ad una visione della Scienza, della Medicina e della Ricerca al servizio dell'Uomo.

In un mondo accademico sem-

pre più chiuso e condizionato da dogmi e in una medicina sempre più "distratta" e sempre più influenzata dalle corporations e dai potentati economici, Tomatis ha continuato a dare una testimonianza tenace, limpida, coerente del valore etico della Medicina. Con lungimiranza già da qualche decennio Tomatis aveva identificato nelle generazioni a venire le vittime innocenti della deriva della nostra civiltà; questa era la sua preoccupazione più viva: "le generazioni a venire non ci perdoneranno il danno che stiamo facendo loro". Noi Medici per l'Ambiente che abbiamo avuto la grande opportunità di conoscerlo ed amarlo e di averlo come Maestro in questi anni, cercheremo di essere sempre all'altezza del suo insegnamento e di conservare la sua memoria.

A questo fine vorremmo chiedere a tutti coloro che hanno avuto modo in questi anni di conoscere Lorenzo Tomatis e di imparare qualcosa da lui, di inviarci i loro ricordi, messaggi e documenti.

**ISDE – International Society
of Doctors for Environment
Italia isde@ats.it**



A.M.M.I.

ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI
Sezione di Modena - Piazzale Boschetti, 8

CONCERTO DI NATALE

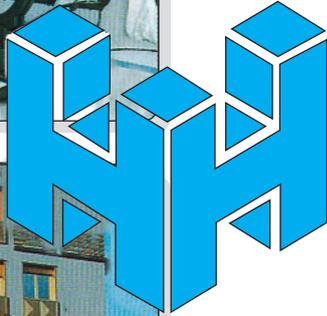
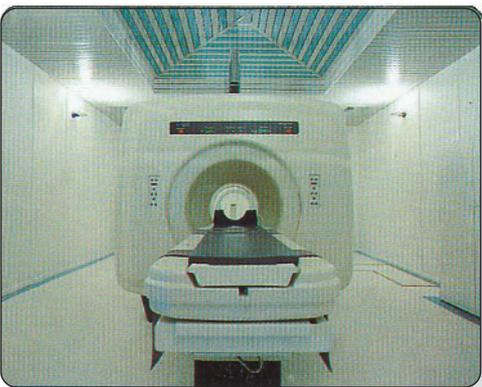
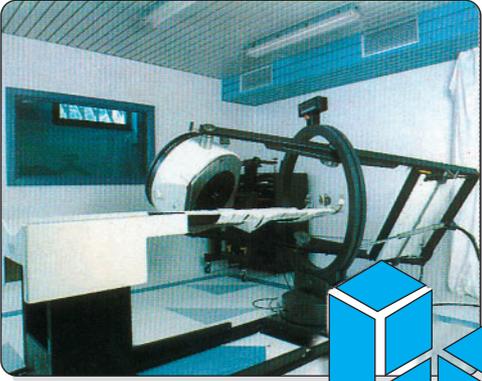
STEFANO PELLINI - organo

CHIESA ABBAZIALE DI SAN PIETRO - Modena

Domenica 2 Dicembre 2007 ore 15,30

ingresso libero

Riceviamo da Hesperia Hospital testo rivolto ai colleghi



la tua **Scegli** Salute

HESPERIA



Un nome affermato
nella realtà sanitaria nazionale.
Un grande Gruppo attento
ai minimi dettagli.
La più moderna forma
di tutela della salute.
Uomini e tecnologie di spicco
a Vostra disposizione.
Clinica privata polispecialistica.

Sede distaccata
della Suola di Specializzazione
in Cardiocirurgia dell'Università degli
Studi di Bologna.

Sede europea dell'Arizona Heart Institute
altamente specializzato in Cardiocirurgia
Cardiovascolare ed Endoluminale.

Centri Diagnostici multidisciplinari
d'avanguardia.

Un dubbio pressante,
una esigenza immediata;
rivolgeti all'HESPERIA.
La soluzione esiste.



HESPERIA HOSPITAL
OSPEDALE PRIVATO ACCREDITATO
Via Arquà, 80/A - 41100 Modena
Tel. 059.449.111 - Fax 059.39.48.40

Direttore Sanitario Dr. Stefano Reggiani
Medico Chirurgo Specialista in Cardiologia
ed Igiene e Medicina Preventiva

HESPERIA
DIAGNOSTIC CENTER
POLIAMBULATORIO PRIVATO
Via Arquà, 80/B - 41100 Modena
Tel. 059.39.31.01 - Fax 059.449.153

Direttore Sanitario Dr. Gianpaolo Lo Russo
Medico Chirurgo Specialista in Radiologia



