

# BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

*DOCUMENTO DELL'ORDINE SULL'INCENERITORE:  
"I MEDICI MODENESI E IL PROBLEMA DELLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI  
ALCUNE VALUTAZIONI E PROPOSTE";*

*IL COMITATO ETICO PROVINCIALE DI MODENA: RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2005;  
MEDICINA NECROSCOPICA (A. DE PALMA).*



# MODENASSISTENZA

SERVIZI PRIVATI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

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



**SERVIZI  
DI ASSISTENZA  
PERSONALIZZATA**

*per.....*

**ANZIANI**

**MALATI**

**DISABILI**

**SERVIZI  
DI SOSTEGNO:**

**SALTUARI**

**CONTINUATIVI**

**PART-TIME**

**GIORNALIERI/  
NOTTURNI**

**24 ORE SU 24**

**FINE  
SETTIMANA**



*chiamateci*

**MODENASSISTENZA**

**059 / 221122**

**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](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)

[www.ordinemedicimodena.it](http://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



EDITORIALE .....	4
LA PAGINA DELL'ODONTOIATRA .....	7
ATTIVITÀ DELL'ORDINE .....	9
FNOMCeO .....	11
<hr/>	
DI PARTICOLARE INTERESSE:	
L'assistenza sanitaria al CPTA di Modena .....	12
Il comitato etico provinciale di Modena .....	15
Medicina Necroscopica .....	23
<hr/>	
ARTE E DINTORNI .....	29
CORSI CONVEGNI E CONGRESSI .....	30
TACCUINO .....	32



*Buone Vacanze*

In copertina:  
"Natura morta"  
olio su tela cm 61x40  
opera di Achille Boschi

# IL MEDICI E L'INCENERITORE: FERMA PRESA DI POSIZIONE DELL'ORDINE



**L'**Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Modena intende, con questo documento, entrare nel merito delle problematiche correlate al c.d. raddoppio dell'impianto di smaltimento dei rifiuti situato nel comune di Modena, sottolineando il proprio ruolo di Ente ausiliario dello Stato, garante della tutela della salute dei cittadini modenesi e per questo fortemente preoccupato per le ricadute nocive delle emissioni prodotte dal termovalorizzatore sull'Ambiente, inteso nella sua accezione più ampia. Poiché peraltro i criteri che sono alla base delle scelte non possono essere disgiunti dalla consapevolezza di dover affrontare temi come la politica delle risorse energetiche, dello smaltimento dei rifiuti urbani, della salvaguardia dell'ambiente, della corresponsabilizzazione dei cittadini/utenti, dell'informazione, i medici modenesi ritengono di dover invitare ad una seria e meditata riflessione sulla effettiva necessità di ampliare l'impianto quanti hanno la responsabilità politica di quelle scelte. La Salute delle persone e dell'ecosistema è bene troppo prezioso per poter essere trascurato in nome di altri principi con minore o nullo spessore morale.

## Premesse

Il processo di smaltimento dei rifiuti in una società moderna ad alta industrializzazione è uno dei problemi più difficili, più delicati e allo stesso tempo più urgenti da risolvere. Motivo di controversie non solo nella nostra città, ma nel mondo intero. Modena ha un inceneritore dal 1970, sorge in Via Cavazza in una area impiantistica che ha una superficie di 145.000 mq. Dista 4 km. in linea d'aria dal centro storico della città.

Questa area, detta impiantistica 2, ospita anche un impianto per il trattamento chimico fisico delle acque reflue prodotte dall'inceneritore e l'impianto per la depurazione biologica delle acque reflue della città di Modena e dei rifiuti liquidi.

Nel 1992 la struttura e gli impianti sono stati completamente rimodernati e ampliati con un intervento su tutte le loro parti, per un adeguamento alle nuove normative. È di questo periodo anche il recupero energetico del calore prodotto. Nel 1999 il termovalorizzatore è stato dotato di un impianto per la separazione e riciclaggio dei rifiuti urbani, che dovrebbero essere conferiti all'inceneritore già adeguatamente differenziati. Nel 2003 sono stati eseguiti adeguamenti per ridurre gli inquinanti dei fumi emessi dal camino. Gli impianti di incenerimento bruciano materiali molto vari, emettendo un gran numero di sostanze chimiche a diverso grado di tossicità in relazione alla loro concentrazione. Il processo stesso di combustione trasforma

materiali innocui in materiali potenzialmente tossici, sotto forma di gas, polveri pesanti e leggere. Nelle emissioni degli impianti di incenerimento di rifiuti solidi urbani sono contenute numerose sostanze che la IARC (International Agency Research of Cancer) ha classificato da tempo come cancerogeni certi per l'uomo: idrocarburi policiclici aromatici, arsenico, berillio, cadmio, cromo, nichel, benzene e diossine.

È stato questo un grande sforzo scientifico di classificazione da cui possiamo trarre alcune considerazioni.

Facciamo anche riferimento allo studio epidemiologico, a nostro avviso più serio, del CNR di Pisa (Michela Franchini et coll.) in cui gli autori hanno eseguito una metanalisi su 40 studi già esistenti nel mondo dal 1987 e hanno voluto osservare se la permanenza accanto ad un impianto di incenerimento aumenti il rischio di malattie per i residenti.

A chi è avvezzo a interpretare studi clinici e a leggerli in modo critico, emerge subito con chiarezza che la valutazione di un campione di cittadini residenti in una area adiacente all'impianto è una popolazione toccata anche da altre fonti di inquinamento (inquinamenti industriali, traffico veicolare, centrali elettromagnetiche ed altro) e quindi non un campione "pulito" su cui poter eseguire una indagine con lo scopo di definire un nesso di causalità.

## Risulta pertanto auspicabile ridurre le fonti di inquinamento.

Tutti i 40 studi esaminati hanno usato metodologie di misurazione diversa, in tempi diversi e ciò impedisce un confronto adeguato dei dati. Lo studio alla fine conclude, prendendo in considerazione tutte queste variabili, di non potere stabilire un nesso di causalità diretto fra l'uso dell'inceneritore e gli effetti sulla salute dell'uomo.

Gli studi epidemiologici che cercano di correlare un inquinante tipo il fumo di sigaretta, 'amianto o altro, con una coorte di persone esposte quotidianamente per lunghi periodi, possono alla fine stabilire con molta accuratezza se esista o no un nesso di causalità.

L'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Modena si allinea con le posizioni espresse dall'OMS e dalla Comunità Europea, le quali indicano che la riduzione dei rifiuti/pro-capite e la loro corretta differenziazione sarebbe un atteggiamento di grande senso civico della popolazione e un utile gesto prioritario per ridurre la quantità di materiale da inviare allo smaltimento di cui l'inceneritore è una modalità.

In Europa la quantità media pro-capite prodotta è molto varia da zona a zona, andando da un minimo di 200Kg anno della Polonia ad un valore medio di 400Kg / anno nel resto della Europa.

Negli USA troviamo valori molto alti come: 800Kg /anno pro-capite.

La riduzione dei rifiuti solidi urbani pro-capite ed il potenziamento della raccolta differenziata, con conseguente riciclo dei rifiuti (per esempio rifiuti organici quali residui alimentari come concime per

il terreno, plastica e vetro come materiale di riutilizzo), rappresenta un tema di educazione civica da affrontare e da proporre per la salvaguardia di noi stessi, che alla fine incide sulla riduzione della problematicità dello smaltimento dei rifiuti solidi urbani.

### Lo specifico

Nel caso del raddoppio dell'impianto modenese i medici ritengono doveroso sottolineare alcuni elementi di criticità che sono emersi da una approfondita analisi delle vicende ad esso correlate.

In particolare:

1. è risultata del tutto carente l'informazione ai cittadini nei confronti dei quali gli amministratori hanno ben precisi doveri di tutela della salute;
2. tale mancanza di comunicazione sui dati reali appare ancora più significativa alla luce del forte impegno di vari Enti ed Istituzioni pubbliche e private nei percorsi dei Piani per la Salute (PPS), fortemente voluti dalla Regione Emilia Romagna e dai Comuni della nostra Provincia;
3. non vi sono dati sufficienti per poter affermare che nella nostra realtà venga adeguatamente incentivata la raccolta differenziata dei rifiuti; questo a fronte di impegni ben diversi in altre zone del nostro Paese e dell'Europa;
4. affidare alla stessa azienda l'appalto della raccolta differenziata e del termovalorizzatore rappresenta una scelta che, seppure formalmente corretta, può configurarsi come conflitto di interessi ed un palese vulnus etico;
5. le analisi di natura sanitaria appaiono meritevoli di ulteriori approfondimenti;

## Rustici: COGNENTO

Stupendo borgo in fase di ristrutturazione con le seguenti tipologie:

### EDIFICIO A:

3 appartamenti con ingr. indipendente:

- 1) mq 180 + giardino di mq 205
- 2) mq 222 + giardino di mq 400
- 3) mq 222 + giardino di mq 850

### EDIFICIO B:

2 appartamenti con ingr. indipendente:

- 1) mq 250 + giardino di mq 400
- 2) mq 300 + giardino di mq 1040

### EDIFICIO D:

villetta singola di mq 220  
+ giardino di mq 900



INFORMAZIONI E VENDITE **S.T. IMMOBILIARE** Tel. e Fax 059 270106 335 6913466 [www.st-immobiliare.it](http://www.st-immobiliare.it)

6. il monitoraggio dell'attività dell'impianto attraverso i controlli sulle sue emissioni non è opportuno sia effettuato da chi nei fatti deve essere controllato (chi controlla il controllore?);
7. per ultimo, ma non certo per importanza, nessuna scelta di natura economica (come si può configurare il ricavo derivante dallo smaltimento dei rifiuti provenienti anche da altre parti d'Italia) può trovare giustificazione di sorta quando si mettono in gioco valori fondamentali della nostra civiltà come la tutela della salute che è patrimonio di tutti noi.

Il difficile passaggio è quello di sapere e potere distinguere in modo scientifico e senza elementi confondenti, quale sia la vera tossicità proveniente dal termovalorizzatore e la valutazione del conseguente aggravio del carico di emissioni inquinanti in una realtà territoriale, quale quella modenese, caratterizzata da un forte impatto industriale e da una rilevante componente secondaria al traffico veicolare.

Altro difficile passaggio è distinguere i cosiddetti dati "noti", cioè i certi e dimostrati scientificamente, dai dati "probabilistici" e quindi non sicuri.

E' doveroso dire che, a fronte della conoscenza di dati noti, esistono provvedimenti di sorveglianza volti a proteggere la popolazione. Gli organi preposti, gli enti che detengono la responsabilità su tali scelte hanno il preciso compito di accertare sempre il rispetto dei limiti, anche sulla base delle normative europee e di fornire tempestivamente alla cittadinanza le informazioni del caso.

A fronte dei suggerimenti di dati probabilistici, invece, sulla esperienza dei dati noti, occorre incrementare l'attenzione sui controlli da effettuare, interpretare i dati probabilistici nel modo più prudente, facendo valere il principio di buon senso di chi è chiamato a scelte certamente difficili per la tutela della salute pubblica.

L'alto livello di monitoraggio dei dati delle malattie esistente nella nostra città (oncologiche, in-

fiammatorie croniche, perinatali) ci offre un preciso quadro della situazione, ma ci permette anche di approfondire la probabile correlazione fra agente tossico e incidenza di malattia.

### Conclusioni

L'Ordine dei medici e degli odontoiatri di Modena, alla luce di quanto sopra espresso ritiene di invitare ad una doverosa pausa di riflessione i responsabili delle scelte programmatiche che attengono alla salute nella nostra città e di promuovere un momento di approfondimento di tutte le problematiche legate al termovalorizzatore. Come recita infatti il nostro Codice Deontologico all'articolo 3:

*"Doveri del medico – Doveri del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace come in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera. La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona."*

Pensiamo, in questa ottica, che il nostro compito sia quello di favorire la costituzione di un vero e proprio "Osservatorio", per garantire alla cittadinanza trasparenza di dati e sicurezza nell'utilizzo delle metodologie attraverso la designazione di un esperto.

L'Ordine dei medici di Modena in conclusione, pur nel rispetto dei differenti ruoli che si manifestano in questa vicenda, è consapevole di non poter condividere la scelta di incentivare il processo di smaltimento dei rifiuti attuato nella nostra realtà territoriale ed intende sottolineare, richiamandosi al dettato del Codice Deontologico, la sua funzione di garante istituzionale della salute dei cittadini.

### Il documento

**"I medici modenesi e il problema dello smaltimento dei rifiuti – alcune valutazioni e proposte"**  
 è stato approvato all'unanimità dal Consiglio dell'Ordine dei medici chirurghi  
 e degli odontoiatri di Modena nella seduta del 13 giugno 2006

# LA FIGURA PROFESSIONALE DELL'IGIENISTA DENTALE



**I**l corso di laurea triennale in Igiene Dentale dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, grazie alla volontà del Magnifico Rettore, Prof. Gian Carlo Pellacani, del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Prof. Aldo Tomasi, del Direttore della Clinica Odontoiatrica, Prof. Ugo Consolo, aprirà il Corso di Laurea Triennale in Igiene Dentale dal prossimo anno accademico 2006/2007.

La professione dell'Igienista Dentale diplomato ha un tradizione internazionale di oltre 90 anni. Negli U.S.A. le prime scuole di formazione per Igienista Dentale nascono nel 1913 e da allora tale professione viene insegnata ed esercitata nella maggior parte dei Paesi Industrializzati.

In Italia la figura professionale dell'Igienista Dentale nasce nel 1976, nell'ambito di un corso biennale sovvenzionato dalla Regione Molise, ma ancor privo di un significativo riconoscimento giuridico.

Il Decreto Interministeriale del 3 novembre 1999 n. 509 ha trasformato i diplomi universitari triennali dell'area sanitaria in lauree di primo livello e, con il successivo Decreto Interministeriale del 2 aprile 2001, la laurea in Igiene Dentale è stata classificata come appartenente alla classe 3 professioni sanitarie tecniche.

## IL RUOLO DELL'IGIENISTA DENTALE

I laureati in Igiene Dentale sono, ai sensi del sopracitato D. M. n. 137/99, articolo 1, operatori delle professioni sanitarie dell'area tecnico diagnostica e dell'area tecnico assistenziale che svolgono, con autonomia professionale, le procedure tecniche necessarie alla esecuzione di metodiche diagnostiche su materiali biologici o sulla persona, ovvero attività tecnico assistenziale, in attuazione di quanto previsto nei regolamenti concernenti l'individuazione delle figure e dei relativi profili professionali, definiti con Decreto del Ministro della Sanità. In particolare, su indicazione degli odontoiatri e dei medici chirurghi legittimati all'esercizio dell'odontoiatria, svolgono compiti relativi alla prevenzione delle affezioni orodentali.

L'Igienista dentale:

- svolge attività di educazione sanitaria dentale e par-

- tecipa a progetti di prevenzione primaria, nell'ambito del sistema sanitario pubblico;
- collabora alla compilazione della cartella clinica odontostomatologica e si occupa della raccolta di dati tecnico statistici;
  - provvede all'ablazione del tartaro e alla levigatura delle radici nonché all'applicazione topica dei vari mezzi profilattici;
  - provvede all'istruzione sulle varie metodiche di igiene orale e sull'uso dei mezzi diagnostici idonei ad evidenziare placca batterica e patina dentale, motivando l'esigenza dei controlli clinici periodici;
  - indica le norme di un'alimentazione razionale ai fini della tutela della salute dentale.

La figura dell'igienista dentale ha conosciuto nell'ultimo decennio una profonda trasformazione, dal punto di vista del percorso educativo, dell'autonomia professionale, della considerazione all'interno dello studio odontoiatrico, come nella struttura sanitaria pubblica e privata. Diversi elementi hanno concorso in questo processo di valorizzazione, ma uno su tutti prevale e ha condizionato l'evolversi degli altri. La categoria ha dimostrato di aver compreso dove si sono spostate le "nuove frontiere" dell'odontoiatria moderna: oltre l'antica prospettiva della "salute uguale assenza di malattia", verso un concetto di salute intesa soprattutto come ricerca del benessere psicofisico, di cura della propria persona, anche in senso estetico e nella finalità di un maggior prestigio sociale.

Queste richieste oggi il paziente le rivolge soprattutto al proprio dentista. I "professionisti della prevenzione e della salute orale", come a buon diritto vengono definiti gli igienisti dentali, possono coadiuvare l'equipe odontoiatrica nel soddisfare le nuove esigenze.

La professione è in grande sviluppo, il mercato offre un'altissima richiesta, causa lo scarso numero di igienisti abilitati.

Le prospettive professionali riguardano l'attività privata, come lavoratore dipendente o autonomo, e l'attività pubblica, come igienista di comunità, ospedaliera o universitaria.

A. Forabosco

Coordinatore del Corso di Laurea Igiene Dentale

# SMALTIMENTO IN PROPRIO DI RIFIUTI SANITARI E SPECIALI

Chiarimenti in materia di applicazione del DLgs 152/2006 art. 212, pervenutici da "Gruppo Hera" a seguito di nostra richiesta.

Si riporta quanto precisato da Hera spa – Divisione ambiente – BURS EMILIA –

“Con riferimento alla Vs. richiesta del 01.06.2006, relativa alle condizioni per il trasporto in proprio dei rifiuti, si precisa quanto segue:

In base alle attuali disposizioni è necessaria l'iscrizione all'Albo Gestori per il trasporto in proprio non occasionale per le ditte organizzate in forma di ente o impresa.

Per gli altri soggetti come gli studi professionali non organizzati in forma di ente o impresa non è possibile l'iscrizione all'Albo Gestori e possono quindi continuare a trasportare i propri rifiuti senza tale iscrizione.

L'accettazione ai ns. impianti è dunque possibile solo tramite autodichiarazione, da indicare nelle annotazioni del formulario, attestante tale specifica condizione”.

#### Conclusione:

**i medici chirurghi/odontoiatri che trasportavano in proprio i rifiuti sanitari prodotti negli studi possono continuare a conferirli personalmente anno-**

**tando nel formulario di identificazione dei rifiuti la dicitura**

**“Non iscritto all'Albo Gestori in quanto non ente o impresa”.**

*D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152 (1).*

*Norme in materia ambientale.*

*ART. 212*

*COMMA 8. Le imprese che esercitano la raccolta e il trasporto dei propri rifiuti non pericolosi come attività ordinaria e regolare nonché le imprese che trasportano i propri rifiuti pericolosi in quantità che non eccedano trenta chilogrammi al giorno o trenta litri al giorno non sono sottoposte alla prestazione delle garanzie finanziarie di cui al comma 7 e sono iscritte all'Albo nazionale gestori ambientali a seguito di semplice richiesta scritta alla sezione dell'Albo regionale territorialmente competente senza che la richiesta stessa sia soggetta a valutazione relativa alla capacità finanziaria e alla idoneità tecnica e senza che vi sia l'obbligo di nomina del responsabile tecnico. Tali imprese sono tenute alla corresponsione di un diritto annuale di iscrizione pari a 50 euro rideterminabile ai sensi dell'articolo 21 del decreto del Ministro dell'ambiente 28 aprile 1998, n. 406.*

A. Addamo

**POLIGRAFICO  
MUCCHI**

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



## SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO lunedì 22 maggio 2006

Il giorno lunedì 22 maggio 2006 - ore 21 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunito il Consiglio Direttivo.

Consiglieri: Dott. Antonino Addamo, Dott. Lodovico Arginelli, Dott. Marco Baraldi, Dott. Luigi Bertani, Dott. Adriano Dallari, Dott. Nicolino D'Autilia (presidente), Dott. Giacinto Loconte, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti.

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

1. approvazione verbali sedute di Consiglio del 27.3.2006 e del 26.4.2006;
2. variazioni agli albi professionali;
3. comunicazioni del presidente;
4. documento dell'Ordine di Modena sull'inceneritore (Scaltriti e altri);
5. regolamento sulla pubblicità sanitaria (Pantusa);
6. specializzandi: Stato dell'arte (Curatola);
7. delibere amministrative (Addamo);
8. delibere di pubblicità sanitaria;
9. varie ed eventuali.



## VARIAZIONI AGLI ALBI Seduta di Consiglio del 22 maggio 2006

### ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
DAMIANI	FRANCESCO	6017
Iscrizione per trasferimento		
BIGLIARDO	BRUNELLA	6018
CHIODI	ENRICA	6019
MAGNONE	STEFANO	6020
Cancellazione		
GOFFREDO	VINCENZO	4008

## SEDUTA DI COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI martedì 16 maggio 2006

Il giorno martedì 16 maggio 2006 - ore 21 - presso la Sala delle adunanze dell'Ordine si è riunita la Commissione Albo Odontoiatri. Presenti: D.ssa Francesca Braghiroli, Dott. Mario Calandro (segretario), Dott. Roberto Gozzi (presidente), Dott. Vincenzo Malara.

1. Comunicazioni del Presidente;
2. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
3. Varie ed eventuali.



## “Smetti e vinci 2006”

### UN IMPORTANTE RISULTATO PER LA SALUTE IN PROVINCIA DI MODENA, GRAZIE ALL'ORDINE DEI MEDICI ED AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Con 137 iscritti e 21 cittadini premiati in provincia di Modena, l'edizione 2006 di “Smetti e vinci” ha segnato un'altra importante tappa per la lotta al fumo. Tra i protagonisti di questa iniziativa vi sono l'Ordine provinciale dei Medici e i Medici di Medicina Generale (MMG), che hanno sostenuto presso i cittadini modenesi l'adesione al concorso per diventare ex-fumatori, insieme all'Azienda USL di Modena, alla LILT ed a circa venti partners locali, tra cui Assessorati provinciali, associazioni di categoria, sindacati e mondo produttivo. I dati ottenuti in provincia di Modena ne testimoniano il forte impegno: il numero di iscritti è il più alto della regione (98 a Bologna, 73 a Ferrara, 49 a Ravenna, 43 a Forlì-Cesena, 33 a Reggio Emilia, 27 a Parma, 21 a Rimini e 7 a Piacenza). La cerimonia di premiazione si è svolta venerdì 9 giu-

gno presso la sede dell'Ordine provinciale dei Medici in Piazzale Boschetti. Oltre ai rappresentati delle associazioni sponsor dell'iniziativa, erano presenti: Beniamino Lo Monaco, Vice-presidente dell'Ordine; l'Assessore provinciale alla Sanità Maurizio Guaitoli; l'Assessore provinciale allo Sport Stefano Vaccari; Mira Guglielmi, Direttore Area Ambiente - Assessorato provinciale Ambiente e Sviluppo Sostenibile; Loreta Gigante dell'Assessorato provinciale Agricoltura e Alimentazione. In tale occasione, come riconoscimento per il lavoro svolto dai medici di famiglia, l'Ordine ha attribuito una targa onorifica al Dott. Euro Marchini di Concordia sulla Secchia, essendo stato il MMG con il maggior numero di iscritti al concorso tra i propri assistiti. Organizzato a livello internazionale e promosso dal-



Foto di gruppo della premiazione del concorso "Smetti e vinci" presso la sede dell'Ordine provinciale dei Medici. Modena, 7 giugno 2006

l'Organizzazione Mondiale della Sanità, "Smetti e vinci" utilizza una metodologia *evidence-based*, come dimostra la ricca letteratura scientifica disponibile al riguardo. Il suo utilizzo per la promozione della salute nella collettività ha dimostrato di essere efficace e di raggiungere un elevato numero di fumatori con costi relativamente bassi. Nella scorsa edizione (2004) in uno studio di *follow-up* condotto su un campione di partecipanti in Italia, il 39,5% ha dichiarato di non aver più fumato nell'anno successivo al concorso; si stima pertanto che circa 3.200 cittadini abbiano abbandonato la sigaretta grazie a questa iniziativa.

I risultati del concorso appaiono ancora più significativi se vengono inquadrati nell'attuale contesto nazionale. A fronte di dati che testimoniano come l'abitudine tabagica sia ancora ampiamente diffusa nella popolazione – l'ISTAT riporta che il 22% dei cittadini con più di 14 anni fuma e il Ministero della Salute

stima che siano 81.855 i morti attribuibili al fumo – negli ultimi anni essa ha fatto però registrare una netta riduzione. Dal 2003 la vendita di sigarette è in calo: circa 6.000 tonnellate in meno (pari a -6,1%) nel 2005 rispetto al 2004, secondo l'Istituto Superiore di Sanità. Anche le indagini condotte dalla Doxa evidenziano una progressiva diminuzione della prevalenza dei fumatori (erano il 35,4% nel 1957). Un impatto positivo, in termini di riduzione dell'abitudine al fumo, è stato ottenuto anche grazie all'entrata in vigore dal 10 gennaio 2005 dell'articolo 51 della legge n. 3 del 16 gennaio 2003 ("Tutela della salute dei non fumatori"), di cui è stato presentato un primo bilancio – ad un anno dall'applicazione – in occasione del convegno organizzato il 10 gennaio scorso dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute.

È in questo contesto di forte attenzione e sensibilità verso la lotta al fumo che "Smetti e vinci" nella nostra provincia si è fatto portavoce di un percorso condiviso di promozione della salute, realizzato grazie alla partecipazione dei diversi settori della comunità locale.

All'Ordine provinciale dei Medici, ai Medici di Medicina Generale ed a quanti hanno contribuito al successo dell'iniziativa esprimo un sincero ringraziamento.

Per maggiori informazioni:

- il sito internazionale [www.quitandwin.org/](http://www.quitandwin.org/)
- il sito dell'Azienda USL di Modena [www.ausl.mo.it/smettievinci/index.htm](http://www.ausl.mo.it/smettievinci/index.htm)

G. Fattori

Responsabile Piano per la salute Azienda USL di Modena



Beniamino Lo Monaco, Vice presidente dell'Ordine dei Medici, assegna il premio al Medico di Medicina Generale Euro Marchini che ha avuto il maggior numero di iscritti tra i suoi assistiti a "Smetti e vinci 2006". Ritira il premio Michele Pantusa dell'Ordine dei Medici.



# FNOMCeO

## Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

*Dopo la ferma presa di posizione del nostro Presidente sul rispetto dei reciproci ruoli professionali di medico e infermiere, la FNOMCeO ha inteso ribadire i criteri esposti dal Dr. D'Autilia rimarcandone i profili di rispetto reciproco e di piena assunzione della propria responsabilità professionale.*

*Il comitato di redazione del Bollettino*

### COMUNICATO STAMPA

#### MEDICO E INFERMIERE: DUE PROFESSIONI, DUE RUOLI

“La FNOMCeO, alla luce delle recenti dichiarazioni di rappresentanti nazionali IPASVI, tendenti a valorizzare il ruolo dell’infermiere nel campo della “prevenzione, dell’educazione sanitaria, della cura e della riabilitazione”, ritiene opportuno puntualizzare come l’autonomia professionale dell’infermiere debba necessariamente integrarsi con le competenze del medico.

In particolare nell’ambito territoriale, il ruolo fiduciario del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta rappresenta l’elemento fondante di garanzia rispetto ad un’attività svolta integrando le competenze e le autonomie professionali dei diversi operatori, e va evitata ogni equivoca sovrapposizione dei ruoli.

Il medico rimane comunque il garante dell’educazione sanitaria, della cura e della riabilitazione del cittadino che lo sceglie e gli si affida.

#### IL PRESIDENTE DI MODENA CONFERMATO NELLA COMMISSIONE PER LA REVISIONE DEGLI ESAMI DI STATO

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale ha confermato tra i componenti della Commissione per la revisione degli esami di Stato presso il MIUR il Dr. Nicolino D’Autilia, presidente dell’Ordine di Modena.

Egli proseguirà l’opera svolta nel triennio precedente di aggiornamento delle procedure per gli esami si Stato in Italia.

### L'impossibile chiedilo alle fate...



...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

Tutti i messaggi pubblicitari contenuti nel presentestampato hanno finalità promozionale. Le informazioni relative alle condizioni contrattuali sono elencate nei fogli informativi a disposizione della clientela presso tutte le filiali della Banca popolare dell'Emilia Romagna.

Numero Verde  
**800-205040**

[www.bper.it](http://www.bper.it)



**Banca popolare  
dell'Emilia Romagna**

GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

La banca per la famiglia

Consenso '06



più di tre anni dall'apertura del CPTA (Centro di permanenza temporanea ed assistenza) di Modena, è opportuno e doveroso fare un bilancio dell'attività svolta nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Il CPTA di Modena è stato il primo in Italia ad essere stato progettato e costruito ex novo per la destinazione in uso. Ciò da un lato è stato un fatto certamente positivo, in quanto si è potuto disporre di ambienti confortevoli, funzionali ed esteticamente belli, dall'altro ha comportato però anche delle difficoltà dovute alla separazione netta tra le varie aree della struttura in cui operano anche le Forze dell'Ordine che ne assicurano la sicurezza. Ogni volta che un ospite deve recarsi in qualcuno dei vari servizi del centro a loro dedicati (barberia, infermeria ass. sociali, colloqui ecc.) vi è la necessità di attivare la scorta; ciò oltre a dare una sensazione sgradevole, soprattutto per gli ospiti, di quasi una alta pericolosità, in qualche caso, per altre priorità della scorta, rappresenta una difficoltà per gli ospiti alla fruibilità di servizi tra cui anche l'infermeria.

Il CPTA, pur non essendo un carcere, a tutti gli effetti è un luogo dove gli ospiti non godono di una completa libertà personale: possono usare il telefono per comunicare con l'esterno, possono ricevere visite, preventivamente autorizzate, di familiari e amici, ma naturalmente non possono uscire dal Centro.

Il CPTA di Modena, non essendo un centro di prima accoglienza, quasi sempre accoglie ospiti che da lungo tempo vivono sul territorio italiano e spesso tali soggetti hanno avuto anche esperienze lavorative con contratti regolari, anche se i più sono dediti ad attività di spaccio e le donne quasi tutte alla prostituzione. Quasi tutti hanno comunque costruito sul territorio una rete di rapporti sociali e anche sentimentali con propri connazionali e in alcuni casi anche con i locali. Spesso i nuovi ospiti provengono da fuori regione e anche da regioni dell'Italia centro-meridionale e ciò è un limite alla possibilità per questi di ricevere visite. Tutto questo comporta quindi un disagio psico-fisico che si ripercuote in una numericamente elevata richiesta di prestazioni sanitarie.

L'O.M.S. definisce, infatti, lo stato di salute, non solo come assenza di malattia, ma anche come stato di benessere psico-fisico e sociale.

All'apertura del CPTA di Modena, noi medici, in assenza di linee guida e indicazioni ministeriali precise, abbiamo dovuto, sul campo, organizzare un modello di Assistenza Sanitaria.

Ciò ha rappresentato un obiettivo non facile che abbiamo cercato di perseguire con passione, dedizione e, per fortuna supportati dall'esperienza professionale, di alcuni di noi, svolta presso la Casa Circondariale di Modena.

Pur con vari momenti di difficoltà, in cui a volte è stato necessario rivedere alcune metodologie di intervento, via via si è venuto definendo uno stile di lavoro omogeneo e condiviso tale da infine costituire un protocollo sanitario ben preciso.

Grazie alla sempre attenta e disponibile collaborazione della Direzione del CPTA si sono aggiornati i rapporti convenzionali con l'AUSL di Modena per tutto l'ambito della diagnostica e della specialistica.

## VISITA MEDICA DI INGRESSO

Il primo intervento a cui il medico è chiamato è la visita di idoneità di primo ingresso, in cui si deve appurare che il nuovo ospite non sia portatore di patologie infettive acute e diffuse che lo rendano incompatibile con la vita comunitaria. Inoltre attraverso una attenta anamnesi si deve valutare se l'ospite è affetto da patologie croniche o acute rilevanti, per instaurare sin da subito idonea terapia farmacologica ed eventualmente richiedere esami clinici o consulenze specialistiche per assicurare la continuità assistenziale.

## ELEMENTI DI NON IDONEITÀ

- PATOLOGIE INFETTIVE CONTAGIOSE (QUALI PAT. ESANTEMATICHE E PARASITOSI CUTANEE)
- TBC
- SDR DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA IN FASE CONCLAMATA O IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO SPECIFICO
- GRAVI FORME DI CARDIOPATIE IN LABILE COMPENSO

- GRANDE OBESITÀ
- PATOLOGIE ONCOLOGICHE
- INSUFFICIENZA RENALE CRONICA
- GRAVI TRAUMATISMI RECENTI PRIVI DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- PATOLOGIE CUTANEE GRAVI (ULCERE NECROTICHE, FLEBITI, ASCCESSI PURULENTI)
- MANIFESTAZIONI DI GRAVI DISTURBI PSICHICI IN ASSENZA DI RECENTE VALUTAZIONE SPECIALISTICA
- GRAVIDANZA
- PUERPERE IN FASE DI ALLATTAMENTO ACCERTATO

### L'AMBULATORIO DEL CPTA

La dotazione tecnologica deve essere adeguata alla tipologia e quantità delle prestazioni erogate.

#### L'ambulatorio deve disporre di:

- Arredi lavabili, pavimenti lavabili e pareti lavabili sino a 2 metri di altezza, porte lavabili.
- Armadio farmaci
- Frigorifero per farmaci, vaccini, materiale biologico

#### La dotazione strumentale comprende:

- Elettrocardiografo, se collegato alla Cardiologia con Telecardiologia\*
- Defibrillatore semiautomatico
- Rilettometro per glicemia
- Aspiratore
- Bombola di ossigeno con relativi raccordi
- Pallone di ambu con relative maschere facciali
- Cannule orofaringee
- Siringhe da 10, 5, 2,5 ml e siringhe da insulina
- Materiale di consumo per piccola chirurgia

#### Farmaci salvavita o d'emergenza:

- Adrenalina fl
- Atropina fl
- Antistaminici in fl
- Benzodiazepine in fl
- Antifibrinolitici
- Diuretici in fl
- Broncodilatatori
- Antiipertensivi e Antilipotimici
- Vasodilatatori
- Cortisonici in fl
- Antianginosi

\* non presente nell'ambulatorio del Cpta di Modena.

È inoltre presente una vasta gamma di farmaci che vengono via via prescritti ai pazienti in base alla sintomatologia riferita o alla patologia acuta o cronica in atto.

### CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA E PRIVACY

Per ogni ospite viene compilata una cartella clinica, sia su supporto cartaceo, sia su supporto informatico. All'atto della visita di ingresso l'Ospite è tenuto a firmare il consenso informato per il trattamento dei dati personali: occorre predisporre un modulo che contenga la volontà dell'ospite di condividere i dati socio-sanitari personali con gli operatori sanitari del Centro, con gli Operatori dell'emergenza (guardia medica, 118, P.S.) e con gli operatori dei reparti ospedalieri e gli specialisti dei poliambulatori.

Le notizie anamnestiche raccolte durante la visita di ingresso devono essere sottoscritte dall'ospite.

Secondo la normativa sul trattamento e custodia dei dati sensibili (dpr 318/1999 e legge 325/2000), entro il 31/03/06 deve essere redatto il documento programmatico per la sicurezza (Dps). Il documento va conservato in ambulatorio e datato.

I dati personali oggetto di trattamento vanno custoditi e controllati, mediante l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione e di perdita (anche accidentale) dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

Per i trattamenti con strumenti elettronici è utile:

- Adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione;
- Autenticazione informatica;
- Protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti e ad accessi non consentiti
- Adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi
- Tenuta di un aggiornato DPS.

Per gli archivi cartacei può essere sufficiente:

- La previsione di procedure per una idonea custodia di atti e documenti affidati agli incaricati per lo svolgimento dei relativi compiti;
- La previsione di procedure per la conservazione di determinati atti in archivi ad accesso selettivo.

nato e una disciplina delle modalità di accesso finalizzata all'identificazione degli incaricati;

- La descrizione dei criteri da adottare per garantire misure minime di sicurezza nel trattamento dei dati;
- I dati devono essere conservati in zone dello studio non accessibili ai non autorizzati, mentre agli autorizzati devono essere impartite istruzioni scritte per le operazioni di controllo, custodia e trattamento.

### L'OSPITE TOSSICODIPENDENTE

È costante la presenza al Centro di ospiti tossicodipendenti verso una o più sostanze stupefacenti; alcuni invece sono alcolisti.

La tossicodipendenza è riferita di solito durante la visita medica di ingresso; alcuni sono in terapia con metadone o subutex in quanto seguiti da qualche Sert; i più riferiscono di fare uso di eroina e cocaina ma anche di metadone acquistato al mercato nero.

Quasi tutti gli ospiti ci chiedono di poter assumere il metadone, ma, onde evitare abusi, abbiamo stabilito di dispensare il metadone solo a coloro che erano seguiti dal Sert, dopo naturalmente aver contattato il Sert di provenienza per averne conferma via fax e quindi dopo aver fatto richiesta di approvvigionamento al Sert di Modena.

A tutti gli altri viene proposto uno schema terapeutico a scalare di disassuefazione che vede l'utilizzo di benzodiazepine e antidolorifici. Tale trattamento ha la finalità di agire sulla sintomatologia clinica astinenziale e nello stesso tempo portare ad una graduale disassuefazione.

Anche ai pazienti che continuano ad assumere metadone viene proposto, e spesso accettato, di scalare il dosaggio; questo in previsione di un possibile rimpatrio nel paese d'origine dove non avrebbero la possibilità di continuare la terapia.

### LE VISITE RICHIESTE GIORNALMENTE

La presenza del Medico è strutturata in due turni giornalieri, dalle ore 10,30 alle 14,00 e dalle ore 15,00 alle 19,30. Il medico pertanto, oltre ad eseguire le visite di ingresso verso i nuovi ospiti, esegue giornalmente le visite che gli ospiti già residenti richiedono.

### RICHIESTE VARIE

Le richieste di consulenze specialistiche o di diete speciali per patologie dell'ospite, vengono indirizzate alla Direzione che si attiva per la loro attuazione. Eventuali richieste di Esame Auxologico per stabilire se un ospite possa essere minorenne o no, devono essere indirizzate al Magistrato tramite l'ufficio di P S presente nel Centro.

### LA PREPARAZIONE E DISTRIBUZIONE DELLA TERAPIA

Sono state individuate quattro fasce orarie in cui viene eseguito il giro e la distribuzione della terapia. La terapia dei pazienti viene preparata in infermeria dall'infermiere professionale in turno, e dallo stesso viene poi consegnata all'ospite.

Tutte le terapie per via parenterale vengono somministrate esclusivamente in infermeria.

Tutti i farmaci ad azione sul SNC devono essere somministrati a vista.

### SOMMINISTRAZIONE DI STUPEFACENTI

I farmaci stupefacenti (metadone e subutex) e tutti quelli, quali il gardenale, per cui è d'obbligo la compilazione del Registro con il carico e lo scarico delle singole dosi, devono essere somministrati ai pazienti esclusivamente in infermeria.

### DIMISSIONE DI UN OSPITE

Quando un ospite è in procinto di lasciare il Centro, sia per scadenza del termine, sia per rimpatrio, il caposquadra avviserà l'infermiere in turno almeno mezz'ora prima. In tal modo se l'ospite in uscita è in trattamento terapeutico, l'infermiere prepara e consegna in affido al paziente la sua terapia con un dosaggio adeguato a coprire le successive 24/48 ore, garantendo così una continuità terapeutica sufficiente, in attesa che il paziente afferisca ad un medico esterno per l'ulteriore prescrizione della terapia.

I farmaci per cui è opportuno eseguire tale affido sono soprattutto:

- Antiepilettici
- Antiipertensivi e cardiovascolari
- Antibiotici
- Antidepressivi
- Antiasmatici

Se il paziente in uscita è in terapia con metadone o subutex, la dose giornaliera viene somministrata in infermeria prima della partenza.

Nel caso in cui un paziente assuma farmaci per cui è obbligatoria la ricetta medica o addirittura neurolettici, antiepilettici ecc, si ritiene utile, oltre alla dose di 24 ore, dare al paziente copia del foglio terapia, ciò per consentire al medico a cui, fuori dal Centro, il paziente dovesse rivolgersi, una corretta prescrizione. Se un ospite durante la permanenza al CPT ha eseguito consulenze specialistiche, è opportuno darne copia, così pure restituire eventuali farmaci acquistati a loro spese o portati con sé all'arrivo.

Si può valutare l'ipotesi di redigere un riassunto della cartella clinica con le notizie essenziali e rilevanti, una sorta di dimissioni, da consegnare all'ospite unitamente ai farmaci e agli effetti personali.

S. Conversano, L. La Torre,  
S. Orlando, M. Tamburi, M. Tonelli

**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**

## IL COMITATO ETICO PROVINCIALE DI MODENA



### INTRODUZIONE

Il Comitato Etico (CE) di Modena è stato istituito nel gennaio 2001 per volontà congiunta dei tre Enti Istitutivi (Azienda Ospedaliera, Az.Usl e Università), che hanno deciso di creare un unico Comitato Etico a livello provinciale anche al fine di armonizzare le modalità di valutazione dei protocolli di ricerca a livello delle Aziende Sanitarie della Provincia di Modena e per evitare la duplicazione di attività e la non razionale gestione delle risorse.

Rispetto alla realtà regionale tale modello è stato adottato per la prima volta nella nostra provincia; ma anche altre province della Regione Emilia Romagna (es. Parma e Ferrara) stanno valutando la possibilità di creare un unico Comitato Etico provinciale al posto dei tre CE esistenti (uno per l'Azienda ospedaliera, uno per l'ASL ed uno per l'Università). La composizione del Comitato Etico di Modena risponde ai requisiti richiesti dalla normativa vigente (D.M. 18/03/98) per l'accreditamento dei CE.

Nel 2004, alla prima scadenza del mandato, sono stati riconfermati tutti i componenti e inoltre la composizione è stata integrata con la nomina di ulteriori figure professionali, anche al fine di favorire una maggiore attività sulle tematiche di bioetica ed un più proficuo interscambio con i diversi sottosistemi aziendali.

Inoltre per cercare di dare maggiore spazio alle tematiche di bioetica, nel corso della prima seduta di insediamento si sono adottate nuove procedure operative per l'esame dei protocolli di ricerca al fine di cercare di ottimizzare i tempi.

Per quanto riguarda le tematiche di bioetica il CE di Modena prevede nel proprio regolamento i seguenti campi di attività:

- funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona umana;

- proposizione di iniziative di informazione/formazione/aggiornamento di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica e promozione

di iniziative di sensibilizzazione su tematiche in materia di bioetica presso i cittadini.

## RELAZIONE ATTIVITÀ ANNO 2005

### 1. ATTIVITÀ RELATIVA AI PROTOCOLLI DI RICERCA CLINICA

A partire da Gennaio 2005 fino a Dicembre 2005, il Comitato Etico Provinciale di Modena ha valutato 203 sperimentazioni, così ripartite per Enti di appartenenza:

Azienda Ospedaliera	97
Università	61
Azienda USL	35
Ospedale di Sassuolo S.p.A.	5

Altre strutture sanitarie private accreditate per cui il CE di Modena rappresenta il Comitato Etico di riferimento 5

In ottemperanza a D.M n.211 del 24/06/03 sono stati rilasciati 22 Pareri Unici (quindi per 22 studi il Centro Coordinatore è quello di Modena).

Gli studi sponsorizzati sono stati 118 (58%) quelli non sponsorizzati 85 (42%).

ANNO	SPONSOR	NO SPONSOR
2001	66	35
2002	72	49
2003	146	74
2004	128	62
2005	118	85

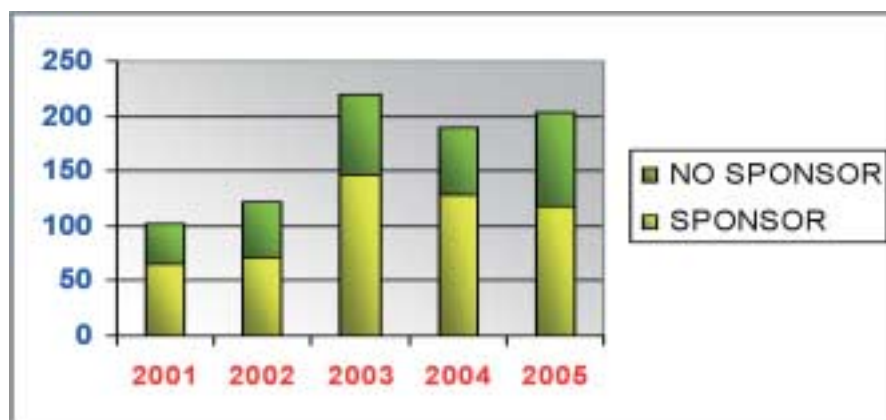


Fig. 1: Confronto studi SPONSORIZZATI e NON SPONSORIZZATI dal 2001 al 2005

La maggior parte delle sperimentazioni è rappresentata da studi clinici con farmaci che hanno costituito il 64% di tutti i protocolli presentati, ma sono stati valutati anche numerosi studi osservazionali (28.6%).



Nel 2005, per la prima volta, sono stati presentati quattro studi sulle medicine non convenzionali (agopuntura ed omeopatia).

TIPOLOGIA PROTOCOLLI PRESENTATI nel 2005	N°	%
SPERIMENTALI con farmaci	130	64
STUDI OSSERVAZIONALI	58	28.6
STUDI con dispositivi medici	8	3.9
STUDI MEDICINE NON CONVENZIONALI	4	2
ACCESSI ALLARGATI	3	1.5
<b>TOTALE</b>	<b>203</b>	<b>100</b>

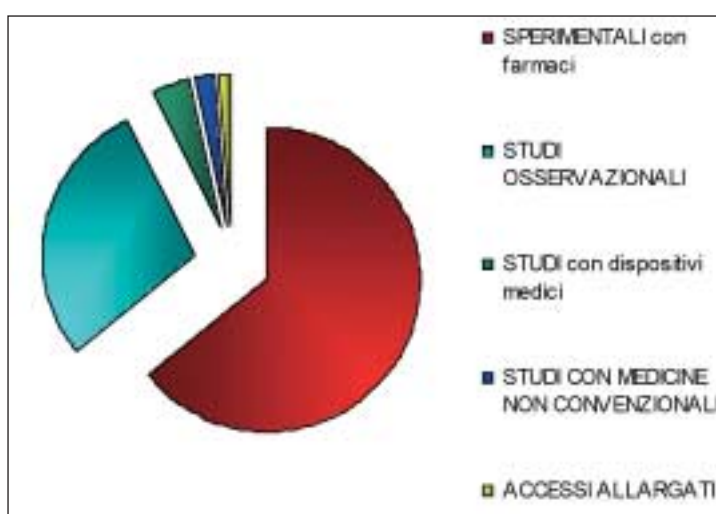


Fig. 2: Tipologie protocolli esaminati

Come risulta evidente dalla fig. 3, nel 2005 il numero degli studi sperimentali con farmaci ha subito un leggero calo rispetto all'anno precedente, pari al 7%. Sono tuttavia aumentati gli studi sperimentali con i dispositivi medici (+3,4%).

Gli studi osservazionali sono in linea con le percentuali rilevate nel 2004.

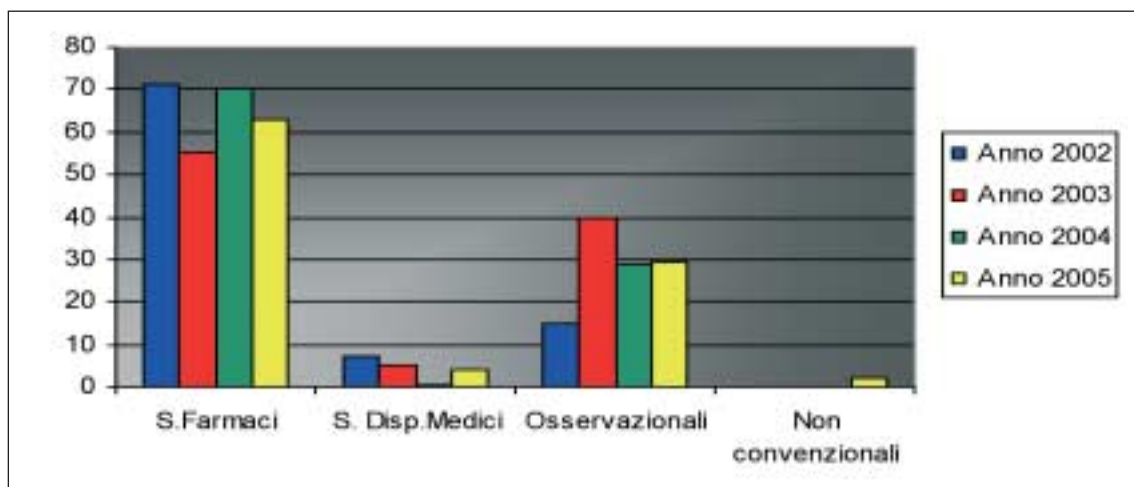


Fig. 3: Distribuzione studi Sperimentali e Osservazionali negli ultimi quattro anni di attività

Per quanto riguarda la *Fase di sperimentazione* dei protocolli valutati dal Comitato Etico, quella che risulta maggiormente presente è la Fase III (55%), seguita dalla Fase II (27%) e in ultimo dalla Fase IV (18%). Rispetto al 2004 sono aumentati gli studi di fase II.

Nel 2005 non sono stati presentati studi di Fase I.

Nelle successive Tabelle e Grafici sono evidenziati i valori in percentuale delle diverse fasi di studi negli ultimi quattro anni di attività del Comitato Etico e, in particolare, nella Fig. 4 sono poste a confronto le percentuali relative al numero di studi nelle diverse Fasi di studio negli anni dal 2002 al 2005.

<b>ANNO 2002</b>		
<b>FASE</b>	<b>N° PROTOCOLLI</b>	<b>%</b>
II	26	31
III	57	67
IV	2	2
<b>TOTALE</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

<b>ANNO 2003</b>		
<b>FASE</b>	<b>N° PROTOCOLLI</b>	<b>%</b>
II	26	20
III	90	70
IV	12	10
<b>TOTALE</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

<b>ANNO 2004</b>		
<b>FASE</b>	<b>N° PROTOCOLLI</b>	<b>%</b>
I	2	1
II	22	19
III	79	70
IV	16	13
<b>TOTALE</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

<b>ANNO 2005</b>		
<b>FASE</b>	<b>N° PROTOCOLLI</b>	<b>%</b>
II	36	27
III	72	55
IV	22	18
<b>TOTALE</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

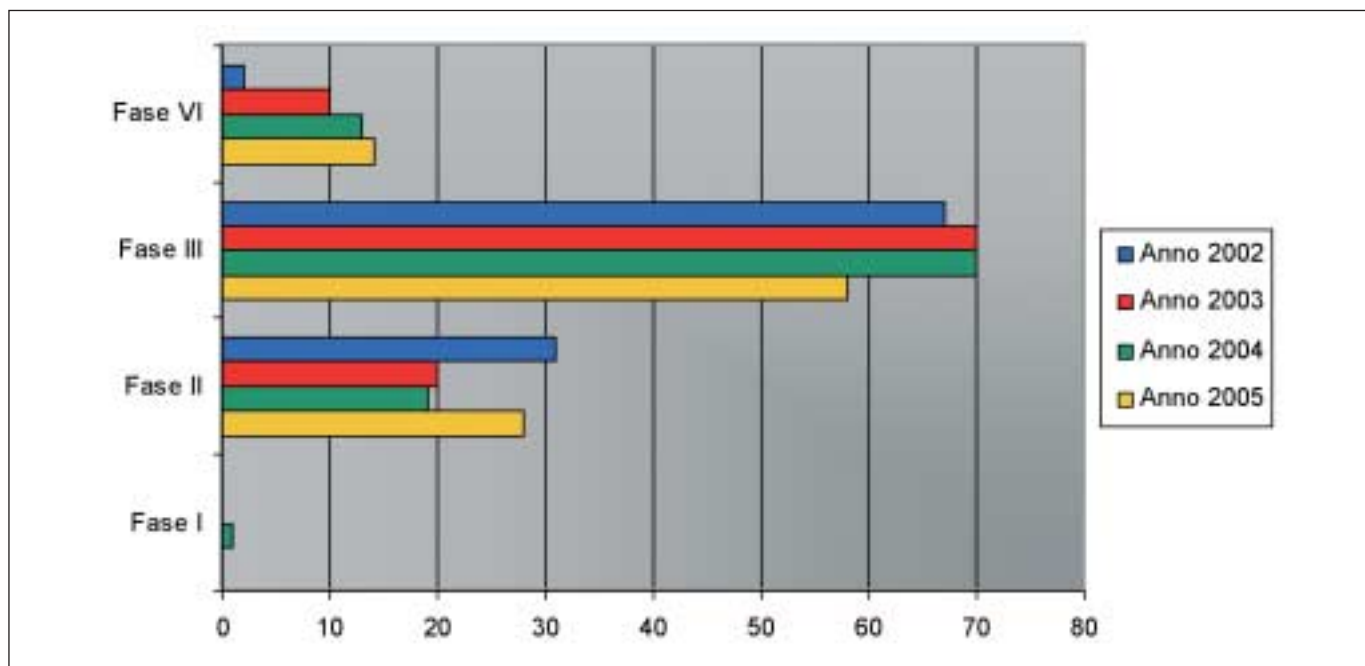


Fig. 4: Distribuzione fasi di Sperimentazione negli ultimi quattro anni di attività

In Figura 5 sono riportati i reparti che hanno principalmente condotto ricerca nell'ultimo anno di attività del Comitato Etico Provinciale di Modena.

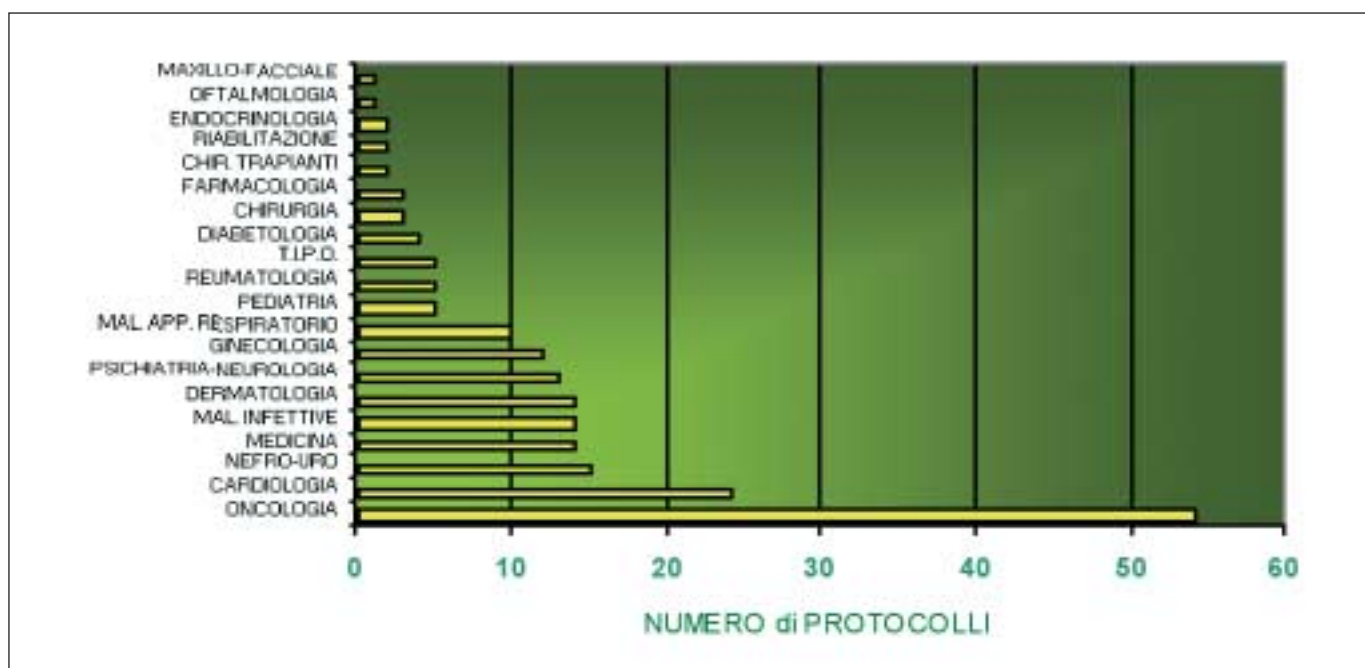


Fig. 5: Unità operative di sperimentazione (di tutte le Aziende Sanitarie della Provincia di Modena)

La seguente tabella con grafico mostra la distribuzione delle diverse tipologie di sperimentazione nei diversi reparti clinici di tutte le Aziende Sanitarie della Provincia di Modena.

	Fase II	Fase III	Fase IV	Osservazionali	Dispositivi	Medicina Non Convenzionale	Uso allargato	Totale
Oncologia	23	23	1	6	0	1		54
Cardiologia	2	10	4	5	3	0		24
Nefrologia-Urologia	3	3	1	5	2	0	1	15
Medicina e Gastroenterologia	0	5	1	8	0	0		14
Malattie Infettive	0	8	2	4	0	0		14
Dermatologia	1	6	2	2	1	0	2	14
Psichiatria-Neurologia	1	2	0	10	0	0		13
Ginecologia	1	2	3	6	0	0		12
Malattie Apparato respiratorio	1	4	2	3	0	0		10
Pediatria	1	0	0	4	0	0		5
Reumatologia	0	2	1	1	1	0		5
Terapia Intensiva	1	1	1	0	0	2		5
Diabetologia	0	3	0	1	0	0		4
Chirurgia	0	1	0	1	1	0		3
Farmacologia	1	0	2	0	0	0		3
Chirurgia dei Trapianti	1	1	0	0	0	0		2
Riabilitazione	0	1	0	0	0	1		2
Endocrinologia	0	0	0	2	0	0		2
Oftalmologia	0	0	1	0	0	0		1
Maxillo-facciale	0	0	1	0	0	0		1
<b>Totale</b>	<b>36</b>	<b>72</b>	<b>22</b>	<b>58</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>203</b>

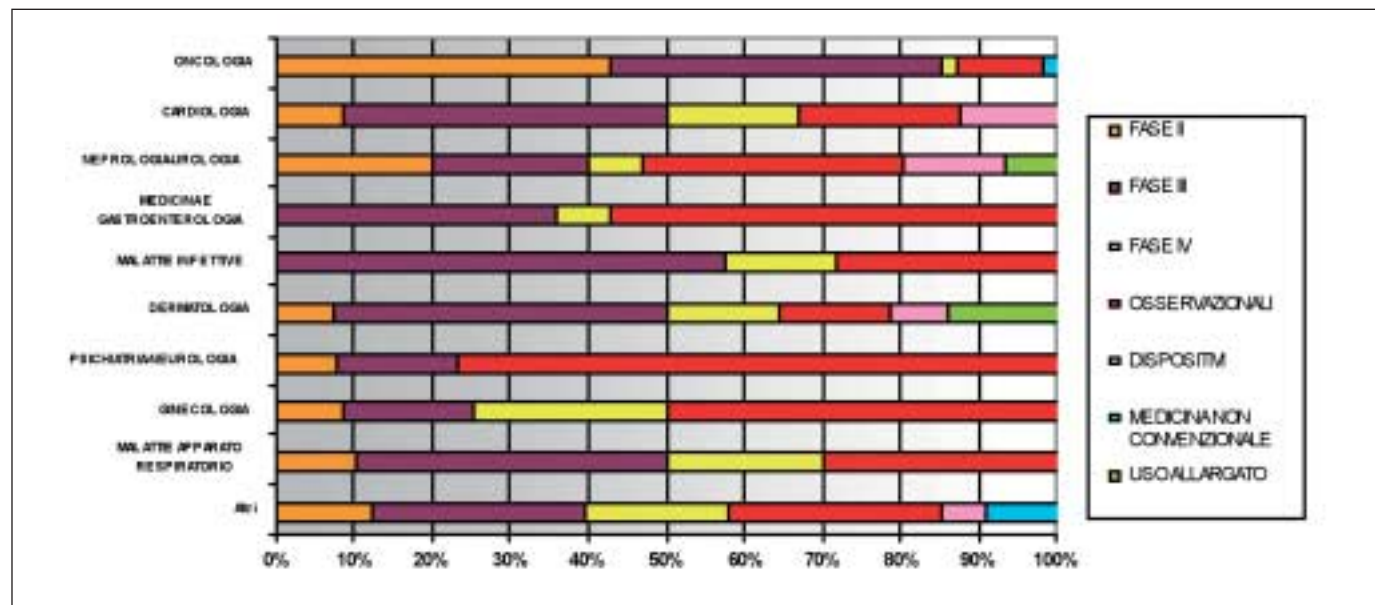


Fig. 6: Reparti e tipologie di sperimentazioni

La Tabella che segue mette in evidenza il confronto relativo alle decisioni (approvazione, non approvazione, approvata a condizione, sospesa in attesa di chiarimenti) del Comitato Etico nell'anno 2004 e 2005. Tali dati sono stati comparati nel momento in cui è avvenuto il monitoraggio dell'attività, al fine di ottenere dati significativi.

Il numero totale delle sperimentazioni approvate nel 2005 è di 164 pratiche (pari all'80%), di queste 94 (46%) sono state approvate in prima istanza e le restanti dopo presentazione di chiarimenti. Erano rimaste non approvate 9 pratiche (4,5%), approvate a condizione 11 (5,5%) e sospese in attesa di chiarimenti 6 (3%).

*Rimangono senza valutazione del Comitato Etico 13 pratiche (risalenti al periodo settembre-dicembre 05) la cui documentazione in parte è stata valutata incompleta dalla Segreteria e mai integrata da parte del Proponente, in parte è stata sospesa da parte dello Sponsor prima che fosse espresso un parere.*

DECISIONI	PRATICHE 2004	PRATICHE 2005
APPROVATE	157	164
NON APPROVATE	6	9
APPROVATE A CONDIZIONE	7	11
SOSPESE IN ATTESA DI CHIARIMENTI	7	6
NON VALUTATE	1	13
Tot.	190	203

Per molte sperimentazioni il CE non ha espresso un parere definitivo alla prima valutazione ed è stato necessario rivalutarle alla luce di chiarimenti richiesti.

Le sperimentazioni per cui non si esprime un parere positivo definitivo possono essere sospese, quando necessitano di un ulteriore riesame del Comitato Etico o approvate a condizione, ed in questo caso è compito della Segreteria verificare l'aderenza alle condizioni richieste dal Comitato Etico.

Delle 9 pratiche non approvate in prima istanza, 7 risultavano studi sperimentali e 2 studi osservazionali.

### Delle 203 pratiche presentate nel 2005

Le pratiche che ad oggi hanno raggiunto un **parere definitivo** sono state 173:

- 9 non approvate (4,5%)
- 164 approvate (80%)

Le pratiche che ad oggi **non hanno raggiunto un parere definitivo** (sospese in attesa di chiarimenti o approvate a condizione) sono 17 :

- 6 sospese in attesa di chiarimenti (3%)
- 11 approvate a condizione (5,5%)

Le pratiche **non valutate dal CE** ma solo dalla Segreteria sono 13:

- 4 in attesa che la documentazione sia completata
- 9 sospese da parte dello Sponsor

Delle 173 pratiche che hanno raggiunto un parere definitivo:

- 94 pratiche hanno ottenuto la definitiva approvazione subito alla prima seduta
- 9 rimangono non approvate
- 2 pratiche sono state non approvate in prima istanza e seconda istanza
- 1 pratica è stata non approvata, poi approvata a condizione, poi approvata definitivamente
- 29 pratiche sono state approvate a condizione che fossero forniti chiarimenti poi approvate
- 22 pratiche sono state approvate con segnalazione
- 2 pratiche sono state approvate, ma il verbale non è stato rilasciato causa documentazione incompleta
- 1 pratica è stata sospesa 2 volte, poi approvata a condizione, infine approvata
- 7 pratiche sospese in attesa di chiarimenti, poi approvate
- 1 pratica è stata sospesa in attesa di chiarimenti, approvata a condizione, poi approvata

- 3 pratiche sospese in attesa di chiarimenti sono poi state approvate con segnalazione
- 2 pratiche sono state sospese in attesa di chiarimenti, approvate a condizione, poi approvate

## 2. ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Oltre all'attività di monitoraggio di routine, tra tutti gli studi presenti in Segreteria dal 1998 al 2000 è stato effettuato un monitoraggio straordinario, dal quale è emerso che per 236 pratiche da più di un anno non erano pervenute informazioni di alcun tipo (segnalazione eventi avversi, comunicazioni di avanzamento studio, relazione di fine anno...).

Ai responsabili della ricerca di tali studi è stato richiesto di inviare notizie in modo da aggiornare e, laddove possibile, archiviare la pratica.

Tra tutti solo l'8% degli studi è ancora aperto, la maggior parte è stata dichiarata chiusa (65%), l'11% non è mai iniziato (es. per mancanza di fondi), il 2% è stato sospeso o ritirato da parte dello Sponsor.

Nessuna risposta si è avuta per 34 studi.

RISPOSTA al MONITORAGGIO	N° STUDI	PERCENTUALE
CHIUSURA	152	65%
NESSUNA	34	14%
MAI INIZIATO	26	11%
ANCORA ATTIVO	19	8%
SOSPESIONE/RITIRO	5	2%
<b>TOTALE</b>	<b>236</b>	<b>100%</b>

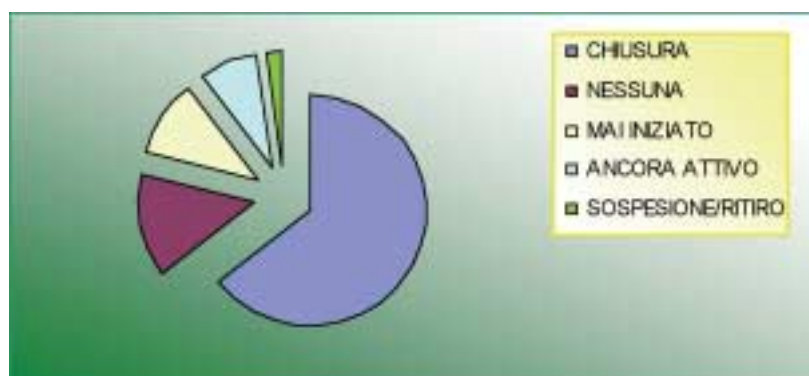


Fig. 7: Esito del MONITORAGGIO 1998-2000

## 3. RAPPORTO SULL'ATTIVITÀ INERENTE LE TEMATICHE IN MATERIA DI BIOETICA E DI FORMAZIONE

- Richiesta di giudizio etico per l'esecuzione di sterilizzazione maschile volontaria
- Richiesta parere sull'utilizzo del sangue del cordone ombelicale per ricerca genetica
- Richiesta di giudizio e autorizzazione per il trattamento di pazienti affetti da emofilia di tipo A
- Progetto di Indagine Conoscitiva: "Comunicazione in ambito Ospedaliero nella Provincia di Modena: informazione ai pazienti, consenso informato, informazione tra gli operatori"

### Partecipazione a Convegni:

- Relazione del prof. Silingardi al seminario tenutosi a Trento nei giorni 21-22 gennaio 2005: "Rilevanza degli studi, vulnerabilità dei pazienti nella sperimentazione clinica: incontro tra comitati etici e oncologi" (Prof. Silingardi e Dr.ssa Bonacini)
- Convegno Nazionale a Roma: "Il Comitato Nazionale per la Bioetica: 1990-2005. Quindici anni di impegno" Relatore Prof. Spinsanti (Dr.ssa Gatti e Sig.ra Roncaglia)
- Convegno Nazionale a Modena: "Psicologia in Ospedale e qualità della cura" (Dr.ssa Vandelli - Dr.ssa Bonacini - Dr.ssa Gatti - Sig.ra Roncaglia).

**L'**attività di Medicina necroscopica che afferisce alle Aziende U.S.L. comprende prioritariamente l'effettuazione delle visite necroscopiche e dei riscontri diagnostici (questi ultimi relativi ai soggetti deceduti sulla pubblica via e non a disposizione dell'Autorità giudiziaria, ai soggetti giunti cadavere al Pronto Soccorso degli Ospedali, ai deceduti a domicilio senza assistenza medica, quando non vi siano elementi sufficienti per risalire alla causa della morte e non sia quindi possibile, neppure per il medico necroscopo, compilare la scheda ISTAT di denuncia delle cause di morte).

Sulla scorta dell'art. 4 del D.P.R. 285/90 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria", "1. *Le funzioni di medico necroscopo di cui all'art. 141 del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, sull'ordinamento dello stato civile, sono esercitate da un medico nominato dalla unità sanitaria locale competente.* 2. Negli ospedali la funzione di medico necroscopo è svolta dal direttore sanitario o da un medico da lui delegato. 3. I medici necroscopi dipendono per tale attività dal coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale che ha provveduto alla loro nomina ed a lui riferiscono sull'espletamento del servizio, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 365 del codice penale. 4. Il medico necroscopo ha il compito di accertare la morte, redigendo l'apposito certificato previsto dal citato art. 141. 5. La visita del medico necroscopo deve sempre essere effettuata non prima di 15 ore dal decesso, salvo i casi previsti dagli articoli 8, 9 e 10, e comunque non dopo le trenta ore."<sup>1</sup>

Ne discendeva pertanto che il medico necroscopo, nominato dall'Azienda Unità Sanitaria Locale, faceva capo al Direttore Sanitario della stessa (o a persona da questi delegata), per l'espletamento della propria attività, non esistendo più la figura del Coordinatore Sanitario.

Con l'entrata in vigore della Legge Regionale 29 luglio 2004, n. 19 "Disciplina in materia funeraria e di

polizia mortuaria", che all'articolo 8 reca l'organizzazione delle attività di medicina necroscopica, è stabilito che la nomina dei medici necroscopi spetta ai Direttori Generali delle Aziende U.S.L., i quali possono designare per l'espletamento di tale attività anche i medici di Medicina generale. Saranno i Direttori Generali di tali Aziende Sanitarie a designare i medici necroscopi competenti anche per le Aziende Ospedaliero-Universitarie.

L'attività di ausiliario di Polizia giudiziaria, di cui all'art. 348 del C.p.p., è obbligatoria per qualsiasi medico e quindi, pur essendo opportuno e funzionale che essa venga garantita congiuntamente all'attività di Medicina necroscopica, essa deve essere prestata da ogni medico; la struttura medico-legale fornisce un'attività di consulenza e di supervisione, intervenendo direttamente nei casi che presentano una maggiore complessità, anche perché spesso tali attività preludono al conferimento di un incarico di consulenza per l'Autorità giudiziaria (per esempio nel caso di un sopralluogo quando vi sia un'ipotesi di reato), e quindi è più vantaggioso per chi garantisce regolari turni di collaborazione con la stessa Autorità svolgere personalmente tali funzioni, propedeutiche alle indagini che seguiranno e complementari a esse (es. visita per lesioni personali, autopsia in caso di omicidio, ecc.: nella nostra realtà vige in tal senso una convenzione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena).

## ADEMPIMENTI CONSEGUENTI AL DECESSO

La sequenza degli adempimenti da osservarsi in caso di decesso è la seguente:

- dichiarazione di morte o, in caso di decesso in ospedale o altra struttura residenziale, avviso di morte: si tratta del primo adempimento, a cura dei congiunti, conviventi, loro delegati o direttori della struttura, volto a comunicare all'ufficiale di stato civile l'avvenuto decesso;

<sup>1</sup> Decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396 "Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127" - Art. 74 (Inumazione, tumulazione e cremazione) "1. Non si può far luogo ad inumazione o tumulazione di un cadavere senza la preventiva autorizzazione dell'ufficiale dello stato civile, da rilasciare in carta semplice e senza spesa. 2. L'ufficiale dello stato civile non può accordare l'autorizzazione se non sono trascorse ventiquattro ore dalla morte, salvi i casi espressi nei regolamenti speciali, e dopo che egli si è accertato della morte medesima per mezzo di un medico necroscopo o di un altro delegato sanitario; questi deve rilasciare un certificato scritto della visita fatta nel quale, se del caso, deve indicare la presenza di indizi di morte dipendente da reato o di morte violenta. Il certificato è annotato negli archivi di cui all'articolo 10. 3. In caso di cremazione si applicano le disposizioni di cui agli articoli 79 e seguenti del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285".

- denuncia delle cause di morte, a cura del medico curante: anch'essa è indirizzata al Comune e deve essere rilasciata entro le 24 ore dal decesso;
- accertamento della realtà della morte: a seguito della dichiarazione o avviso di morte, l'ufficiale di stato civile, onde accertarsi del decesso tramite un medico con funzioni di necroscopo, richiede, secondo modalità da concordarsi, tale accertamento all'Azienda U.S.L., che ha provveduto a individuare e nominare i medici con funzioni di necroscopo, trasmettendone debita informazione ai Comuni.

Non è prevista la cosiddetta constatazione di decesso, impropriamente utilizzata come dichiarazione o avviso di morte: non possono, pertanto, essere evase le richieste di tale certificazione da parte di Comuni o altri enti.

Solo nel caso in cui vi sia rinvenimento di cadavere e l'Autorità giudiziaria debba disporre il trasporto, la constatazione di decesso dovrà essere effettuata da un medico, non necessariamente incaricato della funzione di necroscopo.

#### Constatazione (o diagnosi) di morte

La constatazione (o diagnosi) di morte significa "dichiarare la morte", ossia affermare che la persona alla quale si presta in quel momento la propria opera, anche occasionale, è deceduta. Qualunque medico a cui venga segnalata la presenza di un corpo inanimato è tenuto a prestare la sua opera indipendentemente dagli orari e dagli obblighi lavorativi contrattuali o convenzionali. Solo il medico può affermare che una persona è effettivamente deceduta: fino a quel momento (eccettuati casi particolari, come la decapitazione o il maciullamento del cadavere) va considerata persona viva bisognosa di assistenza. Nel caso riscontri effettivamente l'avvenuto decesso il medico deve dichiararne la morte. Questo stadio non è codificato da specifiche norme contrattuali, ma rientra negli obblighi generali degli esercenti l'attività medica.

**La denuncia delle cause di morte (compilazione della scheda ISTAT) è estesa al sostituto del medico curante ovvero, nei giorni festivi, al medico di continuità assistenziale, avvalendosi della documentazione sanitaria disponibile: si supera così l'impossibilità di compilare la denuncia entro le 24 ore.**

La denuncia delle cause e l'accertamento di morte, in caso di decesso in strutture socio-assistenziali o socio-sanitarie con direzione sanitaria, sono a carico di quest'ultima, analogamente a quanto avviene negli ospedali.

Si ricorre al Medico di Medicina Generale per la compilazione della scheda ISTAT ogniqualvolta si

tratti di un giunto cadavere in Ospedale, per cui il medico di P.S. si trova nell'impossibilità materiale di conoscere la causa della morte. In base a una prassi ormai consolidatasi negli anni è il medico necroscopo (in questo caso quello del Servizio di Medicina legale dell'Azienda OU Policlinico di Modena) che contatta il MMG curante, direttamente o attraverso l'impresa di onoranze funebri, al fine di "liberare la salma", vale a dire – quando possibile – di evitarne il riscontro diagnostico, altrimenti necessario per stabilire le cause del decesso.

In generale l'accertamento della realtà della morte è effettuato da un medico all'uopo incaricato dall'Azienda U.S.L. competente per territorio di decesso. Per tale accertamento i limiti temporali minimi o massimi corrispondono a quelli previsti dal DPR 285/90 (15 e 30 ore), a meno che non si accerti la morte con l'ausilio dell'elettrocardiogramma (tracciato isoelettrico per non meno di venti minuti primi): poiché l'accertamento della realtà della morte è preliminare all'autorizzazione alla sepoltura che, comunque, non può avvenire prima delle 24 ore, si dà indicazione che, di norma, sia effettuato nell'arco delle 24 ore o, comunque, entro un'ora dalla chiusura del feretro. In ogni caso si prega di agevolare il più possibile i familiari del/la defunto/a e di conseguenza le imprese di onoranze funebri incaricate delle esequie, al fine di rispettare tempi e necessità.

Si ricorda, inoltre, che nei casi di deceduti al di fuori del proprio comune di residenza e per i quali il medico curante non sia facilmente reperibile, la denuncia delle cause di morte sarà effettuata dal medico incaricato delle funzioni di necroscopo, fatta salva la richiesta di riscontro diagnostico qualora non sia possibile per quest'ultimo accertare le cause della morte sulla base di esaustiva documentazione sanitaria, reperibile e consultabile.

#### Osservazione e trattamenti sul cadavere

Non deve più essere eseguita l'iniezione conservativa, pratica ormai superata sul piano igienico-sanitario e addirittura nociva per gli operatori, oltre che sicuramente poco attenta al rispetto del defunto e della sensibilità dei familiari, così come sono superate le procedure previste per i deceduti di malattie infettive (avvolgimento del cadavere in lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante, con i vestiti indossati al momento del decesso).

#### Cremazione

L'autorizzazione alla cremazione non può essere concessa dal sindaco (o, attualmente, dal dirigente del



Comune all'uopo delegato), se la richiesta non è corredata da un CERTIFICATO IN CARTA LIBERA REDATTO DAL MEDICO CURANTE O DAL MEDICO NECROSCOPO, DAL QUALE RISULTI ESCLUSO IL SOSPETTO DI MORTE DOVUTA A REATO.

Pertanto il certificato necroscopico, recante l'accertamento della realtà della morte, deve anche escludere il sospetto di morte dovuta a reato. In caso di cremazione infatti, è il medico incaricato dall'Azienda U.S.L. delle funzioni di necroscopo a rilasciare tale certificazione sul territorio regionale, quindi non è necessaria l'autenticazione della firma del medico (v. Circolare n. 20 del 13 novembre 2002 dell'Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna).

Per quanto attiene alla rimozione dei pace-makers, richiesta da alcuni impianti di cremazione, si precisa che essa sarebbe necessaria solo in caso di alimentazione degli stessi con radionuclidi, ipotesi non più attuale da diversi anni, in quanto non sono più utilizzati da tempo segnapassi di tale tipologia.

La L.R. 19/2004 regola la pratica della cremazione per consentirne il pieno sviluppo in relazione al fatto che sempre più persone scelgono tale pratica e che la stessa costituisce un metodo igienico, sicuro e in grado di limitare la progressiva e altrimenti necessaria espansione dei cimiteri.

Attualmente sono consentite due scelte alternative: la dispersione ovvero la conservazione delle ceneri, degne di assoluta tutela perché rientranti entrambe nella sfera dei diritti primari della persona.

### Visite necroscopiche

Secondo la scienza medica la visita necroscopica va effettuata verificando i parametri vitali fondamentali (cardiocircolatorio, nervoso e respiratorio) secon-

do regole codificate; tale compito è affidato al medico ospedaliero a ciò delegato o, al di fuori dell'ospedale, al medico necroscopo all'uopo designato. Al fine di evitare casi di morte apparente la legge dispone che la visita del medico necroscopo vada sempre eseguita non prima di 15 ore dal decesso, allo scopo di poter rilevare segni tanatologici inequivocabili di morte certa<sup>2</sup>. La chiusura del feretro deve avvenire dopo almeno 24 ore dal decesso, fatti salvi casi particolari. La certificazione della realtà della morte costituisce un atto pubblico, in quanto redatto da un pubblico ufficiale<sup>3</sup>. Le Aziende U.S.L. garantiscono un servizio di Medicina Necroscopica attivo continuamente.

### Denuncia delle cause di morte

La denuncia delle cause di morte rientra fra quelle obbligatorie per il medico:

- Nel caso di decesso di un proprio assistito i medici devono denunciare la malattia che a loro giudizio ne sarebbe stata la causa (D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria" art. 1 "...i medici...debbono per ogni caso di morte di persona da loro assistita denunciare al sindaco la malattia che, a loro giudizio, ne sarebbe stata la causa...."). Nel caso di decesso senza assistenza medica la denuncia della presunta causa di morte è fatta dal medico necroscopo. L'obbligo della denuncia della causa di morte è fatto anche ai medici incaricati di eseguire autopsie disposte dall'autorità giudiziaria o per riscontro diagnostico. L'assistenza medica è da intendersi come conoscenza da parte del medico della patologia che ha portato alla morte e del suo decorso. Pertanto anche un sanitario diverso dal medico di Medicina generale può rivestire la qualifica di curante.

<sup>2</sup> Comunemente i rilievi per l'accertamento della realtà della morte consistono principalmente nelle ipostasi, nella rigidità cadaverica (*rigor mortis*) e nel raffreddamento corporeo (*frigor mortis*). Ve ne sono altri (tela viscida corneale, acidificazione, ecc.).

<sup>3</sup> Art. 357 c.p. "(Nozione del pubblico ufficiale) - Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi."

Art. 361 c.p. "(Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale) - Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito con la multa...Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa."

Art. 331 c.p.p. "(Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio) - 1....i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito. 2. La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria. 3. Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto...."

Art. 332 c.p.p. "(Contenuto della denuncia) - 1. La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia, nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti ...."

- Non è necessaria la materiale presenza del medico al momento del decesso, basta essere a conoscenza delle cause patologiche che hanno determinato il decesso.
- La denuncia delle cause di morte deve essere effettuata entro 24 ore dall'accertamento del decesso su apposita scheda ISTAT. Il T.U.LL.SS. (R.D. 27/7/1934, n. 1265), all'art. 103, contempla, fra l'altro, che: "Gli esercenti la professione di medico chirurgo...sono obbligati: a) a denunciare al sindaco le cause di morte entro 24 ore dall'accertamento del decesso". E, secondo l'art. 1 del d.P.R. 285/90: "...La denuncia della causa di morte...deve essere fatta entro 24 ore dall'accertamento del decesso su apposita scheda di morte stabilita dal Ministero della sanità, d'intesa con l'Istituto nazionale di statistica...Le schede di morte hanno esclusivamente finalità sanitarie, epidemiologiche e statistiche.", per conoscere le cause di mortalità della popolazione in generale e ed effettuare correttamente la programmazione sanitaria.
- La scheda ISTAT deve contenere, oltre ai dati anagrafici e l'ora della morte, i requisiti conoscitivi sostanziali relativi alle cause di morte (divise in iniziale, intermedia e finale). L'accuratezza nel fornire informazioni sulle cause di morte è importante per la corretta impostazione dei programmi sanitari a medio-lungo termine finalizzati al miglioramento della salute pubblica. Il diritto alla riservatezza è rispettato perché tali dati sono forniti a esclusivo USO STATISTICO e possono essere diffusi solo in forma aggregata, in modo da risultare anonimi. LE INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE DEVONO RAPPRESENTARE LA MIGLIORE OPINIONE MEDICA POSSIBILE. La scheda ISTAT va compilata in stampatello leggibile con inchiostro nero; bisogna riportare ogni malattia o stato morboso che abbia avuto rilevanza nel contribuire al decesso della persona. Una condizione può essere riportata come "probabile" se non diagnosticata in modo assolutamente certo; bisogna evitare di riportare i sintomi.

#### MORTE DA CAUSA NATURALE

Se si ritiene che l'abuso di sostanze stupefacenti, di alcool o di tabacco, di cui è nota la relazione causa-effetto, abbia causato la morte o contribuito a essa, ciò deve essere riportato ove più appropriato.

1. CAUSA INIZIALE: la patologia o stato morboso individuata come iniziale responsabile del concatenamento di patologie che ha portato alla morte.

2. CAUSA/E INTERMEDIA/E: o complicazione/i della malattia indicata prima; riporta la/le sequenza/e che dalla causa iniziale può/possono aver dato luogo allo sviluppo di una ulteriore causa per mezzo di danno ai tessuti o perdita di funzione.
3. CAUSA TERMINALE: NON va riportata la modalità o il meccanismo di morte (per es.: arresto cardiaco, insufficienza respiratoria, ecc.) MA LA CONDIZIONE MORBOSA che ha DIRETTAMENTE PROVOCATO LA MORTE (per es.: emorragia intracerebrale, encefalopatia epatica, insufficienza della valvola mitralica, ecc.). VA SEMPRE COMPILATA e, se non può essere identificata una causa iniziale di morte, è buona norma riportare la causa finale avendo l'accortezza di apporre nel riquadro della causa iniziale la dicitura: "CAUSA NATURALE INDETERMINATA". Ciò consente di comprendere che non vi sono state sviste od omissioni nella compilazione della scheda di morte.
4. ALTRI STATI MORBOSI RILEVANTI che hanno contribuito al decesso, ma che non rientrano nella catena principale di eventi che ha causato la morte indicata come causa iniziale, intermedia/e, terminale dovrebbe fornire ulteriori informazioni sul quadro morboso del defunto.

#### MORTE DA CAUSA VIOLENTA

Deve essere riportata ogni lesione che abbia provocato un trauma in grado di causare la morte o di contribuire a essa. Una condizione può essere riportata come "probabile" se non diagnosticata in modo assolutamente certo e bisogna evitare di riportare i sintomi.

Se si ritiene che l'abuso di sostanze stupefacenti, di alcool o di tabacco, di cui è nota la relazione causa-effetto, abbia causato la morte o contribuito a essa, ciò deve essere riportato ove più appropriato.

Sono indicate quattro diverse cause all'origine della morte violenta: BARRARE SEMPRE UNA E UNA SOLA, delle quattro possibilità previste (ACCIDENTALE, SUICIDIO, INFORTUNIO SUL LAVORO, OMICIDIO).

Bisogna effettuare un'accurata DESCRIZIONE della LESIONE che ha iniziato la sequenza di eventi che ha portato alla morte. Questa lesione viene generalmente considerata la CAUSA di MORTE.

Vanno riportati le eventuali malattie o complicazioni eventualmente sopravvenute in seguito (conseguenti) alla lesione iniziale e gli stati morbosi preesistenti che hanno contribuito al decesso, ma che non rientrano nella catena principale di eventi che ha causato la morte riportata precedentemente: dovrebbe for-

nire ulteriori informazioni sul quadro morboso del defunto (panoramica completa cause di morte).

Devono essere riportate le informazioni sul MEZZO o MODO COL QUALE LA LESIONE È STATA DETERMINATA (es.: armi, oggetti, mezzi meccanici, cadute, sostanze chimiche, farmaci, ecc.) e vanno indicati con precisione il mezzo o la circostanza che ha causato la lesione.

È da segnalare l'intervallo di tempo trascorso tra l'avvenuta lesione indicata precedentemente e la morte, in anni, mesi, giorni od ore, specificando se l'informazione è approssimativa o sconosciuta, ma **NON LASCIARE IN BIANCO**.

Sono da riportare la data e il luogo in cui l'accidente, l'infortunio, il suicidio o l'omicidio è avvenuto.

È IMPORTANTE COMPILARE TUTTI I RIQUADRI IN OGNI LORO PARTE, perché ciò consente una migliore elaborazione dei dati. LA DICHIARAZIONE DEVE ESSERE RESA DAL MEDICO CURANTE O NECROSCOPO, riportando:

- Data di compilazione.
- Timbro e firma leggibile del medico Numero telefonico del medico o della struttura ospitante il defunto. **SE DOPO LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA ISTAT SI OTTENGONO ULTERIORI INFORMAZIONI, PER ESEMPIO PERCHÉ LA SALMA VIENE SOTTOPOSTA A RISCANTRO DIAGNOSTICO O AD AUTOPSIA GIUDIZIARIA, ESSE VANNO TEMPESTIVAMENTE COMUNICATE.** Date le finalità di queste schede (statistico-epidemiologiche, ma anche relative alle più immediate esigenze conoscitive dell'Autorità Sanitaria e Giudiziaria), i dati devono essere il più possibile esaurienti, evitando formulazioni ambigue, standardizzate e non esplicative. Il medico necroscopo può sollevare obiezioni (e chiedere precisazioni al curante) su aspetti eventualmente non chiari.

In caso di incertezza sulle cause di morte non potrà essere rilasciato il nulla osta alla sepoltura, ma dovrà essere effettuato il riscontro diagnostico (o l'autopsia giudiziaria, se disposta dal Magistrato nel caso sia ravvisata un'ipotesi di reato perseguibile d'ufficio ed essa sia da questi ritenuta necessaria per dirimere le cause della morte e i mezzi che l'hanno prodotta).

**Si precisa che la compilazione della scheda ISTAT nella parte della morte da causa violenta non implica necessariamente la messa a disposizione dell'Autorità giudiziaria del cadavere, né richiede in tutti i casi il nulla osta della stessa alla sepoltura.** Il cadavere viene messo a disposizione dell'Autorità giudiziaria solo quando sussista un'ipotesi di reato perseguibile d'ufficio e quindi sia obbligatorio redi-

gere la denuncia di reato all'Autorità giudiziaria (v. casi specificati nella procedura aziendale; nel dubbio contattare la Direzione Sanitaria dell'Ospedale o direttamente la Medicina legale dell'Azienda U.S.L.).

### Differenze tra riscontro diagnostico e autopsia giudiziaria

Le due fattispecie sono diverse e avviano procedure differenti per gravità e durata, e non devono essere confuse tra di loro, in quanto normate da leggi diverse.

#### Riscontro diagnostico sui cadaveri

"I cadaveri delle persone decedute senza assistenza sanitaria, trasportati ad un ospedale o ad un deposito di osservazione o ad un obitorio, sono sottoposti al riscontro diagnostico. Il medico provinciale (*figura attualmente sostituita dal servizio operante presso l'Azienda U.S.L.*) può disporre il riscontro diagnostico anche sulle persone decedute a domicilio a richiesta del medico curante quando sussiste il dubbio sulle cause di morte" (L. 15/2/1961, n. 83). Il riscontro si limita alle operazioni necessarie al rilievo delle cause di morte.

#### Autopsia giudiziaria

"Se per la morte di una persona sorge il sospetto di reato, il pretore o il procuratore della Repubblica accerta la causa della morte e, se lo ravvisa necessario, ordina o richiede l'autopsia. La sepoltura non può essere eseguita senza l'ordine del pretore o del procuratore della Repubblica" (R.D. 28/5/1931, n. 602, art. 16).

#### Le due fattispecie

È importante quindi saper indirizzare correttamente le due diverse procedure:

- qualora il medico abbia la convinzione che si tratti di un decesso da cause naturali può limitarsi ad attestarlo aggiungendo, per esempio, una frase del tipo: "Le cause del decesso non sono determinabili". Potrà aggiungere la richiesta del riscontro diagnostico e il medico necroscopo attuerà allora la procedura per i morti senza assistenza, effettuando appunto il riscontro diagnostico;
- qualora il medico sospetti che il decesso sia dovuto a cause delittuose, specificherà invece che "la salma è messa a disposizione dell'autorità giudiziaria", dopo aver redatto la denuncia di reato ai sensi dell'art. 361 c.p.. Verrà allora attivata la procedura dell'autopsia giudiziaria, con tutti gli adempimenti conseguenti.

Confondendo le due procedure potrebbe capitare che il medico, redigendo la denuncia di reato e/o inserendo una dizione erronea nelle certificazioni, at-

tivi in maniera inappropriata la procedura giudiziaria anziché quella del riscontro diagnostico, con conseguenti costi rilevanti e notevoli - quanto inutili - disagi per la famiglia.

L'autopsia giudiziaria, come ogni altro atto giudiziario, prevede dei tempi tecnici variabili ma generalmente non brevi: nomina del perito settore (a discrezione del magistrato) il quale fissa la data di effettuazione dell'autopsia; esecuzione dell'autopsia vera e propria, corredata dagli eventuali accertamenti complementari (esami istologici, tossicologici, ecc.); in base agli esiti di questi ultimi segue la relazione (scritta) al Magistrato e il vaglio, da parte di quest'ultimo, degli elementi raccolti.

Durante questo periodo gli atti sono coperti da segreto: il Consulente Tecnico del Pubblico Ministero non può, senza autorizzazione, fornire notizie "in via breve" a persone estranee al procedimento (per esempio il medico di Medicina generale) o a potenziali indiziati di reato (familiari, conviventi, ecc.). Solo al termine dell'iter, quando il magistrato avrà considerato esaurienti gli elementi in suo possesso, emette il nulla osta che autorizza le esequie. I tempi di questa procedura sono a totale discrezione del magistrato.

La procedura "giudiziaria" può essere attivata dal medico necroscopo in casi particolari, quali il riscontro sulla salma del defunto di segni di lesione, ecchimosi, punture di ago, ferite, ecc. Questi segni potrebbero avere una spiegazione del tutto innocente (le punture potrebbero derivare da terapie iniettive, perfettamente congrue e precedenti all'evento, le ferite potrebbero essere conseguenti, per esempio, alla caduta a terra al momento dell'exitus ed essersi prodotte in limine vitae, ecc.), oppure essere totalmente indipendenti dall'effettiva causa della morte; tuttavia costituiscono segni che impongono particolari cautele ed esaurienti approfondimenti, per cui va senza dubbio contattato il Servizio di Medicina Legale aziendale o la Direzione Sanitaria.

#### Altri aspetti importanti

- La compilazione della Scheda ISTAT, che rientra tra gli obblighi di legge, è gratuita. La constatazione di decesso (siccome la funzione di medico necroscopo e le attività di polizia mortuaria non rientrano tra quelle remunerate in convenzione) potrebbe essere considerata come prestazione libero-professionale.



- L'ora del decesso deve essere indicata con esattezza, anche se sia stata solo dedotta dalle circostanze e dalle modalità del decesso stesso.
- È opportuno evitare il più possibile diagnosi troppo generiche quali "arresto cardiaco", "arresto cardiorespiratorio" e similari, in quanto possono prestarsi a contestazioni e non consentono una corretta codifica della scheda ISTAT ai fini dell'esatta individuazione della vera causa di morte; è opportuno anche segnalare, con tutti i particolari chiarificatori, la presenza di elementi che possano indurre in errore il medico necroscopo (per esempio la presenza di ecchimosi o di lesioni precedenti l'evento mortale e indipendenti da questo o comunque ininfluenti).
- Dato il limite di 24 ore imposto dalla legge per la compilazione della scheda ISTAT da parte del medico curante, può verificarsi un'incompatibilità con le norme della convenzione che consente al medico di Medicina generale di sospendere le attività assistenziali (e correlate) durante il fine settimana. Non sussiste a tal fine alcun obbligo giuridico di presenza o di disponibilità per il curante al fine di compilazione della scheda. In caso di decesso in tale intervallo critico

la compilazione della scheda ISTAT potrebbe essere demandabile ad altri sanitari solo se avessero esauritiva conoscenza della patologia che avesse causato la morte e del decorso della stessa. Vale a dire che un eventuale sostituto (come pure il medico necroscopo o il medico di continuità assistenziale) potrebbero compilare tale scheda solo se, attraverso cartelle cliniche o esauritive relazioni sanitarie, ritenessero soddisfatti i requisiti conoscitivi. Tale decisione può essere solo e totalmente personale ed esula, in linea generale, dai compiti istituzionali di detti sanitari.

- Unica possibilità alternativa, in tali casi, è la compilazione della scheda da parte del medico necroscopo secondo le regole dettate per i casi di "decesso senza assistenza medica". La compilazione viene quindi a essere subordinata ad accertamenti (tipicamente il riscontro diagnostico).

A. De Palma

Direttore Unità Operativa di Medicina Legale  
Azienda U.S.L. di Modena

# PITTORI MODENESI DAL 500 AD OGGI

A CURA DI LODOVICO ARGINELLI



## Achille Boschi

Nacque a Modena nel 1852 e morì a Modena nel 1930.

Fu allievo attento, coscienzioso e zelante del **Malatesta** ed innamorato di quel “vero” che il Malatesta insegnava.

Grande amico del **Muzzioli**, fu da lui influenzato nell’eleganza pittorica, che si rispecchia in alcune sue nature morte ed apertamente si rivela nelle imitazioni della tematica classica.

Curò molto i particolari, la ricerca della luce ed il contrasto.

La sua carriera pittorica iniziò con l’esposizione di saggi dell’anno scolastico 1880 – 1881, nella quale presentò un “San Giovanni”, un “Agrippina e Claudio” e due ritratti femminili.

Esiste un certificato del Malatesta, firmato 11 marzo 1872, in cui si fa proposta di un sussidio da elargire al Boschi, meritevole per qualità artistiche ed assiduità di presenza, (dal 1868 al 1872). Questo sussidio gli permise di proseguire gli studi.

Partecipò all’esposizione della **Società d’incoraggiamento** ed all’esposizione di **Londra**, con un “Interno di harem”, acquistato dal museo locale.

Il Boschi fu pittore che Modena amò, protesse e coinvolse nelle manifestazioni sociali.

Quando eseguì il “San Cataldo” per la Chiesa omonima, fu giudicato all’apice della sua capacità produttiva.

Per molte opere del Boschi il primo critico era la gente, che vedeva esposte le sue opere addirittura in negozi.

Ricorda infatti **Luciana Frigieri Leonelli**, in “**Pittori modenesi dell’Ottocento**”, che il trittico per la Chiesa di Frignano, eseguito nel 1908, raffigurante “Sant’ Agnese e Sant’ Agata”, “Santa Lucia e Santa Apollonia”, ai due lati, e “S. Antonio da Padova” al centro, venne esposto per qualche giorno nel “negozio Righi”, all’attenzione della gente.

Molte furono le opere religiose del nostro artista, ma altrettanti furono i ritratti.

Alcune opere:

“*Natura morta*” – olio su tela – cm 61x40 (opera di copertina): qui si vede la Maniera accademica, la tecnica e la genuinità di indagine, che lo pongono in un piano molto elevato.

“*Frati*” – olio su tela – cm 103x69;

“*Plauto che legge le favole*” – olio su tela – cm 45x24;

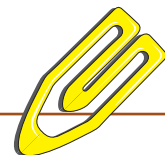
“*La lettura*” – olio su tela – cm 110x140 – Modena Amministrazione Provinciale

“*Davanti al caminetto*” – olio su tela – cm 70x95;

“*Cardinale*” – acquerello – cm 13x19.

## STORIELLE

A CURA DI ROBERTO OLIVI



### Anonimo

Tutti nella vita hanno la stessa quantità di ghiaccio; però il ricco d'estate e il povero d'inverno..

### Plinio il Vecchio

In realtà non c'è nessun male che non abbia qualcosa di buono.

### Paul Valéry

I libri hanno gli stessi nemici dell'uomo: il fuoco, l'umidità, il tempo e il proprio contenuto.

### Franklin P. Adams

È stato scoperto quando cade esattamente la mezza età. È quando si è troppo giovani per il golf e troppo vecchi per saltare la rete del tennis.

EVENTO ORGANIZZATO DA ISDE



## Sezione di Modena

Con il patrocinio di:

Università degli studi Modena e Reggio Emilia, Facoltà di Medicina e Chirurgia

Ordine provinciale di Modena dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Circoscrizione Centro Storico di Modena

# LA ZANZARA TIGRE: UN PROBLEMA RISOLVIBILE?

Modena, 6 Luglio 2006 ore 20,30 – 23,00

Sala Conferenze della Circoscrizione Centro Storico – Piazza Redecocca 1, Modena

– PROGRAMMA –

- 20,30 **Saluti e apertura dei lavori**  
Paola Angelini – Assessorato alle politiche sociali e sanitarie della Regione Emilia-Romagna.
- 20,45 **La Zanzara Tigre in Italia**  
Romeo Bellini – Centro Agricoltura Ambiente “G.Nicoli”
- 21,15 **Il rischio sanitario per l'uomo**  
Antonio Masetti – Università di Bologna
- 21,45 **Il ruolo vettore nei confronti di parassiti degli animali**  
Francesco Rivasi – Università di Modena e Reggio Emilia, Modena
- 22,15 **Un possibile sistema di monitoraggio in Emilia-Romagna**  
Paola Natali, ARPA E. R., Sezione di Modena  
Vanna Rinaldi, Presidente ISDE sezione di Modena



L'evento è libero e gratuito

Destinatari:

– Medici Chirurghi della provincia di Modena, Medici Veterinari, Biologi, Amministratori locali.

Segreteria Scientifico-organizzativa:

– V. Rinaldi, ISDE Modena (rinaldivanna@tin.it)

– F. Rivasi, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena (rivasi@unimore.it)

### OBIETTIVI FORMATIVI

Nonostante i rilevanti sforzi degli enti pubblici preposti sembra difficile poter contenere la Zanzara Tigre entro livelli di tollerabilità per i cittadini.

Poiché lo sviluppo della zanzara è in gran parte legato all'ambito privato, la collaborazione di tutti rimane l'aspetto critico più importante.

Basterebbero poche elementari norme di carattere preventivo per ridurre notevolmente il problema, ma è

evidente la difficoltà, anche nelle realtà più organizzate, di ottenere l'adesione di un numero sufficiente di cittadini.

Sul versante sanitario, in considerazione del potenziale ruolo vettore che la Zanzara Tigre può svolgere nei confronti di agenti patogeni dell'uomo e degli animali, è necessario mantenere un monitoraggio attivo. Il dato confortante che finora, in Italia, non si sia verificato alcun caso di trasmissione non può essere considerato elemento sufficiente. Occorre avviare specifiche misure di valutazione del livello del rischio tenendo conto del panorama internazionale e del contesto climatico in forte dinamica.

### CHE COSA È L'ISDE?

Gli scopi di questa associazione che aderisce ISDE (International Society Doctors for the Environment) sono quelli di

- Promuovere la difesa dell'ambiente, sia localmente che globalmente, al fine di prevenire numerose patologie, garantire le condizioni necessarie per la salute e migliorare la qualità della vita.
- Essere strumento per l'educazione e l'aggiornamento dei medici e della popolazione, per l'accrescimento della consapevolezza e lo sviluppo di iniziative pubbliche e private, in particolare da parte delle agenzie governative (NU, OMS, UNICEF, UNESCO, EU, ecc.)

Essa è una ONG (organizzazione non governativa) internazionale di medici, di altri operatori della salute e dell'ambiente e di chiunque si riconosca nei suoi fini

È stata fondata il 25 novembre 1990

ISDE ha un Ufficio Scientifico, che coordina le attività di ricerca, formazione e informazione.

È formalmente riconosciuta da Nazioni Unite, OMS, GEF, WONCA, ecc.



**ASSOCIAZIONE ITALIANA DONNE MEDICO**

## LA DEPRESSIONE FEMMINILE ATTRAVERSO LE VARIE FASI ESISTENZIALI

**CONVEGNO REGIONALE A.I.D.M.  
Sezioni di MO-RE-PR-PC**

*Modena 23 settembre 2006*

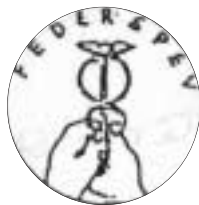
*ore 8,30/16,30.*

Centro Famiglia Di Nazareth

Comitato organizzativo: A.I.D.M. Modena.

Sono previsti ECM per medici e psicologi – Il numero dei partecipanti è limitato a 100.

Per l'iscrizione: Mediacom 059/551863 – Fax:059/5160097 – e-mail:mediabac@tin.it



FEDER.S.P.eV.  
**FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE**

Sezione provinciale di Modena  
 Presidente: Dott. Silvano Gallini  
 Tel. 0535/611555

Il Comitato Direttivo Provinciale della FEDER.S.P.eV. informa che sono state intraprese azioni legali a favore delle vedove iscritte alla nostra Federazione, per ottenere il ripristino integrale dell'adeguamento al costo della vita, di cui al Decreto Legislativo 503/1992 sulle pensioni di reversibilità in godimento prima dell'agosto 1995.

È opportuno quindi avanzare apposita domanda all'Ente Previdenziale, che eroga le suddette pensioni (INPDAP o INPS).

Per ulteriori dettagli e informazioni, rivolgersi alla tesoriera Sig.ra Raffaella Cerfogli tel. 059/909212.

*Il Presidente  
 S. Gallini*

---

**NOTE TRISTI:**

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

Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Vincenzo Goffredo.

Alla famiglia per la scomparsa del Dott. Paolo Marrama.

---

**fotocomposizione**  
**progettazione grafica**  
**stampa su plotter**  
**fotoritocco**

**service Mac e Pc**  
**imposizione macchina**  
**uscita in pellicola**  
**stampa digitale**

**comunicazione e grafica**  
**tel. 059 776576 - fax 059 7702525**



**COMUNE di ZOCCA**  
hanno collaborato:  
**COMUNE di CASTEL D'AIANO**

**COMUNE di MONTEVEGLIO**

**PROVINCIA di MODENA**

**GRUPPO SPORTIVO ZOCCA**  
**U.I.S.P. - MODENA**

**COMUNE di CASTELLETTO di SERRAVALLE**

**COMUNE di VERGATO**

**CAMPIONATI MONDIALI ed ITALIANI di CICLISMO**

**PER LAUREATI "AREA MEDICA"**

**ZOCCA - MO**  
**9-9-2006**  
GARA  
CRONOMETRO  
INDIVIDUALE  
km 15 - ore 14

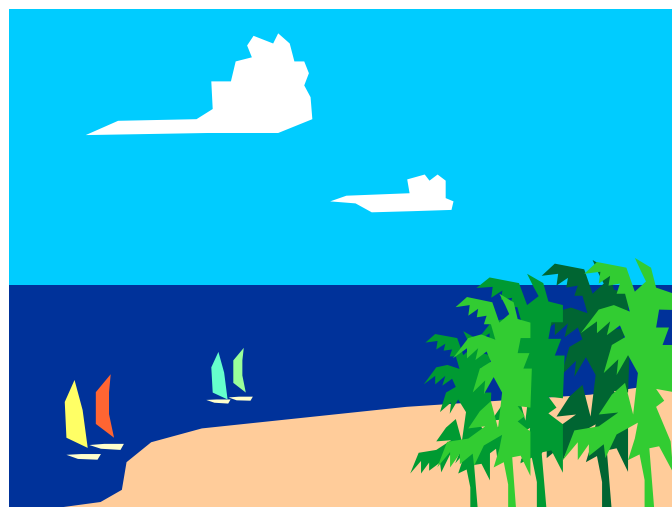
**ZOCCA - MO**  
**10-9-2006**  
GARA  
SU STRADA  
km 42  
ore 9

**WORLD CHAMPIONSHIP CYCLING**  
STRADA-CRONO

**CAMPIONATI ITALIANI**  
STRADA-CRONO

GRUPPO  
**FATRO**

Il programma integrale è scaricabile dal sito [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it) alla sezione ultime notizie



La Segreteria dell'Ordine informa che nei mesi di **luglio e agosto** verranno rispettati i seguenti orari:

**dal lunedì al venerdì**  
**dalla ore 10 alle ore 13**

**lunedì 14 agosto**  
*gli uffici rimarranno chiusi*

## ATTENZIONE!!!

Come precisato dal **Decreto 10 marzo 2006**, (*Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella II, sezione A e all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, come modificato dal decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, con modificazioni dalla Legge 21 febbraio 2006, n. 49.*) riportato sul Bollettino di maggio 2006, i possessori dei ricettari speciali a madre-figlia devono **riconsegnare** tali ricettari ai **rispettivi ordini professionali** che provvederanno alla loro restituzione al Ministero della Salute ai fini della relativa distruzione.

## DEDUCIBILITÀ DEL CONTRIBUTO ONAOSI

L'ONAOSI con propria nota del 5.6.2006 ha provveduto a chiarire che "considerata l'obbligatorietà e la natura assistenziale dei contributi a favore della FONDAZIONE ONAOSI si ritiene che gli stessi siano deducibili dal reddito complessivo del contribuente ai sensi dell'art. 10, comma 1, lettera e) del T.U.I.R."



**NUEVO RESTAURANTE ESPAÑOL  
"DON QUIJOTE" A PAVULLO  
PRESSO "LA CÀ" VIA D. PIETRI 2  
PER PRENOTAZIONI E INFORMAZIONI:  
TEL 0536 23442-335 8143533**

*Venerdì-serata a tema: menu, musiche e spettacoli spagnoli  
Sabato sera: cena e disco Domenica sera: cena e musica*

**Sabato e Domenica aperto anche a pranzo e - dalle 16,00 alle 18,00 -  
antipasti e aperitivi... con sangria e tapas ...musica ... a soli € 5,00**

*Dal 21 Giugno e per tutta l'estate aperto anche nelle serate  
di Mercoledì e Giovedì con cena nel Patio.*

# CARISSIMO MARIO, BUONA VACANZA!



**È** giunto anche per lei il momento di cambiar vita e di riappropriarsi del proprio tempo. Desiderato? Temuto? E' solo giunto e va vissuto, come la vita lavorativa, nel migliore dei modi.

L'Ordine le deve molto.

In tanti anni il suo lavoro ha costituito un riferimento certo e competente per moltissimi medici modenesi. La sua disponibilità e cortesia sono state proverbiali.

Il controllo della pubblicità sanitaria, cardine della vita professionale di molti medici, ha visto in questa sua attività un approdo sicuro per evitare errori e un ausilio prezioso per la messa a punto delle risorse professionali di ciascuno.

Noi rammenteremo il suo sorriso, le sue premure; aspetti tutti che rendono i rapporti interpersonali piacevoli e proficui.

Speriamo in tutti questi anni di essere stati per lei compagni di viaggio amichevoli quanto lei è stato per noi.

Ci auguriamo di rivederla, di tanto in tanto, quando ne

avrà voglia, per scambiare "le quattro chiacchiere" e per bere un caffè nella solita serena e buona armonia.

Usi il suo tempo per se stesso dopo averne dedicato tanto agli altri!

E dunque buona vacanza, Mario e arrivederci a presto.

Le due "Anna", Antonella, Federica, Simonetta, Antonino Addamo, Lodovico Arginelli, Marco Baraldi, Luigi Bertani, Giovanni Bertoldi, Francesca Braghiroli, Mario Caliendo, Carlo Curatola, Adriano Dallari, Nicolino D'Autilia, Roberto Gozzi, Azzurra Guerra, Beniamino Lo Monaco, Giacinto Loconte, Vincenzo Malara, Paolo Martone, Roberto Olivi, Michele Pantusa, Mario Provvionato, Stefano Reggiani, Francesco Rivasi, Francesco Sala, Laura Scaltriti, Marisa Zanini.

E infine la dedica del nostro poeta Lodovico Arginelli



## A MARIO CUN AFET

*Mirri, braz destr'ed Mari.  
Gh'è Mirri, anzi Mari?  
Givn' i dutòr ignàri.*

*Chèlem, anch s'al vasèva,  
cun zampòur vèin e cudghèin  
carghèe in dal maturèin,  
ch' a-l purtèva a la gèint  
per count dal só presidèint.*

*Beato fra le donne,  
al cur'iva de-d zà e de-d là,  
sèimper pròunt a dèr 'na man.*

*Come cal dè ch' anvéva  
"mi compri le catene?"  
chiese l'Anna, per bene.*

*Al valé in maturèin  
al fèr la cumisòun  
mo per al giaz d'la strèda  
al casché a cal busòun.  
Agh gé un ch' a pasèva  
bèimo de só càschet anch  
cun él cadèin da néva?*

*Figlio d'arte ed Petrèla,  
a l'Ordin l'ha vést ed tòtt*

*fin di bròt dventèr piò bròt  
mo mai e po' mai  
presidèint in stanèli.*

*Ma la vètta l'è l'anga  
chèr al me segretàri,  
se per chès a suicidrà  
quel d'sicùr a cambiàrà.*

*At salut Mirri Mario,  
piò targhi, piò parcèli,  
sol l'òra d-n' umberlòun  
per gòdret la pensòun.*

