

BOLLETTINO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA

NON NASCONDIAMOCI DIETRO UN DITO

RIFLESSIONE SEMISERIA SUL CETO MEDIO (IL PRESIDENTE);

L'ETICA DELLE ISTITUZIONI CHE SI OCCUPANO DI SALUTE (A. GUERZONI);

L'INCENERITORE DI MODENA TRA CONOSCENZA ED AZIONE, OVVERO TRA SCIENZA, POLITICA ED ETICA. IL PRINCIPIO DI PRECAUZIONE. (P. LAURIOLA).



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

www.ordinemedicimodena.it

Direttore Responsabile

Dott. Nicolino D'Autilia

Iscr. Trib. MO N° 83 del 28/6/52

Editore

Ordine dei Medici Chirurghi e
Odontoiatri di Modena

Comitato di Redazione:

dr L. Arginelli - dr L. Bertani

dr M. Cinque - dr C. Curatola

dr A. Dallari - dr P. Martone

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

Realizzazione Editoriale:

Pol. Mucchi - Via Emilia Est, 1525 - Modena

Tel. 059/374096 - Fax 059/281977



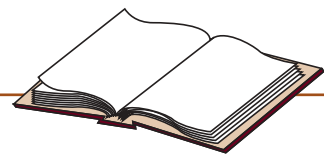
EDITORIALE	4
LETTERE ALLA REDAZIONE	6
ATTIVITÀ DELL'ORDINE	9
NORMATIVA	10
L'OPINIONE	11
DI PARTICOLARE INTERESSE	14
A PROPOSITO DI... ..	19
NEWS	20
ARTE E DINTORNI.....	21
BIBLIOTECA	22
CORSI, CONVEGNI E CONGRESSI	24
TACCUINO	26

In copertina:

"Interno del tempio di Poseidone a Paestum"
di Antonio Joli - olio su tela - cm 76,5x103

NON NASCONDIAMOCI DIETRO UN DITO

RIFLESSIONE SEMISERIA SUL CETO MEDIO



La recente approvazione della legge Bersani ha portato alla ribalta in modo piuttosto deciso il tema del cosiddetto ceto medio. Intendiamoci, non che non se ne parlasse anche in altre occasioni: dibattiti pubblici, contributi sui giornali, libri di esperti. Lo si è inoltre citato a lungo prima delle recenti elezioni politiche quando ciascuno dei due poli cercava di tirarlo per la giacchetta dalla propria parte. Non sappiamo in realtà chi dei due sia riuscito nell'intento ma questo dato non ha molta importanza alla luce degli ultimi avvenimenti.

E non vorrei nel contempo che qualcuno pensasse che queste mie poche righe fossero l'ennesimo piagnisteo sul tema delle tasse o della fiscalità come di suole dire oggi con un eufemismo. Non è così.

La riflessione che ritengo sia opportuno fare tutti insieme, medici e relative famiglie, è se oggi il medico è ancora un rappresentante titolato del cosiddetto ceto medio. Personalmente ho l'impressione che non sia più così.

Presumibilmente, ma l'analisi sociologica non rientra nelle mie competenze, il ruolo che abbiamo sempre ricoperto nella società non ci appartiene più. E questo per diversi motivi, primo fra tutti l'aumento vertiginoso del numero dei laureati in Medicina negli anni settanta e ottanta ma anche lo svilupparsi di un sistema pubblico, il Servizio Sanitario Nazionale, che di fatto ha profondamente modificato l'esplicitarsi di un ruolo professionale come quello del medico, tradizionalmente connotato da una impronta "liberale", con un più stretto rapporto di tipo interpersonale con il paziente sia nell'esercizio in ospedale che in quello in ambulatorio. La nuova strutturazione di una dipendenza e/o di una convenzione del medico con il Servizio pubblico ha creato le condizioni per la crescita di una cultura differente e maggiormente centrata sui bisogni della collettività, privilegiando temi come l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse sia in campo diagnostico che in quello terapeutico. Ma il professionista non era (e non lo è tuttora) stato formato dall'università in questi speci-

fici ambiti ed ha vissuto con estremo disagio il cambiamento per molti versi epocale dello stato delle cose.

Ma questo cosa c'entra con il ceto medio? C'entra eccome visto che, a mio parere, il professionista è stato per così dire inglobato dal "sistema" che ne ha determinato per molti versi un mutamento di ruolo, attribuendo, come era ed è naturale, maggiore enfasi al complesso piuttosto che al singolo. Ed il medico in questo cambiamento ha perso il privilegio di un'appartenenza, quella al ceto medio appunto, con tutti i relativi privilegi e rischi.

Non vi è dubbio, in questo senso, che dovendo le retribuzioni di questi professionisti rientrare a pieno titolo nel grande contenitore del "Servizio" il loro peso specifico si sia progressivamente ridotto. E quando parlo di peso intendo sia quello decisionale che risente pesantemente di indirizzi finanziari nazionali e regionali particolarmente vincolanti e di evidenti sovrastrutture burocratiche, sia di quello più semplicemente economico. Quanto a quest'ultimo è sotto gli occhi di tutti la perdita di potere d'acquisto dei medici che trenta anni fa si potevano permettere un tenore di vita consono alla professione esercitata mentre oggi non sempre ricevono emolumenti congrui per mantenere uno stile di vita decoroso.

Anzi, con le recenti disposizioni legislative, siamo finiti nel mare magnum dei "sospetti evasori" fiscali. Francamente non possiamo accettare una simile impostazione!

Non rappresentiamo più il ceto medio, inteso nel senso maggiormente percepito dalla società, cioè di professionisti che valorizzano il loro sapere, saper fare e saper essere mettendolo a disposizione dei cittadini e ricevendone, se meritevoli, adeguato riconoscimento.

Dobbiamo per questo ripensare al nostro ruolo nella Società e se in futuro ci possiamo ancora permettere di non essere veri punti di riferimento per i cittadini.

Il presidente

CONVEGNO ENPAM

Modena

31 marzo 2006

Per saperne di più sul tuo futuro previdenziale...



**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.*

FUNZIONI DI MEDICINA NECROSCOPICA

RIMOSTRANZE



Il giorno incidentalmente un intervento del dr. Ascari, medico di medicina generale in Cavezzo, pubblicato sul Bollettino n. 9 / 2006: quale Direttore della Struttura complessa di Medicina legale presso il Policlinico di Modena (che svolge per convenzione con l'AUSL di Modena il servizio di Medicina necroscopica sul territorio della provincia) mi corre l'obbligo di alcune precisazioni, che, stante il loro interesse pubblico e non personale, chiedo vengano pubblicate integralmente.

Non si condivide preliminarmente -perché non onorevole ed inappropriato- il tono della missiva, tra il polemico (maldestre e non meglio precisate accuse di *'ricatto che si qualifica da solo'*; suppongo dei nostri Necroscopi in preteso danno dei MMG); il vittimismo (sedicente vittima di gravi soprusi), e lo pseudo-ironico (*"medico di campagna versus Medicina legale: zero a due sicuro"*): il tono esprime una concezione non accettabile, perché fortemente distorta, dei rapporti collaborativi del MMG verso le esigenze di sanità pubblica (deontologicamente tanto più grave in quanto riferita al particolare momento di una morte in famiglia nel bilancio con un preteso diritto al riposo).

Nel merito dei contenuti, occorre poi ribadire i termini reali e legali del problema, peraltro già esaurientemente e ripetutamente trattati nel Bollettino nel recente passato (cfr. articoli di De Palma A.; Pelosi S. et al., ecc.).

A. Il Medico necroscopo (che a Modena opera per convenzione nell'ambito del Servizio di Medicina legale del Policlinico per 365 giorni all'anno [Natale, Capodanno, Pasqua, Ferragosto e feste comandate]), è Pubblico Ufficiale incaricato a sensi del vigente Regolamento di Polizia Mortuaria, di constatare la realtà della morte dei deceduti sul territorio.

B. A tal fine è previsto che, accanto ad apposito certificato da lui compilato in esito a visita cadaverica (per

l'appunto, "certificato necroscopico"), sia necessaria anche la c.d. "scheda ISTAT sulle cause di morte", che può/deve essere compilata da qualunque medico abbia conoscenza delle cause stesse (possibilmente -annotava opportunamente la dr.a De Palma- evitando diagnosi pleonastiche di una *'morte per arresto cardiaco'*, che non sono giustamente accettate dagli Uffici di stato civile, rappresentando l'arresto cardiaco ovvio epilogo di qualsiasi morte). La figura più idonea a compilare la scheda ISTAT è quindi usualmente il medico di base perché, meglio di ogni altro, dovrebbe conoscere gli antecedenti clinici del proprio assistito defunto (può tuttavia compilarla qualsiasi altro medico, anche amico di famiglia, cui le cause di morte siano note). Va in proposito chiarito:

- 1] che per legge la scheda ISTAT deve essere compilata entro le 24 ore dal decesso;
- 2] che essa è requisito certificativo richiesto dagli Uffici di Stato civile e di Igiene pubblica indispensabile per procedere alle esequie (meglio note come 'funerali');
- 3] che in una corretta gerarchia degli ordinamenti il rifiuto alla sua compilazione da parte di chi abbia titolo e/o possibilità di compilarla, costituisce omissione passibile di segnalazione all'Autorità giudiziaria, al di là di ogni profilo contrattual-sindacale.

C. Su tali presupposti, il Necroscopo (che è Pubblico Ufficiale), incaricato di perfezionare la pratica amministrativa relativa al decesso di un cittadino, ha tre possibilità:

- 1] validare (facendo propri) i contenuti della scheda ISTAT compilata dal Curante secondo scienza e conoscenza (è quanto avviene nella maggior parte dei casi);
- 2] compilare lui, sotto propria responsabilità, la scheda ISTAT, sulla scorta di documentazione medica esaustiva (cartelle cliniche, ad es.) a lui fornita dai familiari;

3] oppure infine (nei casi in cui non vi sia alcun Sanitario in grado di compilare la scheda ISTAT o manchi documentazione clinica probante delle possibili cause di morte), richiedere il "riscontro diagnostico" sulla salma (più noto come 'autopsia'): è in esito alle risultanze dell'autopsia che il Necroscopo potrà legittimamente lui stesso compilare a ragion veduta la scheda ISTAT (lo stesso percorso in ambito ospedaliero spetta all'Anatomo-patologo, su richiesta del Clinico che non sia in grado di conoscere le cause della morte d'un degente defunto): non è in alcun modo pensabile che il Necroscopo, per qualsivoglia motivo, si assuma la responsabilità di una falsa certificazione o attesti realtà cliniche a lui sconosciute (tanto meno per tutelare il 'riposo' del MMG).

L'esecuzione del riscontro diagnostico (numericamente minima nella casistica di mortalità provinciale territoriale, perché incide fra il 2 ed il 3 % delle visite necroscopiche di un anno), è quindi resa indispensabile in tutti i casi in cui manchino notizie sulla *causa mortis*, ovvero manchi la scheda ISTAT debitamente compilata (in alcuni casi è lo stesso Curante coscienzioso, interessato a conoscere le cause della morte del proprio assistito, a incoraggiare il riscontro (e, chiedendolo, anche per interesse dei congiunti, a parteciparvi).

Va da sé, quindi, che nei casi in cui l'evenienza di un'autopsia non sia gradita ai congiunti, il Necroscopo spieghi doverosamente ai familiari (le Imprese di onoranze funebri lo fanno benissimo) i motivi per cui esso si debba fare; o, in alternativa, i percorsi legittimi attraverso cui evitarlo: nessun ricatto, quindi, al MMG; ma solamente doverosa informazione sociale e *pietas*, rivolte a chi -una volta tanto- abbia un morto in casa (il dr. Ascari, sull'argomento e sugli effetti di eventuali renitenze, può eventualmente documentarsi presso la Procura della Repubblica).

È di tutta evidenza, quindi, che la scelta del MMG se rispondere o meno durante il suo periodo di riposo (esclusivamente fondato su una convenzione contrattuale-sindacale) a tale legittima richiesta dei congiunti (o dell'Impresa di onoranze funebri per conto di essi) è tutta e solo sua, della sua coscienza e del suo senso civico. Nessuno, nell'ora del riposo, può aiutarlo, nemmeno il Necroscopo (che quando lo 'disturba' non è

ovviamente a riposo). In proposito, farebbe piacere conoscere che cosa in questi casi il dr. Ascari vorrebbe che il Necroscopo facesse per piacergli: certificare il falso in vece sua? rinviare il funerale al primo giorno lavorativo (col morto in casa per uno o più giorni)? convincere i familiari che il riposo convenzionale-sindacale del loro medico è più sacro del riposo eterno del loro congiunto? In proposito, è quindi bene che ciascuno, di fronte alla norma ed al lutto di una famiglia, faccia le sue graduatorie di valori e si assuma -forti e chiare- le proprie responsabilità, senza piagnistei, vittimismo e senza nascondersi dietro a un dito.

Va sottolineato, a onor del vero, che il sottoscritto, responsabile del Servizio, ha in genere sempre riscontrato grande collaborazione e comprensione nella categoria dei MMG (di molti dei quali ha l'onore della loro amicizia e stima); per essi, in genere, il sacrificio *una tantum* di una certificazione a favore dell'assistito defunto in occasione del proprio riposo, è comunque evenienza assai rara (anche se va chiarito che, in proposito, non vi è obbligo di pronta disponibilità). Di fronte all'eccezionalità di simili frangenti (ed ai correlati e non sempre graditi obblighi di legge) il sottoscritto può pubblicamente dichiarare la grande disponibilità umana ed etica della maggior parte dei MMG, in un'ottica che, quando presenti nella gravità dell'ora, non può -ad avviso dello scrivente- essere quella, puntigliosa e gretta, di far prevalere un preteso diritto contrattuale-sindacale sulle comprensibili esigenze di una famiglia col morto in casa: come si discorreva recentemente in proposito con un paio di Consiglieri dell'Ordine, è infatti una questione di 'pietas' e di 'buon senso' (se non di stile), prima ancora che di legge.

Per inciso, infine, lascia perplessi (culturalmente e scientificamente) che il dr. Ascari (medico), ritenga il riscontro diagnostico "*un'atrocità*": esso è una realtà prevista dalla legge (pertanto, non da perseguire ad ogni costo, ma da fare e basta quando necessario e previsto): utile per il Curante (che ne abbia la curiosità intellettuale) quale momento di conferma del proprio agire clinico; utile socialmente per i profili statistico-epidemiologici e per i possibili contributi clinici e scientifici alla conoscenza delle malattie; importante occasione di trasparenza per i congiunti (forse temuta?). Per lui, evidentemente, solo una seccatura.

Di certo, il Medico necroscopo non va a caccia di autopsie; di certo, non ne trae guadagni. E la redazione di una scheda ISTAT da parte del Curante non è una graziosa concessione che gli viene fatta dal Collega, bensì -se mai- un atto di comprensione per i familiari del morto (anche se, magari, legalmente dovuto). In tal senso, le riserve mentali che il dr. Ascari fonda sulla prioritaria esigenza del "diritto di godere indisturbato del suo periodo di riposo" rendono assai posticcio e strumentale l'auspicio manifestato di un preteso "rapporto di fiducia fra medico e paziente", pronto ad essere messo in discussione (per colpa di un Necroscopo cattivo!) le rare volte che c'è bisogno di un atto di cortesia. Quanti medici ospedalieri si trattengono in reparto (gratis) dopo una notte di guardia o dopo l'orario contrattualmente dovuto? Quanti medici di Medicina generale impiegano il loro riposo per 'fare un giro' dai loro malati più bisognosi o rispondere ad una richiesta d'aiuto urgente?

Ha però, forse, ragione il dr. Ascari quando riconosce che, alla base di tali problemi, vi sono tra l'altro possi-

bili "...carenze normative": magari -perché no?- prevedendo un congruo "pagamento" per tali sporadiche seccature fuori orario, si risolverebbe ogni sua angustia, con buona pace di tutti. Nel frattempo, però, ove non bastassero i ripetuti articoli del Bollettino sul tema, gli suggerirei una piacevole ed utile lettura su norme e concetti: *De Fazio F., Medicina necroscopica, Masson ed, 1997.*

G. Beduschi

Preghiera alla Redazione: nel presupposto di aver fornito doverose risposte tecniche alle inquietudini del dr. Ascari (che auspica addirittura un forum di opinioni nel Bollettino, degno, a mio avviso, di miglior causa), il sottoscritto dichiara che sull'argomento (a meno di non esserne richiesto da Pubblica Autorità o ricorrendone estremi di rilevanza giudiziaria) non vorrà più tornare: de hoc satis. Anche per non fare -come si suol dire- "di una mosca un elefante".

Il nuovo periodico gratuito di annunci di lavoro della provincia di Modena



da fine novembre
cercolo nella tua città

tel. 059 7702525

lamelalavoro@fastwebnet.it



è una creazione



SEDUTA DI CONSIGLIO DIRETTIVO

lunedì 25 settembre 2006

Il giorno lunedì 25 settembre 2006 - ore 21,30 - 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), D.ssa Azzurra Guerra, Dott. Beniamino Lo Monaco, Dott. Paolo Martone, Dott. Michele Pantusa, Dott. Stefano Reggiani, Prof. Francesco Rivas, Dott. Francesco Sala, D.ssa Laura Scaltriti

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

1. approvazione verbale seduta di Consiglio del 28 agosto 2006;
2. variazioni agli albi professionali;
3. comunicazioni del presidente;
4. primi criteri applicativi del Decreto Bersani in tema di:
 - pubblicità sanitaria
 - opinamento parcelle
 - adempimenti amministrativi
 - altro
5. pubblicazione del Dr. Addamo: modalità di stampa e di invio agli iscritti;
6. registrazione logo dell'Ordine;
7. delibere amministrative (Addamo);
8. delibere pubblicità sanitaria;
9. varie ed eventuali.

ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
CIARAVELLO	ANTONIO	6031
GEORGIOULOPULOU	ELENI	6032

Iscrizione per trasferimento

D'APOLLO	NICOLA	6033
METAJ	ENVER	6034

Cancellazione Albo Medici per trasferimento

CHILLEMI	SALVATORE	1614
GALANTINI	LUIGI	1441
GRANDE	ALEXIS	4551
SOLA	MAURO	1113
ZACCARDO	ANNA	5758

ALBO ODONTOIATRI

Prima iscrizione		N. Iscriz.
PETRONIATIS	SAVVAS	686
SCOLAVINO	ALESSANDRO	687
Iscrizione Contemporanea Albo Odontoiatri		
COZZA	CARLO	688

SEDUTA DI COMMISSIONE

ALBO ODONTOIATRI

martedì 5 settembre 2006

Il giorno martedì 5 settembre 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, Prof. Mario Provvigionato.

1. Approvazione verbale del 18.7.2006;
2. Comunicazioni del Presidente;
3. Decreto Bersani: prime valutazioni;
4. Autorizzazioni: stato dell'arte;
5. Opinamento eventuali parcelle odontoiatriche;
6. Varie ed eventuali.

ESPERTI QUALIFICATI IN MATERIA DI RADIAZIONI IONIZZANTI

Riceviamo spesso richieste di nominativi di medici in possesso del titolo previsto dal D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 230 "attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 92/3/Euratom e 96/29/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti".

Nel nostro albo abbiamo solo 2 nominativi. Si ricorda pertanto ai colleghi in possesso di questi requisiti di segnalare i titoli presso il nostro Ordine.

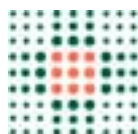
Si riporta il testo degli articoli 78 e 88 del D.Lgs sopra citato:

78. Abilitazione degli esperti qualificati: elenco nominativo.

1. Con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, è istituito, presso l'Ispettorato medico centrale del lavoro, un elenco nominativo degli esperti qualificati, ripartito secondo i seguenti gradi di abilitazione:
 - a) abilitazione di primo grado, per la sorveglianza fisica delle sorgenti costituite da apparecchi radiologici che accelerano elettroni con tensione massima, applicata al tubo, inferiore a 400 KeV;
 - b) abilitazione di secondo grado, per la sorveglianza fisica delle sorgenti costituite da macchine radiogene con energia degli elettroni accelerati compresa tra 400 keV e 10 MeV, o da materie radioattive, incluse le sorgenti di neutroni la cui produzione media nel tempo, su tutto l'angolo solido, sia non superiore a 104 neutroni al secondo;
 - c) abilitazione di terzo grado, per la sorveglianza fisica degli impianti come definiti all'articolo 7 del capo II del presente decreto e delle altre sorgenti di radiazioni diverse da quelle di cui alle lettere a) e b).
2. L'abilitazione di grado superiore comprende quelle di grado inferiore.
3. Con lo stesso decreto di cui al comma 1, sentita l'ANPA, sono stabiliti i titoli di studio e la qualificazione professionale, nonché le modalità per la formazione professionale, per l'accertamento della capacità tecnica e professionale richiesta per l'iscrizione nell'elenco di cui al comma 1 e per l'eventuale sospensione o cancellazione dal medesimo, fermo restando quanto stabilito all'articolo 93 per i casi di inosservanza dei compiti.

88. Elenco dei medici autorizzati.

1. Con decreto dei Ministri del lavoro e della previdenza sociale, della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, istituito, presso l'Ispettorato medico centrale del lavoro, un elenco nominativo dei medici autorizzati.
2. All'elenco possono essere iscritti, su domanda, i medici competenti ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 che abbiano i requisiti stabiliti ai sensi del comma 3 e che dimostrino di essere in possesso della capacità tecnica e professionale necessaria per lo svolgimento dei compiti inerenti alla sorveglianza medica della protezione dei lavoratori di categoria A.
3. Con lo stesso decreto di cui al comma 1, sentita l'ANPA, sono stabiliti i requisiti per l'iscrizione all'elenco e le modalità per la formazione professionale, per l'accertamento della capacità tecnica e professionale e per l'iscrizione all'elenco stesso, nonché per l'eventuale sospensione o cancellazione da esso, fermo restando quanto stabilito all'articolo 93 per i casi di inosservanza dei compiti.



L'ETICA DELLE ISTITUZIONI CHE SI OCCUPANO DI SALUTE

Caro D'Autilia, recentemente sulla stampa locale e nazionale sono comparsi dei titoli molto eloquenti *“Caso Barbolini, fredda sentenza su cui riflettere...Sono malato, mi negano l'ultima speranza...Cura negata a malato gravissimo...La battaglia è persa, una sentenza di morte...”*.

Sento il bisogno di condividere con te questi delicati aspetti della nostra professione che riguardano la bioetica, considerata la tua nota sensibilità al tema e di proporla alla riflessione di tutti i Colleghi, non per trovare risposte certe che, so, essere difficili, ma per sentirmi partecipe di quel patrimonio di sensibilità e umanità che, come medici, siamo chiamati nei nostri comportamenti quotidiani, a testimoniare. Mi spinge a farlo il bisogno che sento, innanzitutto come persona e, poi, anche come Direttore Sanitario dell'Azienda Sanitaria di Modena.

In una società sempre più tecnologica come la nostra, la medicina viene sovente investita di aspettative che, nella maggior parte dei casi, si rivelano eccessive o non realistiche. La malattia e la morte sembrano perdere il loro antico significato del limite della vita, sostituito da fantasie d'immortalità. Ecco spiegarsi la fragilità che ci appartiene, rispetto alla malattia e che ci impedisce di accettare o, almeno, attenuare l'inquietante consapevolezza della fine della vita. Ecco spiegarsi la nostra ridotta tolleranza alla sofferenza. Ecco spiegarsi la facilità con cui si passa, a volte, ad accusare la “sanità” come apparato o sistema incapace di garantire questo desiderio, ritenuto legittimo, d'immortalità.

La medicina moderna ha ottenuto successi straordinari in termini d'aumento delle aspettative di vita che vanno dai trapianti alla genetica, dalla fecondazione artificiale alle nuove frontiere della diagnostica e della chirurgia. Ma, purtroppo, non ha ancora sconfitto la morte. La sclerosi laterale amiotrofica conosciuta anche come Morbo di Gehrig, dal nome

di un famoso giocatore statunitense di baseball che fu la prima vittima accertata di questa patologia, non ne è che uno dei tanti esempi. Dietro questa terribile malattia c'è anche il dramma dei pazienti e dei loro familiari. Un dramma che ci scopre vulnerabili anche come medici e ci rivela le paure della malattia che invano cerchiamo di rimuovere dalle nostre vite, dominate dalla fretta e dai frenetici ritmi lavorativi.

Presto o tardi, tutti ci ammaliamo. Il corpo o la mente ci tradiscono. Proviamo dolore e soffriamo sia direttamente a causa delle malattie, sia indirettamente a causa delle paure legate al pensiero di come esse segneranno la nostra vita e quella dei nostri cari.

Questi vissuti ci hanno lasciato segni indelebili, ma a volte, ci hanno anche fatto crescere e reso delle persone migliori. La partecipazione emotiva, non deve però eclissare e offuscare il senso e il dato di realtà. La sclerosi laterale amiotrofica rimane, purtroppo, una malattia irreversibile, ancora senza cure e senza terapie veramente efficaci.

Un'informazione caratterizzata da certo “sensazionalismo” giornalistico spesso tende a far credere nell'immediata applicabilità ed efficacia di nuovi farmaci o di nuove scoperte nel campo della medicina. L'etica delle istituzioni che si occupano di salute, invece, deve rifuggere dalla spettacolarizzazione delle notizie in nome di ciò che è bene fare e, non fare, nel solo ed esclusivo interesse dei pazienti. Purtroppo, sovente, il tempo della scienza che deve verificare la validità dei suoi strumenti non corrisponde al tempo delle persone ammalate che vorrebbero provare, al più presto, i benefici di questi strumenti. Ma una cosa è l'evidenza scientifica, altra è la speranza. Generare false speranze sulla scoperta di nuovi farmaci per una patologia così grave contrasta con quei principi deontologici di scienza e coscienza che ci devono sempre guidare nella cura e nell'assistenza

alle persone. L'immane scoperta da parte del paziente che si trattava solo di novità scientifiche non risolutive o proiettate in un futuro, ancora troppo lontano da venire, è causa di ulteriore frustrazione e rabbia in lui e nei suoi familiari e, di sfiducia, verso i sanitari che lo hanno in cura e verso le istituzioni che si occupano di salute.

Mi meraviglio di come, a volte, queste drammatiche vicende vengano affrontate in modo così superficiale anche da parte di alcuni medici che illudono i pazienti in questo modo. Così facendo, si finisce per dare la sensazione alle persone che si avviano verso la fine della loro vita, a causa di una grave malattia, di non aver avuto la possibilità di beneficiare delle cure più efficaci attualmente disponibili. Sento come tanti Colleghi una vulnerabilità nel guardare con disincanto a questa vicenda umana così drammatica e lacerante, ma forse starei peggio se rimanessi in silenzio.

Ho scelto di non esprimere il mio pensiero pubblicamente, per non condizionare ulteriormente un clima già teso e, per un profondo rispetto, verso la posizione e le decisioni assunte dalla persona colpita da questo terribile male e dalla sua famiglia che, per la richiesta del farmaco hanno fatto un'autonoma scelta di campo, preferendo la via giudiziaria, ovviamente legittima, rispetto a quella di rivolgersi direttamente al servizio sanitario. Ho scelto di esprimere solo ora il mio pensiero, dal momento che si è anche completato l'iter giudiziario con la sentenza del tribunale che rigetta il ricorso per la distribuzione gratuita a carico del SSN del farmaco Igf1, in quanto ritenuto non efficace e non indispensabile nella cura della sclerosi laterale amiotrofica, rispetto ai farma-

ci già inclusi nel nostro prontuario terapeutico nazionale. Prendo atto della sentenza, di cui non entro nel merito anche perché le sentenze si rispettano e non si giudicano, essendo già previste allo scopo delle modalità di garanzia e di tutela che permettono al cittadino di far valere le proprie ragioni e i propri diritti nelle sedi opportune. Come Azienda Usl del resto, ci saremmo comunque attenuti alle disposizioni del tribunale, qualunque esse fossero state.

Al di là delle solite polemiche e delle futili strumentalizzazioni di queste settimane, questa vicenda deve farci, ancora una volta, riflettere.

Una medicina etica ed efficace terrà sempre presenti queste verità, promuoverà il progresso, senza infatuarsi e senza dimenticare l'intrinseca fugacità della condizione umana.

Una medicina etica combatterà le malattie nella consapevolezza che il suo compito non è di garantire l'immortalità, ma di aiutare le persone a vivere, il più possibile, una vita serena nell'arco di un tempo finito che è dato loro vivere. Per poter far fronte a queste responsabilità abbiamo bisogno di cultura, di un confronto aperto delle opinioni, di un contesto medico, sociale e politico che rispetti le scelte e la dignità degli uomini.

Quando parliamo di salute e di sanità dobbiamo concorrere tutti a salvaguardare la centralità e il rispetto della dignità della persona umana. In un'aula di un tribunale come in una stanza di degenza.

Sempre.

A. Guerzoni

Direttore Sanitario dell'Ausl di Modena

L'impossibile chiedilo alle fate...



Numero Verde
800-205040

...per tutto il resto

c'è **FragolaBlu**

il prestito personale
di Banca popolare
dell'Emilia Romagna

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

rapidità e facilità di erogazione

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



**Banca popolare
dell'Emilia Romagna**

GRUPPO BANCARIO Banca popolare dell'Emilia Romagna

www.bper.it

La banca per la famiglia

Tutti i messaggi pubblicitari contenuti nel presentamento 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.

Consenso 06

LA VERITÀ SUI TUMORI IN CIFRE

OVVERO FACCIAMO UN PO' DI CHIAREZZA...

Negli ultimi mesi, dopo la pubblicazione del nostro documento sull'inceneritore, si sono susseguite prese di posizione scientifiche e pseudotali come è naturale che avvenga ogniqualvolta si scende in campo e si toccano interessi forti. Interessi di tutti, per intenderci. Si sono sentite cose interessanti ed altre "fuori da ogni grazie di Dio", avrebbe detto mia madre.

Per cercare di fare un minimo di chiarezza abbiamo consultato il **Rapporto 2006 dei registri dei tumori italiani**, pubblicazione di indiscusso riferimento in campo nazionale nell'ambito delle patologie neoplastiche.

E i numeri parlano chiaro.

- **L'incidenza dei tumori in Italia è in aumento**
- **Ogni anno si stimano oltre 250.000 nuovi casi di tumore**
- **1 uomo ogni 3 e 1 donna ogni 4 hanno la possibilità di avere una diagnosi di tumore**
- **Negli uomini l'incidenza del tumore della prostata è in costante aumento (+94%) e nelle donne quello della mammella e del polmone sono in crescita (del 29 e del 23%)**
- **La mortalità per tumore diminuisce: negli uomini il principale responsabile è il cancro del polmone (28,3%) nelle donne quello della mammella (17,1%)**
- **Il numero assoluto di decessi per tumore è ancora in aumento (aumento degli anziani !)**

Nella prefazione Donato Greco, direttore generale prevenzione – centro nazionale prevenzione e controllo delle malattie – CCM presso il Ministero della Salute, ha dichiarato: "la prevenzione del cancro è un investimento vitale per il paese. Essa è possibile perché esistono interventi capaci di aiutare la gente a fare scelte salutari: mangiare sano ed evitare di fumare prima di tutto. **E poi ridurre le esposizioni a cancerogeni ambientali.** Incluso le esposizioni professionali. Omissis."

Chiaro?

Si direbbe proprio di sì. Ma per qualcun altro forse non troppo. Qualcuno che a Modena cerca di minimizzare il rischio dell'esposizione ai fattori cancerogeni come quelli derivanti dalle emissioni degli inceneritori.

Non ci è mai piaciuto fare polemica per il gusto di trascorrere un po' del nostro tempo peraltro assai prezioso, ma occorre che si dicano le cose con estrema sincerità, ai cittadini come ai medici che cittadini sono anch'essi, con la consapevolezza che sono in gioco i valori più elevati, quelli indicati dalla nostra Costituzione e richiamati dall'OMS. La salute e la sua salvaguardia sono beni non solo singoli ma anche e soprattutto della comunità che ad essi destina ingenti risorse.

Quando parliamo di neoplasie, amministratori e medici, siamo prudenti, non scherziamo col fuoco.

Il presidente

Per saperne di più: www.registri-tumori.it

L'INCENERITORE DI MODENA TRA CONOSCENZA ED AZIONE, OVVERO TRA SCIENZA, POLITICA ED ETICA

IL PRINCIPIO DI PRECAUZIONE

L' intenzione di raccogliere le riflessioni che seguono è nata dalla lettura di due sintetici, ma efficacissimi articoli comparsi uno sulla stampa ambientalista divulgativa¹ l'altro su quella generalista².

Nel primo si sottolineava un dato sostanziale delle società moderne: la crisi del ruolo della scienza e della tecnologia che si accompagna ad una profonda crisi della rappresentanza politica. Scienza e tecnologia, nell'opinione comune, non sono più in grado di offrire le certezze e le sicurezze di un tempo. Siamo nel cosiddetto "crepuscolo delle probabilità" secondo la dizione di un importante libro di Paolo Vineis³ che di seguito verrà ripreso estesamente. D'altra parte i tradizionali canali di rappresentazione e di aggregazione (istituzioni, partiti, sindacati e le stesse religioni) sono in profonda crisi di identità e di legittimazione. Queste considerazioni rappresentano una chiave di interpretazione delle difficoltà connesse con le decisioni e il consenso in tema di scelte complesse, situazione questa che rappresenta sempre più uno dei problemi emergenti nella nostra democrazia. In tale contesto la riflessione e le argomentazioni etiche possono essere un effettivo sostegno nella ricerca del bene comune.

Nel secondo articolo invece si partiva dalla constatazione che scienza, economia e tecnologia si condizionano fortemente l'un l'altro, e che se in linea teorica è vero che la scienza può diventare l'etica della economia e della tecnica ("*Scientia est potentia*", Ba-

cone), "i condizionamenti tecnici ed economici, che limitano l'esercizio di questo potere, obbligano la scienza a cercarsi un altro alleato che può trovare, come vuole l'indicazione di Platone, nella «politica» intesa in senso alto...".

Su queste basi, penso che sia gli spunti sopra accennati e i successivi possano essere utili per focalizzare un tema che tutta la società modenese sta discutendo, ed in particolare i medici, quale è quello connesso con la proposta di potenziamento dell'inceneritore da parte di Hera (prima Meta). Non ho certo l'ambizione di dare delle risposte definitive ai tanti dubbi sull'argomento, ma vorrei cimentarmi nel dare qualche elemento di riflessione, discussione e forse di giudizio.

Per dare un senso più facilmente comprensibile (leggibile) alle considerazioni che seguiranno, esse verranno presentate come risposte ad una serie di domande che ritengo interessanti per i lettori del Bollettino.

Perché i medici sono interessati a questi problemi?
Perché i medici? Sicuramente perché a parte l'interesse professionale su un tema che ha come *focus* la "salute" e che può quindi variare a seconda della specializzazione dei lettori, penso che il medico, in generale, abbia la caratteristica di essere testimone diretto e per quanto possibile attivo della *sofferenza* (evitandola o alleviandola), e questo non lascia mai

¹ Mascia M. Legittime paure ed egoismi più o meno consapevoli, un aiuto dall'etica. *ARPA Rivista* (2006) 1:14

² Galimberti U. Scienza e Politica patto d'alleanza, *La Repubblica* Mercoledì 23 Agosto 2006, pag 37

³ Vineis P. Nel crepuscolo della Probabilità, *La medicina tra scienza ed etica*, (1999) Biblioteca Einaudi, Torino

indifferenti. Accanto a questo però, occorre ricordare che il tema della medicina che si occupa di sanità pubblica diventa sempre più l'oggetto di un interesse e di una pratica sociale condivisa⁴. Se a questa considerazione si accompagna il dato del CENSIS secondo il quale la fonte informativa principale sui problemi connessi con la salute è il medico (soprattutto quello di famiglia)⁵, ci si rende conto di quanto la competenza scientifica, politica ed etica del medico su temi di rilevanza sociale come quella della qualità dell'ambiente, in riferimento agli effetti sulla salute, è sicuramente cruciale.

Perché scienza ed etica?

Per contribuire a farsi una opinione compiuta sui termini e sulle conseguenze connesse con questi temi occorre però fare chiarezza.

Che rapporto può esserci tra il riconoscimento di un nesso causale e l'assunzione di una decisione o l'attribuzione di una responsabilità morale? Il rapporto è molto più stretto di quanto non appaia. Il problema conoscitivo, la predizione di un intervento (ad es quello medico o quello ambientale) non può essere separato da un problema etico (la liceità di tale intervento)⁶.

Quello del rapporto tra causalità ed etica è un argomento ampiamente affrontato da Simone Weil. In tale contesto secondo la Weil vi è una netta differenza tra *dovere* e *diritto*: la nozione del dovere è incondizionata («non uccidere»), mentre quella del diritto è sempre legata a certe condizioni, comprendendo «la considerazione degli stati di fatto e delle situazioni particolari»⁷. Dal mancato riconoscimento di questa differenza, secondo la Weil, sono nate molte delle contraddizioni della Rivoluzione francese.

La Weil istituisce inoltre un legame tra l'idea guida della scienza moderna – cioè il numero, la forza della quantità -, e il principale modello etico corrente,

l'utilitarismo. A causa del presupposto dominante, quello della forza, la scienza moderna non può amare la verità.

Secondo Gabriella Fiori, autrice di una biografia su S. Weil: «Siamo guidati e illusi dal valore di quantità... La mente schiacciata dalla quantità, giustifica il proprio disagio erigendo a criterio centrale dell'epoca l'efficacia»⁸.

Su quali principi dunque fondare i principi etici sottratti a quelli della forza e della quantità?

Secondo la Weil essi sono l'*equilibrio*, il *rispetto* (interscambio equo tra uomini e con le cose) e il *bisogno di radici*. Tutto questo però nella prospettiva *dell'azione*; la conoscenza non avviene sulla base di astrazioni logiche, ma a partire da un individuo che opera nel mondo e partecipa attivamente alla vita di comunità.

Cosa significa la “valutazione di rischi ambientali”?

Secondo Kristin Shrader-Frechette⁹ si possono identificare due opposte tendenze nella valutazione (stima quantitativa) dei rischi ambientali. La prima quella *scientista*, secondo la quale è possibile una valutazione oggettiva e di validità universale dei rischi. La seconda definibile come *antropologica*, in continuità con la tradizione del relativismo culturale, secondo la quale non solo non è possibile un calcolo oggettivo, ma il concetto di rischio è intriso delle credenze profonde e dei modelli culturali che caratterizzano specifici sottogruppi della popolazione. Si obietta cioè allo scientismo di non esplicitare i *valori* impliciti, di imporre cioè, sotto le mentite spoglie del calcolo razionale (*i fatti*), uno specifico punto di vista ideologico. D'altra parte il relativismo culturale si presta facilmente all'obiezione di irrazionalismo, lasciando la risoluzione dei problemi alle preferenze e ai modelli di ciascun sottogruppo presente nella società.

Secondo Corrado Poli¹⁰ la contraddizione tra scienza e antropologia nel caso dei rischi ambientali, ol-

⁴ Prodromo R., problemi etici in epidemiologia e prevenzione in: *Bioetica e Cultura della Prevenzione* (2002) Apèiron, Bologna

⁵ I 63,6% delle fonti di informazione sono i camic bianchi, il 12,2 il nucleo familiare, il 7,4% gli amici, il 6,4% il farmacista, il 3,6% i colleghi di lavoro, il 30,3% la televisione, il 35,7% la carta stampata (il totale è superiore a 100 perché le risposte non erano mutuamente esclusive) da Rosati E. Il problema dell'informazione in Medicina In: *ibidem*

⁶ Vineis P. pag 47

⁷ Weil S. *La prima radice* (1990), SE, Milano, pag 13

⁸ Fiori S. *Simone Weil. Biografia di un pensiero* (1981), Garzanti, Milano, p 134

⁹ Shrader-Frechette K *Risk and rationality*, (1991), University of California Press, Berkeley

¹⁰ Poli C. *La responsabilità per l'ambiente*, (1994) in "L'Arco di Giano", IV, pp 97-110.

tre al “dilemma fatto/valore” si esplicita in altri quattro aspetti: il dilemma della standardizzazione, quello dei partecipanti, il dilemma *de minimis* e quello del consenso.

Il primo si riferisce all’obiettivo di uniformare le procedure di stima e di valutazione, in modo da “spendere la stessa quantità di fondi per ciascuna vita salvata, nelle diverse situazioni”¹¹. Ma tale uniformità, solo economica, violerebbe il rispetto di valori e criteri di giudizio diversi.

Il dilemma dei partecipanti si riferisce alla definizione di soglie accettabili che si riferisce alla esposizione a singoli fattori ambientali, anche se è noto che il rischio complessivo può essere superiore alla somma dei rischi singolarmente considerati (ad es. fumo di sigaretta ed amianto).

Il dilemma *de minimis* concerne l’abitudine di stabilire le soglie accettabili di esposizione in termini medi per tutta la colazione. La grave omissione è quella di non considerare la distribuzione del rischio, che è sempre ineguale (si concentra nei gruppi sociali più deprivati).

Questo aspetto conduce direttamente all’ultimo dilemma, quello del consenso: l’analisi del rischio sembra mirare ad ottenere capziosamente il consenso della popolazione esposta, attraverso il calcolo apparentemente oggettivo, ma cela contraddizioni e conflitti di interesse.

Per comporre questi differenti approcci l’OMS ha recentemente proposto di scomporre il Principio di Precauzione (vedi dopo) in diversi passaggi, uno dei quali è rappresentato dalla valutazione del rischio (Risk Assessment¹²), cioè la stima quantitativa degli effetti.

Cosa è IL PRINCIPIO DI PRECAUZIONE?

Un po’ di storia ed alcuni concetti fondamentali

Il presidente del *Comité Consultatif National d’Étique* francese ha proposto un’immagine efficace: il riferimento al concetto di precauzione negli ultimi tempi è diventato tanto frequente che si può parlare di “irruzione” del principio di precauzione (PP) nella scienza e nella politica¹⁴.

Il principio di precauzione ha una lunga storia in medicina e in sanità pubblica: il principale obiettivo della sanità pubblica è quello di prevenire le malattie e promuovere la salute, che equivale l’applicazione dei principi di prevenzione e di precauzione¹⁵. La sua prima enunciazione avviene però in Germania negli anni ’70 con il cosiddetto *Vorsorgeprinzip* (letteralmente: principio del preoccuparsi prima). Esso venne preso in considerazione in relazione alle piogge acide, i cambiamenti climatici e l’inquinamento del mare del nord. In tale contesto *Vorsorge* implicava l’uso delle migliori tecnologie per minimizzare l’inquinamento di quella sorgente.

In generale tale approccio viene preso in considerazione quando il danno ambientale non è (ancora) identificabile, o addirittura in assenza di rischio.

La prima enunciazione del PP in ambito internazionale risale al 1972, alla Conferenza delle nazioni Unite sull’Ambiente Umano a Stoccolma, anche se non ne fu data una definizione esplicita.

Nel 1992 nella “Dichiarazione di Rio”, al termine della Conferenza delle Nazioni Unite su Ambiente e Sviluppo al punto n. 15 si dichiara: “Per proteggere l’ambiente si devono applicare largamente misure di precauzione da parte degli stati secondo le loro capacità. In caso di rischi e di danni gravi o irreversibili, l’assenza di certezze scientifiche non deve servire come pretesto per rimandare a più tardi l’adozione di misure efficaci volte a prevenire la degradazione dell’ambiente”.

¹¹ Tra l’altro, come vedremo in seguito, la valutazione quantitativa del rischio quasi mai tiene conto di tutte le variabili: biologiche, ecologiche, sociali, culturali, economiche e politiche che variamente condizionano il realizzarsi di un effetto.

¹² L’EPA, ha introdotto la distinzione tra “valutazione del rischio” (*risk assessment*) e “gestione del rischio” (*risk management*) intendendo con il primo termine le procedure scientifiche di identificazione della natura e dell’entità del rischio (stima) e con il secondo gli aspetti relativi alla regolamentazione, cioè delle scelte politiche. Per ulteriori indicazioni si rimanda a *NAS Risk Assessment in Fed. Governemnet*. National Academy Press, Washinton, D.C. 1983.

¹³ WHO *Dealing with uncertainty: setting the agenda for the 5th Ministerial Conference on Environment and health*, 2009, Report of a WHO Meeting, Copenhagen 15-16 Dec 2005 pg 3.

¹⁴ Petrini C *Bioetica Ambiente Rischio, evidenze, problematicità, documenti istituzionali nel mondo*, (2003), Rubbertino, soneria Mannelli, pag 297.

¹⁵ Pearce N. Public health and the precautionary principle. In: Martuzzi M, Ticker JA. *The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children* (2006) WHO-Europe, Roma.

Più recentemente la Direzione Generale XXIV (La Direzione Generale "Politica dei Consumatori e protezione della loro Salute" ha definito il PP come "un approccio di gestione dei rischi in una situazione d'incertezza scientifica, che esprime l'esigenza di un'azione a fronte di un rischio proporzionalmente grave senza attendere i risultati della ricerca scientifica". La stessa Direzione Generale precisa che il principio di precauzione deve tenere conto non solo dei rischi acuti ma di rischi cronici e per le generazioni future.

Per sottolineare l'importanza di tale "azione" vale la pena ricordare tre situazioni in cui questo principio non è stato applicato e le gravi conseguenze che ne sono seguite:

- 1- La prima è quella dei milioni di bambini che nel mondo hanno sofferto di danni al Sistema nervoso, con danni alle capacità mentali, a seguito della esposizione al piombo presente negli vernici delle pareti, degli smalti e nella benzina.
- 2- Le altre due sono quelle del fumo di tabacco e dell'amianto e i loro (enormi) danni dovuti al ritardo per attendere risultati convincenti sulla loro pericolosità¹⁶.

Prima di parlare di altri aspetti importanti vorrei però subito sottolineare due elementi fondamentali per la comprensione di tale principio e che spiegano il termine "azione" che prima ho usato. Primo che il richiamo al PP implica la necessità di maggiori conoscenze, secondo che occorre comunque fare riferimento a quelle tecnologie su cui si hanno maggiori certezze di sicurezza. In altre parole non implica solo uno sforzo "diagnostico", ma anche soprattutto di proposta. Questo significa che il PP non significa "bloccare un'attività", ma anzi la *responsabilità* di sviluppare altre conoscenze ed eventualmente proposte.

Più specificamente il PP insieme con procedure quali ad es il cosiddetto *Health Impact Assessment* (HIA, cioè la valutazione - anche attraverso simulazioni - degli effetti sanitari) consente di indirizzare, in situazioni di incertezza, verso una decisione che tenga

conto della libertà di iniziativa, della proprietà, dell'equità e della dignità¹⁷. Come detto in precedenza questo spunto (v. rif. Bibl. 12) verrà ripreso nella prossima Conferenza interministeriale su Ambiente e Salute del 2009 a Roma.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'implementazione di una azione precauzionale che sia realmente efficace (ovvero anche economica) che abbia un impatto sinergico (indirizzata su più rischi) può risultare in una situazione cosiddetta "win-win", utile cioè sia per i decisori che per la popolazione in generale. Questo implica incentivi e supporto per la ricerca, sviluppo e innovazione in una prospettiva di tecnologie più sicure e pulite¹⁸.

Da che cosa dipende l'incertezza in ambito scientifico?

Il riconoscere una situazione di incertezza in ambito scientifico è centrale nell'applicazione del PP.

In generale le cause della incertezza in ambito scientifico sono identificabili in tre ordini principali, ma che in effetti, nelle situazioni più complesse, si realizzano in modo non distinguibile tra loro.

- *Incetezza statistica*: è quella più facilmente quantificabile e che, se opportunamente affrontata, può essere sicuramente ridotta
- *Incetezza del modello*: che si realizza quando più di un fattore di rischio opera nel determinare un effetto. In questi casi il modello è costruito facendo riferimento a certe assunzioni e semplificazioni che spesso non tengono conto della vera relazione che lega le diverse co-variate. In effetti questo è tanto più vero quando si considera che il mondo reale è la "confluenza" di sistemi: biologici, ecologici, sociali, culturali, economici e politici. Nessun sistema sperimentale può tenere conto di tutti loro in modo esaustivo e ancor meno può definirne le interrelazioni.
- *Incetezza fondamentale*: altrimenti detta "ignoranza" legata alla complessità e alla unicità/singularità dei sistemi investigati.

¹⁶ Martuzzi M, Tickner J Introduction , In: Martuzzi M, Ticker JA. *The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children* (2006) WHO-Europe, Roma

¹⁷ Pearce N (2004) *ibidem*.

¹⁸ Working Document (EUR/04/5046267/11, 28 April 2004) prepared by WHO Secretariat for the fourth Ministerial Conference on Environment and Health, June 2004.

A questo riguardo vale la pena di ricordare che un'eccessiva preoccupazione per evitare un errore di I tipo (errore β , ovvero quando l'errore deriva dall'aver accettato una associazione e questa non esiste) può aumentare la probabilità di un errore di II tipo (errore, ovvero quando si esclude una associazione e questa esiste). Tale situazione è chiaramente gravissima laddove non si riconosca e quindi non si prevenga un rischio. Questo è tanto più grave quando si pensi che normalmente la maggiore preoccupazione nella ricerca scientifica tradizionale è proprio nell'evitare il primo tipo di errore (il famoso $p < 0,05$).

Che fare quindi?¹⁹

- *Proteggere i sistemi con capacità di recupero*: in generale i sistemi non sottoposti a stress sono più resistenti anche di fronte a forti cambiamenti.
- *Imparare e applicare*: la sperimentazione e il principio di precauzione sono tra loro compatibili quando l'esperimento è condotto su una scala spazio-temporale in cui il PP non è ancora primariamente necessario.
- *Attribuire l'onere della prova a chi sostiene la proposta*: che significa l'onere della *persuasione* e della *responsabilità* e non il semplice escludere la possibilità di poter pervenire a dimostrare l'assoluta sicurezza.
- *Fissare degli obiettivi*: per definire politiche per l'ambiente e la salute
- *Stabilire delle alternative*: che possono essere valutate utilizzando la Health Impact Assessment
- *Adottare un processo trasparente inclusivo ed aperto*: da adottare già dalle prime fasi del processo decisionale. Tale opzione permette la creazione di un rapporto di fiducia tra istituzioni, imprese e cittadini.
- *Analizzare l'incertezza*: in modo esplicito e trasparente

E per il futuro?

L'OMS²⁰ in preparazione alla prossima Conferenza

interministeriale sul tema Ambiente e Salute (che si svolgerà a Roma il 2009) ha lanciato le seguenti proposte di elementi chiave nell'applicazione del PP preso come stima (*appraisal*)

- Coinvolgere la popolazione precocemente sia nella fase di valutazione (previsione) del rischio che di gestione del rischio (*Risk Assessment*)
- Identificare i vantaggi e gli svantaggi di tutte le alternative
- Elevare il livello della documentazione delle prove da parte di tutti
- Attribuire l'onere della prova ai proponenti
- Aumentare la trasparenza: se la decisione non può trovare la propria legittimazione nella scienza occorre ricorrere alla disponibilità (*openness*), all'onestà e a decisioni meditate e condivise tra le parti interessate
- Maggiore attenzione sugli effetti delle decisioni, non solo limitate agli effetti immediati ma anche a quelli più lontani nel tempo.

In conclusione, come detto in premessa, ho cercato di fornire qualche elemento di riflessione sia per chi sta formandosi un giudizio (i medici, i cittadini), ma spero anche per le amministrazioni, cioè per chi, oltre al giudizio, dovrà giungere ad una decisione che deve essere quindi (molto) meditata e condivisa.

P. Lauriola
ISDE (Int. Society Doctors For the Environment)
Sez. di Modena

Si ringrazia per i preziosi suggerimenti
la Dott.ssa Vanna Rinaldi e il Dott. Stefano Bellentani
di ISDE-Modena

¹⁹ Setter T, Raffensperger C Why is a precautionary approach needed? In: Martuzzi M, Ticker JA. *The precautionary principle: protecting public health, the environment and the future of our children* (2006) WHO-Europe, Roma.

²⁰ WHO 2005, ibidem, pag 8.

Nonostante i recenti progressi nelle scienze biologiche, specialmente quelli nell'immunologia, che hanno giocato un ruolo cruciale nel chiarimento dei meccanismi patogenetici dell'eczema, il semplice e da lungo tempo noto Patch Test di Jadassohn e Block rappresenta ancora oggi il più utile presidio in vivo per l'accertamento eziologico di una eventuale Dermatite allergica da contatto (D.A.C.). Più noto come test "dei cerotti", consiste nell'applicazione, sulla cute del paziente, proprio di strisce di cerotti anallergici, forniti di dischetti contenenti gli allergeni da testare. La zona di applicazione più idonea è ritenuta la parte alta del dorso, precisamente quella interscapolare ai lati della colonna vertebrale, a 5 cm dalla linea mediana.

Come primo approccio viene testata una batteria costituita da una ventina di sostanze, presenti nella maggior parte dei prodotti con cui più facilmente si viene a contatto giornalmente.

Il test deve essere applicato solo su cute sana, senza acne, cicatrici o altra patologia cutanea che possa interferire con il risultato. Va evitato durante la fase attiva della dermatite, per il rischio di peggioramento della stessa. È da procrastinare durante la gravidanza e l'allattamento.

L'età non costituisce controindicazione, ma nei bambini è comunque consigliato in caso di fondato sospetto.

Durante il periodo di permanenza dei test sulla cute, il paziente deve fare attenzione a non bagnare né il cerotto né l'area circostante, perché le sostanze possono perdere il contatto con la pelle. Si raccomanda di evitare ogni attività fisica intensa e l'esposizione prolungata al sole, perché il sudore può inumidire il cerotto. Infatti nei mesi estivi si preferisce sospendere l'esecuzione dei test. Naturalmente si deve evitare

il grattamento intorno all'area delle prove.

Dato che gli steroidi possono annullare una reazione positiva, l'uso sul sito ove si vuol eseguire la prova e la loro assunzione orale, vanno sospesi almeno una settimana prima. Lo stesso vale per immunosoppressori e antistaminici.

I tempi della lettura sono stati individuati fra le 36 e le 72 ore, optando la maggior parte degli Autori, per una via di mezzo, cioè dopo 48 ore. La risposta al test si considera positiva, cioè di natura allergica, quando in corrispondenza di uno o più allergeni applicati, si riproduce una immagine clinica di eczema. L'intensità della risposta si esprime graficamente con un numero di croci secondo Blumenthal e Jaffe.

- Eritema, + debolmente positiva
- Eritema, edema, prurito ++ reazione positiva
- Eritema, edema, prurito, vescicole +++ altamente positiva.
- Vescicole grosse confluenti, flittene ++++ intensamente positiva.

Il maggior numero di reazioni positive ai Patch test risulta causato dal nichel solfato, seguito dal potassio bicromato e dal cobalto. A breve distanza seguono la parafendilendiamina, i tiuram, le resine, a seguire con minor frequenza tutti gli altri. Le donne presentano il maggior numero di positività, e l'incidenza aumenta con l'aumentare dell'età. Le zone anatomiche più colpite da sospetta D.A.C. per cui si ricorre al Patch test, sono gli arti superiori, soprattutto a livello delle mani, seguono gli arti inferiori a livello dei piedi, il volto e il tronco.

Si può affermare che l'affidabilità del Patch test è molto elevata, ma questa dipende comunque da alcuni fattori importanti: la giusta indicazione, la corretta esecuzione, la elevata compliance.

M. Cinque, L Arginelli

ESEMPIO DI PATCH TEST COME PRIMO APPROCCIO

1 potassio bicromato	8 resina fenolformaldeidica	15 parabens
2 nichel solfato	9 profumi mix	16 colofonia
3 cobalto cloruro	10 disperso blu	17 tiuram mix (gomma)
4 parafenilendiamina	11 balsamo del perù	18 disperso giallo
5 etilendiamina	12 neomicina	19 formalina
6 mercaptobenzotiazolo	13 benzocaina	20 kathon
7 resina epossidica	14 lanolina	

Bibliografia disponibile presso gli autori.

CENTRO REGIONALE ANTI-DOPING DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

INel novembre 2005 con Delibera di Giunta – n. 2005/1789 è stato istituito il primo Centro Regionale Anti-Doping in Emilia Romagna con sede a Modena, come Servizio dell'Azienda USL, presso il Centro di Medicina Sportiva. La legge 376/2000, per la tutela sanitaria delle attività sportive e la lotta al doping, prevede infatti che le Regioni possano autonomamente promuovere progetti anti-doping ed individuare competenze specifiche per le relative attività di formazione, informazione, ricerca scientifica anti-doping e controllo dello stato di salute degli atleti.

Da anni Modena è impegnata nella lotta al doping con successo anche e soprattutto grazie alle attività svolte nell'ambito di un progetto co-finanziato dalla CEE, "Tallone d'Achille - come partecipare senza farsi male". Tale progetto può tuttora vantare molti programmi in corso, che saranno d'ora in poi inseriti nelle competenze del neo Centro Anti-Doping, tra cui il Servizio Telefono Pulito, numero verde (800 17 0001) presso cui è possibile contattare medici esperti della Scuola di specializzazione in Tossicologia Medica dell'Università di Modena per informazioni su effetti e rischi per la salute derivanti dall'uso di sostanze e farmaci nella pratica sportiva ed ottenere consulenze in merito alla reale necessità di praticare integrazione e supplementazione diete-

tica nello sport. Accanto al "Telefono Pulito" vi è un altro Servizio dedicato agli sportivi, e non solo, il sito web www.tallonediachille.it nelle cui pagine è possibile trovare notizie, informazioni e materiale per approfondimenti sul tema dell'anti-doping ed un ricco database di farmaci e sostanze (elencate per principio attivo, classe e nome commerciale) vietate in ambito agonistico, come utile vademecum per l'atleta.

Sarà di fondamentale importanza per il gruppo di lavoro del nuovo Centro Anti-doping poter rivolgere il proprio impegno nella formazione e nella diffusione di una corretta informazione sull'effetto di farmaci e sostanze, eventuale utilizzo di integratori e pratiche coadiuvanti per la preparazione atletica, a tale scopo è auspicabile una concreta collaborazione con i medici della medicina generale perché proprio tale professionalità è spesso la prima a cui il giovane atleta, l'amatore, lo sportivo, si rivolge per saperne di più. E' dunque importante saper offrire al giovane atleta una risposta chiara o proporre l'invio presso un Centro che, unico in Italia in ottemperanza alla legge 376/2000, ha la sua sede proprio a Modena e lavora a favore dello sport sano e pulito. Lo staff del Centro Anti-doping è diretto dal Dott. Ferdinando Tripi che si avvale della collaborazione di numerosi colleghi operanti nelle varie discipline specialistiche.

G. Savino





Antonio Joli

Nacque a Modena intorno al 1700, in quel Ducato Estense ove, fin dal secolo precedente, buona parte della produzione artistica si era concentrata nella pittura di prospettiva, di rovine, di ornato e nelle scenografie, anche grazie all'esempio della vicina Bologna.

Inizialmente, la sua formazione artistica fu nella città natale, alla bottega di **Raffaello Rinaldi detto Menia**.

Ma già nel 1720 lo incontriamo una prima volta a Roma, ove rimase circa per un quinquennio, frequentando il più maturo **Giovanni Paolo Panini**. Nel 1725 fece ritorno a Modena.

La sua attività piuttosto varia e prolifica, lo portò subito dopo anche a Perugia, dove eseguì affreschi con scenografie in Palazzo Donnini, con figure di Sebastiano Ceccarini, e vedute di Palazzo Crispolti.

A questi anni risalgono le due importanti tele della Galleria Campori di Modena: "Sansone che abbatte il Tempio dei Filistei", e "L'incendio di Troia".

Nel 1732 sopraggiunse il decisivo soggiorno veneziano, assai lungo e produttivo, fino al 1742.

In questo decennio l'artista mise a punto definitivamente i propri strumenti interpretativi nei vari settori, privilegiando l'attività di scenografo, ed al tempo stesso affinando ulteriormente le conoscenze nel campo della veduta, giovandosi degli esempi stimolanti del Canaletto.

Nella prima metà degli anni '40 Joli diede inizio ad un giro di viaggi che lo portarono ad uno stimolante contatto con diversi ambienti di corti europee, come indicano le vedute di Vienna, Dresda, Francoforte e Berlino.

A Londra, lo vediamo come scenografo ufficiale al King's Theatre ad Haymarket.

Alla fine del 1749, Joli venne chiamato a Madrid, al Teatro del Buen Retiro ed a quello del palazzo di Aranjuez, su suggerimento del cantante **Carlo Broschi**, detto Farinelli, il celebre "castrato", la cui fama aleggiava per tutte le corti d'Europa. Joli divenne uno dei più famosi vedutisti e scenografi europei.

Fece ritorno a Venezia poi a Napoli, dove nel 1755,

dipinse una "veduta della costa napoletana", comparsa nel mercato londinese nel 1961, e nel 1759 dipinse una serie di tele dei Templi di Paestum, visti dal vivo.

L'operosità intensissima creò qualche problema al fisico dell'anziano maestro.

Un segnale in tal senso si scorge in quella supplica del 1768 al sovrano nella quale tra l'altro l'artista chiese ed ottenne una pensione di dieci ducati al mese.

L'impegno di scenografo al San Carlo a partire dal 1772, secondo Croce, fu sempre più ricoperto dall'aiutante Giuseppe Baldi.

Nel 1775 abbiamo ancora tracce della sua attività.

Ricevette infatti pagamenti per pitture fatte in due vani dell'anticamera di Palazzo gravina (perdute), ed il 31 luglio 1776 ottenne 160 ducati per una serie di sovrapposte con vedute di città nell'appartamento della regina in palazzo Reale.

Morì a Napoli il 29 aprile 1777 e l'11 ottobre del 1784, il re Ferdinando IV concesse un sussidio di 50 ducati alla vedova donna Giovanna Apolloni.

Nel 1801 ben sette quadri di Joli vennero menzionati nella vendita della collezione di Sir William Hamilton a Londra presso Christie's.

Alcune sue opere: da "Antonio Joli" di Roberto Middione, edizioni Dei Soncino.

"Strada di Santa Maria di Costantinopoli" – olio su tela - cm 48,5x77,5 – Beaulieu (Hampshire), coll. Lord Montagu of Beaulieu;

"Veduta di Marsala" – olio su tela, cm 24x10,2 – già Sotheby's – New York, 15 gennaio 1993;

"Interno del Tempio di Poseidone e Paestum" – olio su tela – cm 76,5x103 – firmato e datato nel retro della tela – Caserta, Palazzo Reale, inv. 1907-386 (opera di copertina);

"La partenza di Carlo di Borbone per la Spagna vista dalla Darsena" – olio su tela – cm 144x220 – firmato e datato 1761 – Napoli, Prefettura;

"Alessandro Magno visita la tomba di Achille" – olio su tela – cm 142x184 – Caserta, Palazzo Reale, inv. 1907-320.



giorni verrà inviato a tutti gli iscritti a questo Ordine professionale un manuale, in forma cartacea o di CD, intitolato *DAI PIROSCAFI ALLA PRIVACY*, si tratta di una raccolta di norme, una sorta di manuale di istruzioni ad uso del sanitario, in cui sono elencati in sintesi i principali obblighi ed adempimenti necessari per l'apertura e la conduzione di uno studio professionale.

La pubblicazione prende l'avvio e spunto dalle numerose domande che tutti i giorni sono poste dai medici e dagli odontoiatri a questo Ordine sui vari aspetti che regolano l'esercizio professionale in uno studio.

L'esercizio della professione sanitaria in uno studio medico/odontoiatrico, è regolata da un insieme ibrido di leggi e norme tecniche, norme comunitarie, nazionali, regionali, provinciali e comunali; la semplice conoscenza di tutta la normativa e l'essere aggiornati su di essa può rappresentare una impresa ardua. La quantità e la parcellizzazione delle leggi in questo ambito fa sì che vi sia una notevole confusione ed incertezza nella loro applicazione, ne risulta che spesso tanti aspetti normativi siano misconosciuti sia dagli operatori sanitari che da coloro che sono addetti alla vigilanza ed ai controlli. A volte infatti vengono applicate norme non dovute e disattese altre che sarebbero pertinenti.

In questo campo le competenze sono molteplici, in quanto non vi sono né uffici né esperti che possano fare una sintesi globale, vi sono solo conoscitori di uno specifico settore, infatti si spazia dai piroscafi ovvero da norme tecniche, a concetti legati alla deontologia propri della nostra professione e condizione; l'esercizio professionale in uno studio ha aspetti normativi peculiari, condizione che spesso sfugge agli

esperti di "branca", in quanto lo studio professionale presenta un inquadramento normativo a se stante non essendo né impresa, né locale aperto al pubblico, pur essendo una struttura sanitaria in cui si erogano prestazioni sanitarie a favore dei cittadini.

Nella pubblicazione si è cercato di riunire sinteticamente in un unico documento i principali adempimenti necessari alla gestione dello studio professionale, per avere un quadro di insieme il più completo e chiaro possibile.

Le norme e i documenti elencati nelle linee guida non rappresentano una sterile elencazione, un mero

esercizio di conoscenza, ma sono il risultato di una attenta valutazione, in quanto anche gli adempimenti che appaiono più "improbabili" sono stati richiesti di volta in volta da pubblici Ufficiali, dai NAS, da funzionari dell'Ispettorato del lavoro, dall'USL, dai Vigili del Fuoco e così via.

Nella trattazione, pur nella sintesi, si è cercato di fare chiarezza sull'applicazione degli adempimenti obbligatori poiché le normative a volte sono davvero complicate, tanto da poter indurre un sanitario a

rinunciare a tenere un presidio

salvavita come una bombola di ossigeno perché non si riesce a capire quale sia la normativa a cui fare riferimento per mantenerla e gestirla e per il timore di essere in qualunque caso fuori norma! A proposito di bombole di ossigeno, abbiamo interpellato l'ente preposto per avere chiarimenti in merito alla normativa, la risposta, cortese e puntuale, è stata che non potevano darci risposte esaustive vista la complessità della materia, il problema è che avevano ragione e non poteva essere data altra risposta.

Il fine della pubblicazione oltre quello di informare i sanitari sulla normativa esistente è anche quello di



rendere visibile in una unica raccolta, il carico di adempimenti che grava sulla professione sanitaria; credo che non sempre le istituzioni siano pienamente consapevoli della quantità di obblighi e scadenze proprie di uno studio. Alcuni anni fa un funzionario della regione Emilia Romagna mi disse che non capiva perché i titolari degli studi professionali fossero preoccupati per l'aumento del carico burocratico collegato all'autorizzazione sanitaria, in quanto, a suo avviso, i sanitari fino ad allora non avevano dovuto rispettare altro che il regolamento condominiale.

Le normative raccolte nel volume sono tante e viste tutte assieme fanno un certo effetto, tanto da mettere in evidenza un paradosso: lo studio professionale per la sua stessa natura non può avere una organizzazione di impresa se no sarebbe altro, eppure per poter adempiere a tutti gli obblighi un professionista dovrebbe avere una organizzazione complessa per mezzi e persone dedicati appunto alla risoluzione degli aspetti normativi.

A. Addamo

30 ANNI DI NON SOLITUDINE

DI ROBERTA RONDINI

Finito di stampare nel settembre del 2006, questo libro della collega odontoiatra Rondini si presenta di facile lettura sia per il lo stile, agile e di pronta fruibilità, sia per lo scorrere dei pensieri che ti prendono per mano dalla prima pagina e ti conducono fino all'ultima senza che ti sia accorto del passare del tempo. Perché il tema sono sì i trenta anni del protagonista ma sembra quasi che ci sia tutta una vita, compressa in quel breve lasso di tempo, troppo importante per tutti noi. Avventure in una città come Milano che fagocita chiunque ci viva e ci lavori, fino all'incontro finale, casuale, questo sì troppo intenso con una donna fuggita dalle apparenze, dalle ipocrisie, dalla Milano dove vive e lavora anche lei.

Un libro questo da leggere tutto d'un fiato senza stupirsi dell'approccio un po' naif dell'inizio e magari troppo "aperto" del linguaggio; rappresenta in questo lo specchio del tempo che viviamo ma soprattutto del tempo di Roberta che in novembre di quest'anno compie appunto 30 anni. Auguri!

N. G. D'Autilia



SASSUOLO ORL

ARGOMENTI SCELTI DI OTORINOLARINGOIATRIA VIDEOCORSO DI CHIRURGIA IN DIRETTA NUOVO OSPEDALE DI SASSUOLO

11 dicembre 2006 dalle ore 8 alle ore 18

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

La partecipazione al videocorso è gratuita ma limitata a 90 iscritti. Per le iscrizioni contattare la Segreteria Organizzativa entro il 20 novembre p.v.

EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

È stata inoltrata la richiesta di crediti Formativi per Medici ed Infermieri.

Segreteria organizzativa:

Tiziana Lotti

Tel.0536-846760

E-mail: t.lotti@ospedalesassuolo.it

Segreteria scientifica:

Dott.Romolo Reossi

Tel.0536-846549 - Cell.338-5456780

r.reossi@ospedalesassuolo.it

Dott.Massimo Zanni

Tel.0536-846721 - Cell.335-7316280

m.zanni@ospedalesassuolo.it

1° CONVEGNO NAZIONALE C.L.I.D.

Corso di Laurea in Igiene Dentale – Università di MO e RE

“La Salute del Cavo Orale : Prevenzione e Terapia”

Modena, 16 dicembre 2006

Aula Magna Centro Didattico Universitario Policlinico-Via del Pozzo,71

Segreteria scientifica:

Prof. Andrea Forabosco, tel. 0594224316

Prof. Ugo Consolo, tel.0594224912

Dott. Pietro Di Michel, tel. 059438026

Dott. Mario Tassinari, tel. 0594224032

Segreteria Organizzativa:

Prime Congress di Mago Merlino srl

Sig.ra Marcella Barbieri

Viale della Pace , 16/A – 41049 Sassuolo (MO)

Tel.:0536.811651 – Fax: 0536.811652

E-mail : prime@primecongress.it

La partecipazione è gratuita, è necessario presentare iscrizione alla segreteria organizzativa entro il giorno 11 dicembre.

Evento in fase di accreditamento ECM per Medici, Odontoiatri, Igienisti Dentali, Infermieri professionali.

A.A. 2006/2007

“STORIA DELLA MEDICINA E ANTROPOLOGIA MEDICA (3°)”

Centro Didattico Facoltà di Medicina e Chirurgia

Largo del Pozzo 71 – Modena Tutti mercoledì dalle ore 17 alle ore 19 AULA P 02

L'interesse per la storia della medicina va ben oltre la curiosità intellettuale per gli sviluppi della cura del malato e della organizzazione della sanità nel corso dei secoli. La storia della medicina non si limita infatti ad esaminare le tappe del progresso della scienza medica, partendo dalle antiche credenze fino alle ultime conquiste tecnologiche, ma cerca anche di capire come i contesti sociali, economici, culturali e ambientali, abbiano condizionato e condizionino il confronto fra l'uomo che soffre e l'uomo che si fa carico della sua sofferenza. In questa storia convergono quindi anche storie di idee, di uomini, di costumi, di speranze.

In tale ottica il corso si propone per flash, che sottolineano alcuni momenti significativi della vicenda umana e scientifica dell'arte medica; in tal modo intende portare un contributo, che gli Esperti mettono a disposizione, per una formazione più profonda degli operatori sanitari di oggi e di domani.

Pur considerando la complessità di questo approccio antropologico, quest'anno pure abbiamo ritenuto di leggere con più precisa attenzione i settori tradizionali della medicina, anche con riferimento alla storia medica della nostra terra.

Ringraziamo i Relatori, Docenti della nostra Università, che hanno aderito con entusiasmo al nostro progetto.

DIARIO DELLE LEZIONI

- 15 novembre 2006** **Il centenario del 1° premio Nobel ad uno scienziato italiano: Camillo Golgi**
prof. Umberto Muscatello, Università di Modena e Reggio E.
prof. Luigi Francesco Agnati, Università di Modena e Reggio E.
- 22 novembre** **L'Istituto Neuropsichiatrico San Lazzaro di Reggio Emilia: la psichiatria in terra emiliana**
prof. Piero Benassi, Università di Modena e Reggio E.
- 29 novembre** **Dalla scoperta della circolazione del sangue al trapianto di cuore, al cuore artificiale e alle**
ore 18 – 20 **cellule staminali**
prof. Renzo Giovanni Lodi, Università di Modena e Reggio E.
- 6 dicembre** **Storia della oncoematologia**
prof. Vittorio Silingardi, Università di Modena e Reggio E.
- 13 dicembre** **L'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia: la storia**
ore 16,30 *prof. Mario Vellani, già Magnifico Rettore, Università di Modena e Reggio E.*
- 14 marzo 2007** **Il Collegio dei Medici di Modena (1200 -1700)**
prof. Giovanni Battista Cavazzuti, Università di Modena e Reggio E.
- 21 marzo** **Storia delle malattie sessualmente trasmesse**
prof. Alberto Giannetti, Università di Modena e Reggio E.
- 28 marzo** **Ascesi e corporeità nel monachesimo delle origini**
prof. Berenice Cavarra, Università di Modena e Reggio E.

Il Corso è diretto dal prof. Ugo Fabio dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

Per gli studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia, la partecipazione ad almeno l'80% delle lezioni (6 seminari) dà diritto a 3 crediti CFU elettivi. Ogni singolo seminario dà diritto a 0,25 CFU.

Dipartimento integrato di Medicine e Specialità Mediche Dottorato di Ricerca in Oncologia Sperimentale e Clinica

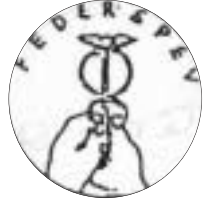
AULA T02 del Centro Didattico del Policlinico 16.12.2006 ore 9.00.

Seminario sul tema:

REGISTRO TUMORI COLORETTALI: 21 ANNI DI ATTIVITÀ

Ore 9 apertura seminario - Ore 12.30 Conclusioni

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



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

Il 23 settembre 1977, alle ore 15,30 nella sala riunioni dell'Hotel Palace in Viareggio, davanti al notaio Dott. Giorgio Garzia, con atto costitutivo di Associazione nasceva la FEDER.S.P.eV.

Nel settembre 2004, il 23 settembre è stato dichiarato "giornata del pensionato". Il Comitato Direttivo provinciale ha voluto celebrare questa ricorrenza invitando gli iscritti della Sezione alla S. Messa in suffragio dei Soci defunti ed alla visita del borgo medioevale di Dozza. La Prof.ssa Maria Cristina Canalini, da poco entrata nella famiglia della FEDER.S.P.eV., era tra i partecipanti e ha tratteggiato così la giornata:

"che lieta sorpresa scoprire un borgo d'altri tempi, quasi sconosciuto, a confermare che ogni angolo della nostra Italia è splendido. E tutto ciò grazie a FEDER.S.P.eV. che ha organizzato una bella visita a Dozza, comune della fascia collinare romagnola in provincia di Bologna."

La giornata è iniziata con la S. Messa, commovente alla lettura della preghiera del Pensionato.

Poi, come ragazzini in gita scolastica, ci siamo recati a visitare "Dozza città d'arte". Ogni angolo di questa cittadina è espressione artistica: dalla bella Rocca, esempio interessante d'ingegneria militare, alle sale trasformate in dimora signorile ricche di quadri, tappezzerie e mobili.

Ma ciò che sorprende è che il borgo medioevale è divenuto una galleria d'arte contemporanea all'aperto; dal 1960, in settembre, la Biennale d'arte del "Muro Dipinto", che annovera artisti come Sironi o allievi di Morandi, arricchisce di affreschi le pareti esterne della case.

Dappertutto una cura estrema del paesaggio, una grazia di piante fiorite esaltate dal caldo sole di fine settembre.

E come in ogni bel posto anche qui un ristorante ci ha deliziato di ottimi cibi emiliani. Non potevano mancare gli stranieri che conoscono meglio di noi le bellezze italiane, ma soprattutto apprezzano i nostri buoni vini; nei sotterranei della Rocca facevano incetta di "Albana" e "Pagadebit". Con un brindisi a FEDER.S.P.eV. concludiamo lì una giornata di calda amicizia.

E con calda amicizia il Comitato Direttivo provinciale invita tutti i Soci della Sezione a partecipare all'Assemblea ordinaria indetta per il 19 novembre p.v. alle ore 10 presso il ristorante "La Gola". Saranno graditi ospiti il Prof. Marco Perrelli Ercolini ed il Dott. Giuseppe Messina, esperti in materia pensionistica e fiscale.

Il Comitato Direttivo provinciale della FEDER.S.P.eV.

Riceviamo e pubblichiamo

ORDINE DEGLI PSICOLOGI della Regione Emilia Romagna

Oggetto: richiesta di collaborazione per prevenzione fenomeni di abuso professionale – ex art. 12 comma h) L. n. 56 del 1989.

Egredi Presidenti

presso l'Ordine Regionale da me presieduto è giunta la segnalazione di un'iscritta che riferisce di aver trovato, nella sala d'aspetto di un medico di base di Cesena, materiale pubblicitario relativo ad un sedicente "psicoanalista" non iscritto, come da nostro controllo, né all'Albo degli Psicologi né all'Albo dei Medici.

Poiché non è la prima volta che ci vengono segnalate irregolarità di questo tipo, sono a chiedere cortesemente la Vostra collaborazione al fine di informare i Vostri iscritti sull'opportunità di non diffondere materiale pubblicitario relativo ad attività psicologiche che non sia stato preventivamente autorizzato dal competente Ordine regionale o provinciale degli Psicologi, come previsto dalle normative attualmente vigenti in materia.

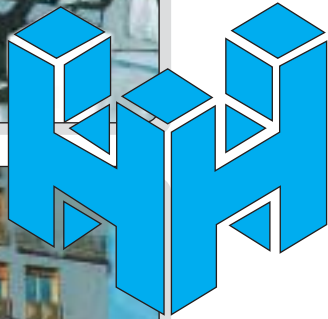
Converrete infatti che l'autorizzazione dell'Ordine, oltre a garantire la diffusione di messaggi conformi al decoro e alla serietà professionale, eviterà di promuovere attività illegali o abusive a tutela, in primo luogo, degli utenti.

RingraziandoVi quindi per l'attenzione e rimanendo a mia volta a disposizione per ogni collaborazione che si rendesse necessaria, colgo l'occasione per porgerVi i più distinti saluti e auguri di buon lavoro.

*La Presidentessa dell'Ordine degli Psicologi Regione Emilia Romagna
 M. Colombari*

Riceviamo da Hesperia Hospital testo rivolto ai colleghi

Scegli la tua Salute



HESPERIA



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

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

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

Centri Diagnostici multidisciplinari
d'avanguardia.

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



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

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

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

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



