

EDITORIALE

Non sfugge a nessuno il fatto che la professione medica sia, di per se, ricca di contenuti etici, tanto da renderla assolutamente unica, non paragonabile a nessun'altra professione. Nel passato, si è spesso fatto ricorso al termine "missione", ad indicare la dimensione spirituale dell'approccio con il paziente e, nello stesso tempo, il valore di "vocazione" della professione stessa. E in ogni caso, il richiamo continuo e costante alla valorialità del nostro Codice Deontologico ha sostenuto l'azione di migliaia di colleghi che hanno illustrato la professione della loro attività quotidiana.

Di converso, lo Stato di diritto, democratico, liberale, rifugge da ogni tentazione etica, che trasferisce proprio al mondo delle attività professionali, per il tramite degli Ordini professionali.

Non che tutto questo oggi non ci sia più, ma si avverte una sorta di commercializzazione professionale, per lo più dovuta all'accezione europea della professione medica, che viene inserita in un "mercato" in cui si offre un particolare risalto alla relazione con il "consumatore": quello che noi abbiamo sempre chiamato paziente, e che da qualche anno viene indicato come cittadino-utente, nella ufficialità della Direzione Gen. della Salute della Commissione Europea - indicata come DG Sanco - è identificato come consumatore. In un mercato non possono che esserci consumatori...e vanno protetti nei loro interessi, non necessariamente valoriali.

Appare chiaro, quindi, che l'aziendalizzazione della sanità (intesa non solo come Servizio Sanitario Nazionale) ha portato ad una diversa accezione del ruolo e della funzione del medico: non più, o non solo, o non tanto il medico di un tempo attento più alla patologia del suo paziente che a tutto il resto, ma il tecnocrate-dipendente preoccupato di praticare una medicina difensiva che possa in qualche misura proteggerlo dalle possibili "vendette", intese come risarcimenti economici e non solo..., del consumatore, e meno legato ai suoi valori etici di riferimento perché costretto a rendere la sua azione professionale economicamente interessante per l'azienda che lo stipendia o per se stesso.

Si spiegano così certi comportamenti asso-

lutamente non giustificabili, che lasciano sconcertati: la recente indagine giornalistica sul malfunzionamento di due dei nostri Ospedali provinciali, se da un lato dispiace perché fa sempre male sentir denigrare le nostre cose, dall'altro spingono a considerazioni più articolate: ma i Policlinici universitari o i grandi Ospedali di Napoli e Roma sono forse diversi? Ma perché a Napoli e Roma ti chiedono i documenti prima di entrare in un nosocomio? Ma perché è un mistero che pressoché ovunque sia possibile andare con un camice bianco addosso? E risponde al vero il fatto che un noto chirurgo sembra abbia portato con se il giornalista presentandolo come un giovane laureato desideroso di praticare per un po' l'Ospedale? E così via...

Non è possibile richiedere una situazione comportamentale eticamente ineccepibile se crediamo che possa esistere un mercato della medicina. O decidiamo che gli Ospedali debbano essere caserme, e allora li piantoniamo; o decidiamo che gli ospedali sono le officine di riparazione di pezzi di mercato, e allora chiunque entra, guarda, filma e commenta.

Ma sia ben chiaro, non possiamo addossare a chi vive ogni giorno la sua professione con eticità, uno sfascio che parte da lontano e che non ci riguarda minimamente.

Quello che invece ci preme sottolineare, ed invitiamo tutti i Colleghi al rispetto di queste norme, è che non è possibile far entrare in Ospedale i visitatori con le scarpe e senza nemmeno un copri scarpe; che non è possibile per i medici di reparto continuare con il dentro-fuori utilizzando sempre lo stesso camice; che non è possibile non usare i guanti e soprattutto non cambiarli per ogni paziente e per ogni medicazione; insomma, che non è più possibile essere veicolo di infezioni per mancata osservanza delle norme igieniche da tutti conosciute. In particolare, si invitano i Direttori di Unità Operativa a vigilare e far rispettare queste norme.

Ortoressia Nervosa: condotta a rischio anoressico

A CURA DI SERGIO TARTAGLIONE direttore DSM Isernia

Relazione presentata al Convegno *Dimensioni transnosografiche e polimorfismo clinico dei Disturbi del Comportamento Alimentare* (Abbazia di Fossanova, Priverno-LT, il 9 ottobre 2009)

INTRODUZIONE

Il cibo accompagna tutta l'esistenza del genere umano. La Bibbia è piena di citazioni di questa stretta relazione tra cibo e vita: dalle origini (Adamo, Eva e la mela), ai momenti straordinari della nostra vita (Parabola evangelica del figliol prodigo: "Portate il vitello grasso, ammazzatelo, mangiamo e facciamo festa, perché questo mio figlio era morto ed è tornato in vita, era perduto ed è stato ritrovato"), fino alla morte (l'ultima cena). Ed anche dopo la morte: basti pensare al pranzo che, in alcune culture, dopo il rito funerario raccoglie tutta la famiglia e gli amici del defunto.

L'approvvigionamento nutritivo è profondamente mutato nel corso dei millenni. Si veda nell'immagine l'aumento della percentuale di pasti prefabbricati negli ultimi decenni.

Molte persone desiderano alimentarsi in maniera selezionata e sana. Alcuni però esage-

rano in questa tendenza. Laura Laurenzi, in un articolo su *La Repubblica* del 10 settembre 2009 (*Biologico: Cibo sano, è boom. Agli italiani piace l'ortaggio "nature"*), delineava un nuovo attuale orientamento nelle scelte nutritive, in progressiva espansione sui mercati. "Vivere bio: non più una moda per pochi, non più una scelta di nicchia, ma uno stile sempre più diffuso e condiviso ... sempre più i consumatori mettono il cibo sano (ma anche i cosmetici bio e un modo di abitare rispettoso della natura) al centro delle loro scelte di vita."

In effetti, consumatori italiani bio sono il 10-12% della popolazione. Prevalgono tra le classi sociali più colte ed agiate, al nord rispetto al sud e tra le donne. L'ossessione per i cibi bio è un lusso possibile a pochi privilegiati: gli altri non osano essere schizzinosi. Libri, negozi e fattorie bio hanno aumentato il fatturato del 300% negli ultimi 5 anni. L'azienda Galbusera, per i biscotti Zalet ha ideato e reclamizzato un "Percorso Salute" che consiste, come si legge nell'etichetta (immagine scannerizzata), in una serie di garanzie offerte al consumatore.

Se la Galbusera ha scelto

questa strategia di marketing, le loro analisi di mercato hanno già rilevato e anticipato che le tematiche del mangiar sano sono ormai al centro delle scelte dei consumatori.

PERCORSO SALUTE LA NOSTRA STRADA: UNA SICUREZZA PER VOI, UN IMPEGNO PER NOI.

NEI: OGM (ORGANISMI GENETICAMENTE MODIFICATI)
 NEI: GRASSI IDROGENATI (MODIFICATI CHIMICAMENTE)
 NEI: CONSERVANTI, COLORANTI E EMULSIONANTI CHIMICI DI SINTESI

SEMPRE ALTA QUALITÀ DI INGREDIENTI, RICETTE, IMPIANTI E CONFEZIONI

SEMPRE CONTROLLI GIORNALIERI PER EVITARE CONTAMINAZIONI PRIMA, DURANTE E DOPO LA PRODUZIONE

SEMPRE RICETTE PENSALE PER UN'ALIMENTAZIONE ATTENTA, QUELLA CHE OGNUNO DEVE A SE STESSO

PRODOTTO CERTIFICATO CON ESCLUSIVO UTILIZZO DI INGREDIENTI NON OGM



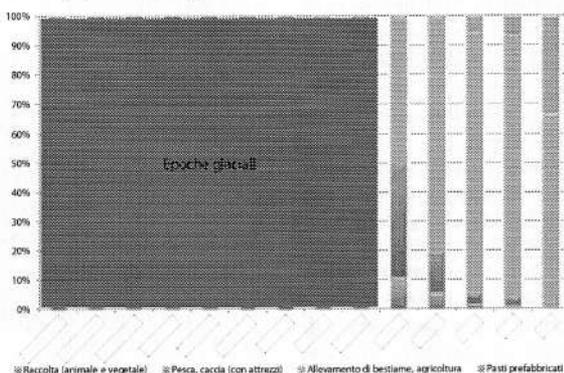
IT 00.01.P11
079.0.0004

DEFINIZIONE DI ORTORESSIA NERVOSA.

Su questo substrato, nasce l'Ortoressia Nervosa, una malattia con la maschera di una virtù. L'Ortoressia Nervosa (ON) è la fissazione eccessiva per la scelta di cibi ritenuti sani, la selezione accurata delle caratteristiche degli alimenti, il rispetto di rigide regole alimentari. È una *ossessione insana per i cibi sani*. In breve, il mangiar sano non è più salutare e diventa una malattia.

Il termine ortoressia (dal greco "orthos" - sano, giusto e "orexis" -appetito) è stato coniato dal dottor Steven Bratman nel 1997, che ha vissuto sulla propria pelle la mania di "purezza alimentare" (Bratman S, Knight D 1997, 2000, 2001). L'ortoressico è drogato di cibi salutari. Bratman stesso rifiutava qualsiasi vegetale raccolto più di 15 minuti prima, masticava ogni boccone almeno 50 volte, mangiava esclusivamente da solo e in silenzio per evitare ogni fonte di "disturbo". Mangiare formaggio pastorizzato lo faceva star male e dopo l'ingestione di cibo da lui

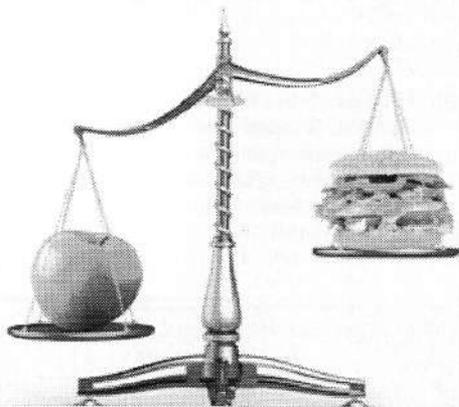
Approvvigionamento nutritivo



ritenuto contaminato temeva di contrarre il cancro.

Tutti, in effetti, concordiamo che mangiare cibi sani è il miglior modo di alimentarsi.

L'ortoressico si spinge mol-



to oltre, ritenendo che *solo i cibi di massima qualità possano definirsi sani*. Portando all'estremo un'alimentazione salutistica, egli sviluppa regole alimentari estremamente soggettive ed intransigenti. Così, l'eccessivo salutismo si trasforma prima in "integralismo alimentare" e poi in una vera e propria patologia dell'alimentazione. Il credo ortoressico, *cibi magici e convinzioni salutiste*, alla lunga compromette il benessere psico-fisico e la vita sociale (Di Maria F 2006, Mathieu J 2005).

Strumenti diagnostici.

Bratman ha proposto un test molto semplice per la identificazione di condotte alimentari di tipo ortoressico.

TEST DI BRATMAN

- *Pensi alla tua dieta più di 3 ore al giorno?*
- *Pianifichi i pasti con vari giorni di anticipo?*
- *Il valore nutrizionale di ciò che mangi è più importante del piacere di mangiare?*
- *La qualità della tua vita è diminuita parallelamente al miglioramento della qualità della tua alimentazione?*
- *Sei diventato più severo con te stesso nei confronti del tuo comportamento quotidiano e alimentare?*
- *La tua autostima aumenta quando ti alimenti in modo*

corretto?

- *Hai rinunciato a cibi che ti piacevano per mangiare quelli "giusti"?*
- *Ti riesce difficile mangiare fuori casa, per esempio nei ristoranti?*
- *Ti senti in colpa quando "sgarri" dalla tua dieta?*
- *Ti senti in pace con te stesso e in pieno controllo della situazione quando mangi in modo corretto?*

Se la risposta è sì a 4 o 5 delle precedenti domande, è il momento di adottare un rapporto più rilassato con il cibo.

Se la risposta è sì a tutte, quella per il mangiar sano è una vera e propria ossessione.

Esistono comunque altri e più recenti strumenti diagnostici (Donini LM 2004 e 2005, Aruso lu G 2008, Ba ci Bosi AT 2007).

L'ON (Kinzi JF 2006, Manley RS 2008) colpisce, in un ampio spettro di gravità, dal 3 al 7 % della popolazione adulta secondo le varie ricerche, con una leggera prevalenza tra gli uomini. I tassi d'incidenza sono più alti nei paesi industrializzati per l'impatto delle informazioni relative a diversi allarmi alimentari, come carni contaminate dalla "mucca pazza" o dalla "influenza aviaria", vegetali esposti a radiazioni, prodotti geneticamente modificati, additivi, sofisticazioni e frodi alimentari

Per alcuni, l'ON sarebbe più frequente fra gli artisti (cantanti d'opera, musicisti sinfonici, danzatori), gli studenti in medicina e i dietologi, gli istruttori di fitness.

Gli studi sull'ON sono pochi e i soggetti noti ai medici rappresentano soltanto la punta dell'iceberg, perché sono i più gravi, i più denutriti o i più compromessi dal punto di vista psicologico e sociale.

Comportamenti dell'ortoressico.

Quali comportamenti non sono classificabili come Ortoressia Nervosa? La semplice e moderata ricerca di uno stile alimentare più sano che molte persone si impongono; I rituali alimentari giustificati da culti religiosi (es. la complessa

dieta kosher degli ebrei); Il rispetto di divieti alimentari per motivi di salute (no carne per nefropatia, no carboidrati per diabete, no grassi per ipercolesterolemia ecc.); Il ricorso a diete scientifiche o anche modaiole, ma per poco tempo e senza eccessivi fanatismi.

L'ortoressia diventa malattia (Bartrina JA 2007) quando l'ortoressico passa dall'idealismo all'estremismo alimentare; quando il pattern comportamentale è abituale, dura da molto tempo e non è provvisorio; quando danneggia la vita psicofisica e sociale di un individuo. L'ortoressia è la sola via che il paziente ha per far valere la sua identità, consentendogli con la sua personalissima dieta, di essere una persona speciale. Il cibo domina la vita, *ti mangia*. Il paradosso è che proprio i comportamenti alimentari da cui dipende l'idea di garantire il proprio benessere "controllano" l'ortoressico che ha "l'illusione di controllare" la propria salute.

MOLTE FILOSOFIE E MODE ALIMENTARI.

Il numero di persone che sperimenta diete e stili alimentari rigidi, senza il parere dei medici, è alto. Il rinforzo arriva da altri che adottano lo stesso stile alimentare, con cui crea vere e proprie comunità. Non c'è consenso scientifico su cosa è sano e cosa non lo è. Ognuno si sente autorizzato ad esprimere sul cibo le proprie convinzioni del tutto personali, fondate su letture o filosofie di nutrizionisti e dietologi, naturopati e guru olistici che dilagano su internet (*tu sei ciò che mangi*). L'ON si sviluppa facilmente su un terreno culturale semplicistico che si impernia sul principio-chiave che *tutta la salute dipende dal cibo*. Molte filosofie e mode alimentari, spesso effimere, se portate all'estremo inducono però patologie alimentari (Hellas Cena 2005) come l'ON. Alcuni esempi.

1. Gli ortoressici etici, che escludono ampie categorie di alimenti per motivi etici.

Si dividono in varie "sette": *Vegetariani* (si astengono dal consumo di carne e pesce per non mangiare anche il terrore dell'animale ucciso); *Vegetaliani* (evitano anche prodotti derivanti dall'allevamento di animali come uova, latte-latticini-formaggi, miele ecc. perché giudicano esecrabili le condizioni degli animali in cattività; alcuni arrivano a selezionare solo vegetali di un determinato colore); *Vegani* (detestano anche pellicce, cuoio, lana e tutti i prodotti testati sugli animali); *Crudisti* (evitare i trattamenti termici che impoveriscono gli alimenti di sali minerali e vitamine); *Fruttariani* (si nutrono solo di frutta fresca e semi). Persone che assumono una "identità vegetale" (come nei dipinti di Giuseppe Arcimboldi è ad esemio Vertumno, divinità italiana protettrice di orti, giardini e frutteti).

2. Gli ortoressici "strambi", che eliminano ampie categorie di cibi ritenendoli dannosi, a prescindere da ogni riscontro scientifico. Spesso gli aspetti troppo estremi di questi modelli alimentari, ne inficiano altri degni di essere considerati. Un esempio è la dieta macrobiotica (etimologicamente, "la grande vita") del giapponese George Oshawa ai primi del '900, ripresa dai monaci zen. È la ricerca di un equilibrio fra individuo e natura, con un'alimentazione bilanciata tra cibo Yin-acido (latte, yogurt, frutta, tè, spezie) e cibo Yang-alcalino (sale, carne, pesce, pollo, uova).

3. Gli ortoressici monoteamatici, per esempio i cultori del Metodo tisanoreico, un programma dimagrante iperproteico associato a decotti e bevande depurative.

4. Gli ortoressici matematici, seguaci di modelli alimentari che hanno cercato di opporsi al pressapochismo dei modelli qualitativi, come ad esempio: Dieta delle calorie, Dieta a zona (sistema molto complesso a blocchi e blocchetti), Dieta a punti (iperproteica, ricca di grassi, povera di carboidrati), Dieta delle 3 ore (5 pasti molto

moderati al giorno, ogni 3 ore, per favorire il metabolismo), Dieta dei 5 fattori (5 pasti al giorno, 5 tipi di alimenti ad ogni pasto, 5 giorni alla settimana, con 5 brevi sessioni di esercizio fisico), Dieta dell'indice glicemico degli alimenti (tiene conto della velocità ed entità dell'aumento della glicemia dopo la loro assunzione: non l'indice glicemico degli alimenti ma il carico glicemico dei pasti nel complesso ha ripercussioni sulla risposta insulinica).

5. E poi, le diete dei giornali femminili che durano lo spazio di un numero, ideate da *ortoressici globalizzanti*, che applicano concetti elementari alla generalità della popolazione, nell'ottimistica speranza che funzionino. È il caso delle Diete dissociate, delle allergie alimentari, dieta delle mele, del fantino, del minestrone, del kiwi, della papaia ecc. Motivazioni psicologiche supportate sempre da spinte commerciali, hanno creato modelli sociali spesso in totale conflitto con un'esistenza sana. L'ortoressico è facile "fruitore della futilità" che illudono con ideali di bellezza e successo. Hanno così successo, come narrano queste le giornaliste Kym Douglas e Cindy Pearlman nel loro libro *"The book of Hollywood diet secrets"*, le diete mediatiche dei divi di Hollywood, spesso inclini a stratagemmi dietetici talora surreali, mai scientificamente valide. Sembrano, per esempio, che prima di mangiare Carmen Electra sniffi olio di pompelmo e che Cindy Crawford sorseggi aceto balsamico.

SEGGNI DELL'ORTO- RESSIA NERVOSA

- Adesione ad una dieta "purista"
- Anedonia alimentare
- Esaltazione mistica
- Senso di colpa dopo una trasgressione
- Isolamento sociale
- Danni fisici
- Sintomi psichiatrici
- Rischio anoressico

Adesione ad una dieta "purista" www.eatingdisorders.org

Aderire alla dieta "purista" significa basare il regime alimentare su scelte obbligate.

Per quanto riguarda la qualità del cibo. L'ortoressico mangia solo cibo accuratamente selezionato, il più sano possibile o almeno da lui ritenuto tale; esclude cibi giudicati pericolosi per la salute (carni, latticini, cereali non integrali, grassi); ha terrore per cibi contaminati da additivi, coloranti, emulsionanti, edulcoranti, conservanti o sostanze inquinanti; desidera depurare l'organismo per paura che il proprio corpo sia contaminato da tossine che si nascondono dappertutto e spesso non sono dichiarate sulle etichette.

L'ortoressico ha una "fissazione" per l'alimentazione biologica: può chiedere un piatto di insalata con foglie non tagliate, per non far perdere alla verdura le qualità nutritive, mangia solo verdura e frutta di stagione, beve acqua piovana, si veste solo di abiti fatti di fibre naturali. *"Tutta la mia giornata passa a pensare e a parlare di cibo, a pianificare i pasti a volte con giorni di anticipo, a cercare su internet l'ultimo cibo biologico o in libreria l'ultima dieta, a fare shopping in costose fattorie incontaminate"*.

Egli rifiuta i metodi di trattamento dei cibi (metodi industriali, manipolazioni come la cottura, forno a microonde, surgelati, alimenti in scatola ecc.) ed ha un fanatismo estremo per la pulizia della cucina, la sterilizzazione delle stoviglie specie se contaminate dalle "vibrazioni" della carne, l'evitamento di luoghi pubblici con piatti e posate considerate avvelenate perché di alluminio o di plastica.

La cultura alimentare dell'ortoressico è circoscritta. Ha necessità di conoscere ogni singolo ingrediente di un alimento, per cui studia le etichette dei cibi, conosce a memoria i componenti nutritivi di ogni prodotto, sa quanti grassi saturi e insaturi contiene ed

il suo valore calorico, ricerca fornitori attrezzati o coltiva in prima persona verdure e ortaggi. La sua dieta è personalizzata con estrema arbitrarietà e non è basata su alcun principio scientifico o indicazione medica. Egli si fida solo delle sue nozioni e teorie spesso semplicistiche e infantili o basate sul "sentito dire" o influenzato dai media. Come il seguace di una setta religiosa, rifugge approfondimenti o confronti, ritiene giuste solo le sue scelte. Ha la forza di schierarsi contro la scienza ufficiale, vista come qualcosa di irrisorio, specie se confuta le sue presunte "fondatissime" teorie.

Anedonia alimentare

L'ortoressico perde gradualmente il piacere del gusto e della relazione umana che caratterizza il momento del mangiare (McCandless D 2005).

Il cibo è vissuto come terapia da assumere per dovere (mantenersi in salute, prevenire il tumore). I suoi geniali assiomi sono *"tutto quello che io ho è il mio menù"*, *"tutto dipende dal cibo"*, naturalmente quello che fa bene, evita le malattie, dà energia per affrontare la vita.

Esaltazione mistica

Sentirsi virtuoso per la propria alimentazione è più importante del piacere del cibo. L'ortoressico è compiaciuto del suo rigore e della sua fede, fiero ed orgoglioso delle sue scelte. Scrive Bratman: *"Chi riempie le giornate mangiando germogli, soia, tofu e biscotti a base di quinoa si può sentire altrettanto pio di chi ha dedicato tutta la vita ad aiutare i senza tetto"*. Per seguire un tale regime ci vuole grande forza di volontà che fa sentire questo "mistico del cibo" più "elevato" rispetto ai comuni mortali che continuano a mangiare pizza e cioccolato. La sua spiritualità nutrizionale, il suo senso di autocontrollo quando segue la dieta che la sua faziosità gli fa ritenere oggettivamente appropriata, induce un senso di purificazione spirituale: si

sente pulito dentro fino a livelli di esaltazione paragonabile a chi pratica la meditazione trascendentale. *"Il mio corpo è un tempio da mantenere puro ed io devo mangiare solo cibo puro perché corpo puro è uguale ad anima pura"*. Egli privilegia dunque ideali di purezza e perfezione ascetica, al fine di ottenere uno stato di massimo benessere fisico e spirituale, basato sulla sensazione di perfezione e purezza. Quasi che mangiando quello che lui ritiene salutare possa guadagnare il paradiso. Il corpo è dunque trattato come un equivalente psichico che deve essere protetto dal cibo-spazzatura e riempito solo con roba buona.

Senso di colpa dopo una trasgressione

Il precario equilibrio interiore si basa su un altro assioma: "cibo cattivo" uguale a "cattiva persona". La dieta è sorgente di autostima e lo "strappo" alla dieta consolidata è fonte di autobiasimo e ripugnanza. Se rompe il suo voto alimentare e soccombe al desiderio del cibo "proibito", i suoi "peccati di gola" lo fanno ritenere un criminale. Se "sgarra" (anche solo mangiando uno snack) il malessere interiore sfocia in somatizzazioni violente (mal di testa, nausea, vomito). Si sente "sporco" e deve espiare con la penitenza la "caduta dalla grazia": restringe allora ulteriormente la propria dieta o può ricorrere a condotte di eliminazione delle "pericolose tossine" ingerite. È in un circolo vizioso: a fronte di un'insoddisfazione personale, egli ristabilisce la propria autostima attuando regole ancora più rigide, che, se trasgredite, comportano un aumentato senso di colpa che porta ad inasprire ulteriormente le regole. Come i pazienti, DOC, l'ortoressico trova un'apparente realizzazione negli aspetti della vita dove le regole prevalgono (regime alimentare, lavoro, business, competizioni, studio), tralasciando quasi totalmente la propria sfera privata ed affettiva.

Il rigido rispetto dei comandamenti alimentari, è vissuto come dovere che non ammette eccezioni, perché i cibi sani producono calma interiore e senso di controllo sulla propria vita.

Isolamento sociale

Questo estremista del cibo mangia solo a casa sua o con chi appartiene alla stessa conventicola. Se deve uscire di casa, porta con sé un "kit di sopravvivenza" con i propri alimenti. Trascura le relazioni sociali per una "strategia di difesa" che mira a proteggerlo dalle tentazioni di cui sono ricche ricorrenze e tradizioni. La dieta è tentativo inconscio di allontanare gli altri ed allontanarsi da loro per evitare ogni intimità con i diversi da sé che vive come minacciosi. Perciò, deve controllare il cibo, oggetto concreto di comunione fra sé e gli altri, che lui però utilizza come oggetto che separa. *"Io sono un vegano circondato da esseri inferiori che mangiano animali"* è un elitismo che promuove l'isolamento sociale e gli fa dividere il mondo in *"noi buoni"* e *"voi cattivi"*, è complesso di superiorità che inesorabilmente riduce il numero delle persone degne di essere frequentate. È autocensura del sé, ma anche condotta di puro narcisismo. Ogni ortoressico tende ad evangelizzare gli altri sul suo regime alimentare. Il rifiuto al proselitismo di amici e conoscenti lo porta a fuggire da tutti. Un mio amico vegano ha tentato inutilmente di convertirmi. Non viene più a casa mia perché atterrito dal contenuto del mio frigorifero. Io vado da lui solo dopo cena.

Danni fisici

Ben presto subentrano danni fisici, soprattutto malattie da malnutrizione e perdita di peso. L'ortoressico spesso non è proprio il ritratto della salute. Il concetto di preservare la salute attraverso la dieta è corretto, ma la sua alimentazione sbilanciata e carente porta a risultati paradossalmente contrari che lo allontanano dallo scopo di partenza. Eliminare

interi gruppi di nutrienti ha effetti devastanti sulla salute, specie in particolari periodi della vita (anziani, donne in gravidanza e allattamento, convalescenti, bambini e giovani in età evolutiva a cui, spesso purtroppo, lo stile alimentare è imposto dai genitori). I disturbi fisici da malnutrizione sono diversi, in base alle restrizioni specifiche. Si rischiano carenze nutrizionali di proteine, vitamine, sali minerali; osteoporosi, atrofie muscolari, danni d'organo che richiedono lunghi periodi di correzione alimentare, talvolta l'ospedalizzazione. Altre volte si arriva a condizioni irreversibili.

Sintomi psichiatrici

L'ortorexia (Mader U 2004) ha tratti comuni con il DOC per le preoccupazioni eccessive, involontarie e non controllabili (le "ossessioni" per la dieta) ed i conseguenti comportamenti ripetuti e altrettanto ingovernabili (le "compulsioni" dietetiche). Spesso questo esteso desiderio di "salute a tutti i costi" si associa anche ad altre ossessioni (per l'esercizio fisico, la pulizia, i massaggi e le cure estetiche, il rilassamento, la meditazione). Alcuni ortoressici mostrano marcati tratti ipocondriaci, terrificati dalla paura di avere una malattia o un cancro da poter curare o prevenire solo con la dieta. *"Noi siamo quello che mangiamo e se mangiamo cibo contaminato la morte anticipa la sua presenza"*. Altri ancora sono angosciati dalla fobia di malattie e contaminazione o dalla fobia dei farmaci: *"non riesco a distogliere l'attenzione dal cibo per parlare con te, ho paura di contagiarmi"*. La consapevolezza che a niente valgono i propri appelli al salutismo dietetico ed il rifiuto del proselitismo di amici e conoscenti, porta altri ortoressici a pensieri paranoici (deliri di contaminazione, di veneficio).

Rischio anoressico

Frequentemente nell'anamnesi dell'ortoressico si trovano altri DCA e frequente è la fami-

liarità per altri DCA in ascendenti o discendenti.

Esistono alcune analogie tra Ortorexia Nervosa e Anoressia Nervosa: Appartenenza a classi sociali medio-alte, famiglie chiuse ed iperprotettive; Ottimi risultati scolastici con tendenze perfezionistiche; Enfasi ossessiva per cibo e controllo rigido dell'alimentazione: tendenza ad evitare pericoli rinunciando ingiustamente al piacere, più che interesse a vivere, amare, giocare e relazionarsi con l'altro; A volte, BMI inferiore alla norma ed alterazioni del ciclo mestruale o altri danni fisici correlati all'alimentazione squilibrata e/o ipocalorica; Saltuario ricorso a condotte di eliminazione o rituali di purificazione, a volte abbuffate.

Ma, le differenze tra Ortorexia Nervosa ed Anoressia Nervosa sono sostanziali:

- l'ortoressico ha un'età superiore ai 30 anni;
- il sesso ha una leggera prevalenza per i maschi;
- anche se più frequentemente sottopeso, è anche in sovrappeso o di peso normale;
- stare a dieta con cibi sani è più importante della preoccupazione di essere grassi. L'ortoressico non ha terrore di guadagnare peso e l'ossessione per la perdita di peso: la sua ossessione è la qualità e non la quantità del cibo: l'AN non mangia la torta di mele perché ha troppo calorie, l'ON perché ha troppo grassi e zuccheri che non sono sani.

L'ORTORESSIA NERVOSA È UN DCA?

Sicuramente è esasperazione di uno stile alimentare alternativo, una tendenza sociale attuale, un salutismo patologico. Per alcuni è operazione commerciale inventata da Bratman per vendere il suo libro. Scriveva Kant nel suo *Saggio sulle malattie della testa* del 1764: *"C'è un genere di medici, i medici della mente, che ritengono di aver scoperto una nuova malattia ogni volta che escogitano un nome*

nuovo".

Alcune ipotesi cliniche:

Per l'Associazione Inglese dei Disturbi Alimentari, l'ON non è stata ancora identificata come DCA in senso stretto e perciò non è inserita nel DSM. Ma, non essere nel DSM vuol dire non esistere?.

È Sindrome correlata al DOC, all'Ipocondria, al Disturbo Fobico, alla Paranoia?

È un DISORDERED EATING (Mangiare Disordinato, Capriccio Alimentare)? Cioè un pattern insano di mangiare, che sembra al di fuori del controllo della persona che ne è affetta. I DCA (AN, BN)

possono presentare un Disordered Eating (molti anoressici e bulimici scelgono di essere vegetariani o crudisti). I pazienti affetti da DE non sempre manifestano un DCA anche se l'ON è un forte fattore di rischio per i DCA.

È un DCA-NAS che necessita di ulteriori studi?

Una condotta alimentare a rischio di DCA, specie AN Terapie dell'Ortorexia Nervosa.

Si tratta di terapie analoghe a quelle per i DCA o Terapie specifiche come la Sensual Eating or Mindful Eating (mangiare sensuale o mangiare consapevole): un'attenzione polarizzata al corpo che mangia, raccogliendo tutte le informazioni dai 5 sensi, per riscoprire la piacevolezza del cibo.

CONCLUSIONI

Se da un lato la maggioranza della popolazione cade vittima del piacere rovinandosi la salute con una alimentazione sbagliata, una minoranza cade nell'errore di rinunciare ingiustamente al piacere del cibo con la convinzione che questo porti salute.

L'ortoressico non conosce la via di mezzo in cui i contrari convivono senza prevalere, come nella dieta in cui si mangia un po' di tutto. Egli sceglie



sempre un polo che ritiene meglio del suo contrario: il salato rispetto al dolce, il crudo rispetto al cotto, il vegetale rispetto all'animale. Il giusto modo di alimentarsi, è quello dell'equilibrio tra salute e piacere di mangiare, una via intermedia tra 2 approcci: da un lato il culto dell'indulgenza (è la dieta edonistica che segue solo ciò che è gradito, con il rischio di mangiare anche oltre i segnali di pienezza) e dall'altro il culto della disciplina (la dieta è una religione guidata dal dogmatismo assoluto; pur di rispettare un culto, vegano o crudista o macrobiotico, che non va trasgredito, il mangiare diventa attività stressante).

Il vero problema dell'ortoressico è l'irragionevole desiderio di essere immortale. Quasi un delirio di immortalità. Però, non ha senso vivere da malati sperando di morire sani... Né possiamo rovinarci la vita nel tentativo di non rovinarcela.

La conversione di Bratman è dovuta alle parole del suo guru alimentare, un vegano, che lo abbandona dicendogli: "una rivelazione mi è comparsa in sogno: piuttosto che mangiare i miei germogli da solo, è meglio un pezzo di pizza con alcuni amici".

Bratman si converte e dichiara: "Come ogni atto medico, come ogni soluzione a problemi difficili, la "medicina dietetica" dimora in una zona grigia di incertezza ed imperfezione. Non è un trattamento semplice ed ideale, come alcuni proponenti credono, nè una perdita di tempo come la medicina convenzionale troppo a lungo ha presunto.

La dieta è uno strumento ambiguo, troppo complesso e troppo investito di emozioni per essere prescritto alla leggera, ma anche troppo potente per poter essere ignorato".

Dovremmo essere tutti "ortoressici positivi", come proposto dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (www.inran.it), seguaci della Dieta Mediterranea, che quest'anno si candida

a diventare "patrimonio culturale immateriale dell'umanità" dell'UNESCO (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization, identifica, protegge e tutela la trasmissione alle generazioni future dei patrimoni culturali e naturali di tutto il mondo). È la forma di ortoressia più accettabile, che promuove gli effettivi meriti dei nostri cibi (frutta, verdura, olio d'oliva, pasta ecc.).

Quindi: movimento; no a fast-food, no a cibo spazzatura; moderazione con l'alcool;

Varietà nei cibi: 12-15% proteine, 25-30% grassi, 60-65% carboidrati.

BIBLIOGRAFIA

- Aloufy A, Latzer Y. *Diet or health: the linkage between vegetarianism and anorexia nervosa*. *Harefuah*. Jul;145(7):526-31, 549. 2006
- Arusolu G, Kabakçi E, Köksal G, Merdol TK. *Orthorexia nervosa and adaptation of ORTO-11 into Turkish*. *Turk Psikiyatri Derg*; 19 (3) : 283-291, 2008
- Baci Bosi AT, Camur D, Güler C. *Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey)*. *Appetite*. 49 (3):661-6, 2007
- Bartrina JA. *Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession*. *Arch Latinoam Nutr*; 57 (4): 313-315, 2007
- Bratman S, Knight D. *Health food junkies*. Broadway Books, New York, 2000
- Bratman S, Knight D. *Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession With Healthful Eating*, New York, NY, Broadway Books, 2001
- Bruch H, *La gabbia d'oro*. Feltrinelli, Milano, 1996
- Cartwright MM. *Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient*. *Crit Care Nurs Clin North Am* 16 (4) : 515-530, 2004
- Catalina Zamora ML, Bonaechea B, Sanghez G, et al. *Orthorexia nervosa. A new eating behaviour disorder?* *Actas Esp Psiquiatr*. 2008; 33: 66-8
- Della Ragione L. *La casa delle bambine che non mangiano*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2005
- Di Maria F, Formica I, *Ortoressia nervosa*, Psicologia contemporanea, 194, 2006
- Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. *Orthorexia nervosa: A preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon*, *Eating and Weight Disorders*, Vol. 9 (2): 151-7, 2004
- Donini LM, Marsili D, Graziani MP, Imbriale M, Cannella C. *Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire*. *Eating and Weight Disorders* 10 (2): 28-32, 2005.
- Eriksson L et al: *Social physique anxiety and sociocultural attitudes toward appearance impact on orthorexia test in fitness participants*. *Scand J Med Sci Sports* 18(3): 389-394, 2008..
- Fugh-Berman A: "Health Food Junkies: Orthorexia Nervosa: Overcoming the Obsession with Healthful Eating - A Book Review." *Journal of American Medical Association*. May 2001.
- Hellas Cena. *Filosofie e mode alimentari come induttori di patologia alimentare*. Atti del convegno "Nuove frontiere della competenza nutrizionale. Razionale terapeutico e integrazione interdisciplinare nei disturbi dell'Alimentazione e del Peso." 24 Novembre 2006. Bologna
- Kinzl JF, Hauer K, Traweger C, Kiefer I. *Orthorexia nervosa in dieticians*. *Psychother Psychosom*. 75(6):395-6, 2006.
- Kummer A, Dias FM, Teixeira AL. *On the concept of orthorexia nervosa*. *Scand J Med Sci Sports*. 18(3):395-6, 2008
- Mader U. *Orthorexia--the addiction to nourishing oneself "healthfully"*. *Dtsch Med Wochenschr*. 129 (14):728 2004
- Manley RS, O'Brien KM, Samuels S. *Fitness instructors' recognition of eating disorders and attendant ethical/liability issues*. *Eat Disord*. 16(2):103-16. 2008 Mar-Apr;
- Mathieu J. *What is orthorexia?* *J Am Diet Assoc*. 105 (10):1510-2, 2005.
- McCandless D, BBC News article - 'I am an orthorexic'. 29 March 2005
- Nyman H. *A direct question: Is orthorexia a correct word for a wrong concept?* *Lakartidningen*. 99(5):423-4, 2002 Jan 31
- Rössner S. *Orthorexia nervosa: a new disease?* *Lakartidningen*, 101 (37):2835, 2004
- www.anred.com
www.consorzioaliment.it
www.eating-disorders.org
www.inran.it
www.orthorexia.com
www.smh.com

Cenni storici sull'influenza

A CURA DI CLAUDIO D'APOLLONIO

Non esiste nessuna malattia respiratoria con febbre in grado di propagarsi tanto repentinamente nelle popolazioni quanto l'influenza, ed è forse una delle poche che il singolo essere umano sopporta più volte nella sua vita, da ciò è facile dedurre i problemi che comporta a livella di sanità pubblica sia per morbilità che per mortalità senza contare i disagi per decremento delle risorse umane nei periodi di epidemia.

Il virus dell'influenza fu scoperto da Dujarric de la Riviere all'istituto Pasteur di Parigi nel 1918, ma fu isolato solo nel 1933 in Inghilterra, la struttura del virus fu rilevata alla scienza nella decade tra il 1960 ed il 1970, solo negli anni '80 si arrivò alla determinazione precisa degli antigeni di superficie: emoagglutinina e neuraminidasi. I virus influenzali posseggono un genoma a RNA a singolo filamento ed appartengono al genere Orthomixovirus, vengono differenziati in tipo A, B e C in base alla specificità degli antigeni interni maggiori: la nucleoproteina e la proteina della matrice, inoltre la parte più esterna del virus è circondato da un rivestimento lipidico originante dalla cellula ospite che integra tre glicoproteine, la neuraminidasi (N), l'emoagglutinina (H) e la proteina M2.

Il virus tipo A circola nell'uomo ed alcuni animali come maiali, uccelli e cavalli. Il virus tipo B è presente solo nell'uomo. Il tipo C è asintomatico o al massimo provoca una manifestazione clinica simile al raffreddore. L'influenza è attualmente la maggiore patologia epidemica dell'umanità a causa delle frequentissime variazioni antigeniche tipiche dei virus A meno dei B e praticamente assente nei C. Si possono determinare delle variazioni an-

tigeniche maggiori (antigenic shifts) tipiche del virus A, ogni 10-11 anni circa e variazioni minori (antigenic drifts) ogni 1-3 anni possibili sia nei virus A che B. È intuitivo che un cambiamento simultaneo dei due antigeni di superficie N e H porta a pandemie gravi. Notizie di epidemie influenzali sono presenti sin dal V sec. a.C. in Grecia, a dimostrazione di come il virus influenzale sia stato da sempre un committone dell'uomo trovando spesso facile attecchimento per condizioni ambientali e nutrizionali. Con certezza una delle prime pandemie influenzali si è verificata nel 1580 e da allora se ne sono susseguite almeno altre trentuno, la più grave delle quali nel 1918 quando comparve per la prima volta il tipo virale H1N1 che determinò una gravissima pandemia che, grazie anche a sovrainfezioni batteriche, determinò circa cinquanta milioni di morti, più decessi che della prima guerra mondiale.

Il sottotipo virale H2N2 ("asiatica") ha sostituito il tipo virale H1N1 tra il 1957 ed il 1968 facendo tra uno e cinque milioni di morti, mentre il sottotipo H3N2 è comparso nel 1968 (di Hong Kong, ove fu isolato per la prima volta) uccise tra 0,75 e 1 milione di persone. Nel 1977 sono ricomparsi virus H1N1 che circolano insieme ad

THESEBY CONTRACT
INFLUENZA PUBLIC HEALTH SERVICE

INFLUENZA

Spread by Droplets sprayed from Nose and Throat

Cover each COUGH and SNEEZE with handkerchief.

Avoid the crowd.

AVOID CROWDS.

If possible, WALK TO WORK.

Do not spit on floor or sidewalk.

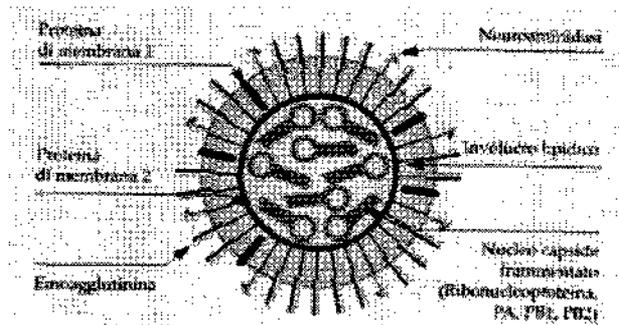
Do not use common drinking cups and common towels.

Avoid excessive fatigue.

If taken ill, go to bed and send for a doctor.

The above applies also to colds, bronchitis, pneumonia, and tuberculosis.

H3N2. La ricombinazione genetica per il virus A avviene tra ceppi influenzali umani ed animali. Mentre il virus B colpisce esclusivamente l'uomo. Alcuni dati sembrano confortare l'ipotesi che gli individui infettati dal virus H1N1 del 1977 possano avere un certo grado di protezione anche nei confronti dell'attuale A/H1N1 riducendo la gravità dei sintomi clinici pur non possedendo anticorpi protettivi. Il virus aviario identificato nei suini della Indonesia comparve tra il 2004 e il 2006, altamente letale ma fortunatamente poco contagioso tra gli esseri umani. All'inizio del mese di Aprile del 2009 si registrarono in California i primi casi influenzali da virus A/H1N1, da qui la denominazione del virus: A/California/7/2009 (H1N1) e successivamente si verificò l'epidemia messicana.



L'OMS dichiara il virus pandemico a maggio del 2009. All'inizio dell'estate 2009 quasi tutto il mondo registra soggetti infetti, si inizia l'allestimento del vaccino.

BIBLIOGRAFIA

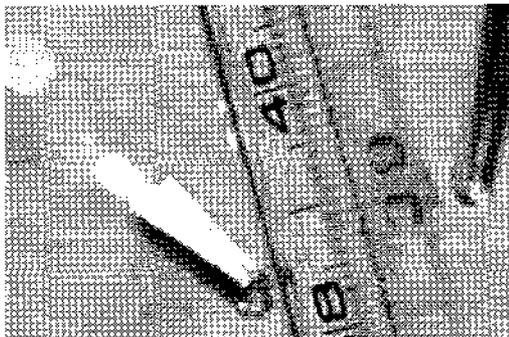
Douglas RG "Prophylaxis and treatment of influenza". N ENG J MED:

322:443-450 Glazen WP, Keitel WA, Taber LH et al "Age distribution of patients with medically-attended illnesses caused by sequential variants of influenza A/H1N1" AM.J. Epidemiol 133:296-304 Murphy BG and Webster RG "Orthomyxovirus". In Fields BN, Knipe DM, Howley PM et al eds: "Fields Virology 3rd Edition Lippincott. Raven. 1397-1445. Profeta ML, Albano A, Barbi

M et al. "Il ruolo del laboratorio virologico in sanità Pubblica" Ig. Mod. 100:808-819. Fleming DM and Cohen JM "Experience of European collaboration in influenza surveillance in the winter of 1993-94". J Pub Health. 18: 133-142. Hayden FG, Palese P. "Influenza virus". In Richman DD, Whitney RJ, Hayden FG eds "Clinical Virology" Churchill Livingstone.

Metamorfosi dei virus influenzali

A CURA DI GABRIELE SCARDUZIO Medico Veterinario del Distretto di Isernia



La pronosticata e temuta Pandemia influenzale, la prima del 21.esimo secolo, è diventata realtà. Essa costituisce un importante problema di Sanità Pubblica a livello mondiale, in grado di causare elevati tassi di morbosità e mortalità. Il virus pandemico non è il temuto AH5N1 Aviaro ma un nuovo ceppo AH1N1 di origine suina, derivante da una complessa catena di riassortimenti tra virus umani, aviari e suini. La famigerata pandemia influenzale suina, denominata influenza A da H1N1, è iniziata nell'aprile 2009 in Messico ed in poche settimane si è estesa dapprima nel continente nord americano e successivamente in Europa, specie in Inghilterra e successivamente nell'emisfero sud. Nonostante le previsioni catastrofiche alla data attuale dopo circa 6 mesi dal suo inizio sono stati registrati 182.000 casi e 1800 decessi in tutto il mondo. La scarsa diffusione del virus è stata in parte dovuta alle misure preventive, alla situazione climatica nell'emisfero nord e ai farmaci antivirali usati nella fase iniziale come profilassi. I

virus influenzali virus a RNA appartenenti alla famiglia delle Orthomyxoviridae sono largamente diffusi in particolare negli uccelli acquatici, che ne rappresentano il naturale reservoir. Tuttavia, si fanno risalire le origini del virus suino H1N1, attualmente responsabile della forma influenzale suina eurasiatica, ad un virus aviare, introdotto nella popolazione suina da anatre selvatiche nel 1979.

Alcuni uccelli selvatici, soprattutto acquatici, sono infatti depositari di uno svariato numero di ceppi virali influenzali. In tali animali l'infezione è frequentemente asintomatica, pertanto essi possono fungere da reservoir e da diffusori di virus, come avviene per altri agenti virali, ad esempio il virus della West Nile Disease. Il comportamento migratorio di molti di questi uccelli amplifica il loro ruolo di diffusori del virus. Inoltre, la presenza contemporanea nello stesso animale di virus diversi favorisce il c.d. "riassortimento genico" e la comparsa di ceppi potenzialmente in grado di superare la barriera di specie e di infettare i mammiferi, compreso l'uomo. A tale proposito risulta centrale il ruolo del suino, in quanto potrebbe fungere da ospite intermediario per l'adattamento e il riassorbimento di virus aviari. Da studi di analisi di filogenetica su tutti i segmenti genomici è emerso come questo virus sia un quadruplo riassortante, contenete segmenti genici umani, aviari e suini.

Il sistema immunitario è al centro della protezione innata ed adottiva che deve essere usata nella probabile epidemia autunnale-invernale, in quanto le persone con difese immunologiche deboli saranno quelle più esposte al rischio di complicanze in particolare le polmoniti causate direttamente dal virus o da microrganismi batterici che costituiscono la principale causa di morte da influenza. L'impiego delle tecnologie basate sull'amplificazione, rilevamento, caratterizzazione e manipolazione del materiale genetico dei microrganismi hanno rivoluzionato l'approccio all'epidemiologia, alla diagnostica e, alla prevenzione delle malattie trasmissibili. I metodi molecolari hanno permesso di affrontare il virus pandemico influenzale A(H1N1)v con strumenti innovativi che non erano a disposizione della comunità scientifica durante le precedenti pandemie del secolo scorso: la rapida caratterizzazione del virus influenzale rilevato nel marzo scorso e l'immediata comprensione delle sue potenzialità pandemiche si sono rese possibili grazie alle sempre più fini metodologie di analisi molecolare e sierologiche. Oggi la possibilità di una veloce identificazione del virus mediante tecniche di amplificazione genica consente sia una corretta gestione del paziente, sia la messa in atto della misure di Sanità Pubblica per il contenimento e la mitigazione dell'impatto del virus influenzale.

PAGINA ODONTOIATRICA

Giornata del Medico 2009

A CURA DI CATERINA TESTA

È giunta alla sua dodicesima edizione la "Giornata del Medico" di Forlì del Sannio. La manifestazione si è svolta domenica 8 novembre, nel centro culturale della contrada "Macchia" del paese, intitolata a San Giuseppe Moscati. Il "medico santo", nato nel 1880 e morto improvvisamente nel 1927, è stato uno scienziato di prim'ordine, santificato perché gli sono state attribuite due guarigioni improvvise.

Al centro della Giornata del Medico 2009 è stata l'Odontoiatria e i suoi aspetti riguardanti due fasce d'età: i bambini e gli anziani.

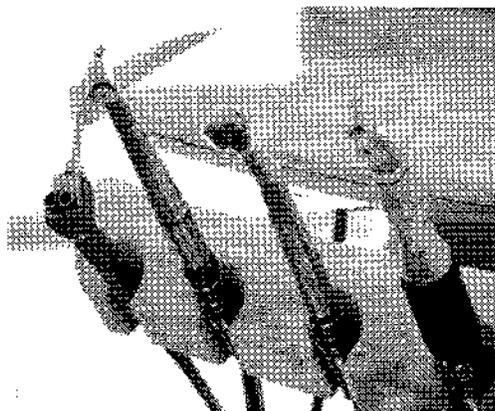
Dopo la Santa Messa officiata dal parroco sac. Francesco Fantini e dopo i saluti delle autorità, si sono susseguiti gli interventi dei relatori.

Il dott. Giorgio Berchicci, segretario dell'Ordine dei Medici

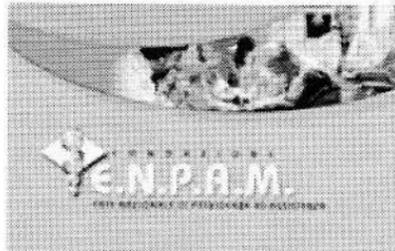
Chirurghi e degli Odontoiatri di Isernia, ha posto l'accento sull'importanza della prevenzione e dell'intercettazione delle patologie odontoiatriche nei bambini, spesso dovute ad abitudini viziate o a comportamenti sbagliati da parte dei genitori.

Il dott. Mario Testa, presidente della Commissione Odontoiatri dell'Ordine dei Medici di Isernia, ha invece relazionato sulle problematiche riguardanti gli anziani: dalle modifiche fisiologiche che insorgono a carico della bocca con l'avanzare dell'età alla corretta gestione di riabilitazioni protesiche.

L'attenta partecipazione del pubblico in sala ha dato vita, al termine degli interventi, ad un vivace dibattito, presieduto dal prof. Erberto Melaragno, presidente IRCCS Neuromed di Pozzilli.



Qui Enpam



Secondo le analisi di molti economisti fra pochi anni chi andrà in pensione riceverà il 50% dell'ultimo stipendio, chi è ancora in tempo deve pensare al prossimo futuro integrando la propria pensione. Attualmente l'ENPAM offre l'istituto del riscatto degli anni di laurea per i MMG, mentre i pediatri e gli specialisti ambulatoriali possono riscattare anche gli anni di specializzazione; è un istituto che se fatto appena dopo i 10 anni di laurea è molto conveniente, negli ultimi anni è stato molto richiesto dai colleghi. Per i medici meno giovani l'ENPAM ha istituito "Fondo Sanità", un fondo pensione per integrare la futura pensione. E' un fondo chiuso che garantisce una rendita vitalizia rivalutabile; ha costi di commissioni di gestione nettamente inferiori a tutti gli altri in quanto non vi sono

spese per pubblicità, per agenti o venditori; viene gestito dal nostro ente previdenziale che, da anni, si occupa delle nostre pensioni.

Come tutti i fondi integrativi i versamenti sono oneri deducibili dalla dichiarazione dei redditi fino al massimo consentito dalle leggi vigenti.

Oltre all'Ordine, per informazioni vi sono dei numeri telefonici dedicati oppure si può scaricare il materiale informativo dal sito dell'ENPAM.

Per i primi mesi dell'anno stiamo organizzando un incontro con dirigenti dell'ENPAM proprio per parlare del nostro ente previdenziale all'indomani di una crisi economica che ha sconvolto tutto il mondo finanziario. Sarà l'occasione per approfondire anche questo tema di fondi integrativi.

PAGINA SINDACALE

È ancora lecito parlare di contratti?

A CURA DI FERNANDO CRUDELE

Sono in corso gli adeguamenti stipendiali ed i pagamenti degli arretrati del Contratto e delle Convenzioni, ma già si sta aprendo una nuova stagione di rinnovo degli stessi: ma è ancora lecito parlare di contrattazione?

Le Convenzioni vengono firmate quando già sono scadute e, quindi, sarebbe più giusto parlare di arretrati e non di aumenti; la percentuale economica viene stabilita, unilateralmente, dal Governo; ma non basta, perché invece di calcolare l'inflazione reale degli anni trascorsi viene calcolata l'inflazione programmata che, generalmente, è notevolmente inferiore a quella reale con una perdita netta del nostro potere di acquisto. Dopo alcuni anni di "vacatio" contrattuale il Governo, sempre autonomamente, decide di rinnovare i Contratti e stabilisce l'entità dell'aumento che, al netto delle tasse, non copre neanche l'inflazione.

La controparte sindacale propone progetti innovativi, riforme strutturali della Medicina Territoriale ma, al tavolo delle trattative, tutto viene bloccato per la carenza cronica dei fondi (servono a salvare le banche oppure a costruire ponti: ma questa è un'altra storia) e viene rimandato al successivo rinnovo.

Purtroppo la nostra professione ha perso, nel tempo, la sua forza contrattuale: ci siamo divisi in mille sigle sindacali, molte delle quali sono nate per interessi particolari, facendo così il gioco della controparte che, con il vecchio adagio "divide et impera" decide tutto da sola.

Anche l'arma dello sciopero è spuntata da tempo in quanto quasi tutti i settori del SSN hanno natura di urgenza e pertanto devono garantire il servizio anche in caso di sciopero.

Abbiamo un ottimo rapporto con l'utente-paziente ma, sicuramente, non ci starà accanto nelle nostre giuste rivendicazioni, poiché, ancora oggi, veniamo considerati una professione privilegiata e senza problemi; purtroppo, come ho già scritto, anche i medici comprano le zucchine (come le casalinghe ed i pensionati) e vi sono sempre più casi di colleghi che soffrono ad arrivare alla fine del mese. Colleghi che per anni hanno un contratto a tempo determinato, che non possono organizzare il proprio futuro perché non sanno se il contratto prosegue; colleghi che lavorano in Continuità Assistenziale sottopagati e sottoutilizzati disperdendo un bagaglio professionale che potrebbe colmare molte lacune della Sanità Regionale.

L'elenco è molto lungo ma vorrei tornare sui



Contratti: alcuni giorni fa è stato siglato il nuovo Patto della Salute tra il Governo e le Regioni che stabilisce un incremento annuale sul Fondo Sanitario Nazionale; stabilisce, anche, il rinnovo dei Contratti e delle Convenzioni togliendo alle Regioni una scusa per non rinnovare gli Accordi decentrati.

Purtroppo la situazione regionale è molto critica e non agevola la trattativa, le nostre proposte vengono valutate positivamente ma non attuate. Nel nostro piccolo cercheremo, nei primi mesi del nuovo anno, di organizzare incontri con la politica regionale e con l'ASReM per capire cosa si vuol fare per la Sanità molisana, parlando con tutti i medici della nostra provincia: siamo tutti sulla stessa barca, cerchiamo di remare nello stesso verso.

PAGINA SINDACALE

I diritti dell'invalido

A CURA DI ANTONIO TARTAGLIONE

Gli assistiti spesso si rivolgono al Medico di famiglia per ottenere certificazioni finalizzate a richieste di invalidità, accompagnamento, pensioni. E il più delle volte l'assistito non sa neanche lui bene cosa cerca: ha sentito dire da un conoscente che "un vicino di casa, ha ottenuto un aumento di pensione" ed è corso dal proprio medico per farne anch'egli richiesta.

Il medico di Assistenza primaria ha il compito di informare gli assistiti sui propri diritti e deve saper indirizzarli verso richieste appropriate.

Pertanto ritengo utile un promemoria riepilogativo dei diritti e delle relative certificazioni e pratiche.

I diritti dell'invalido

- Diritti Assistenziali
- Diritti Previdenziali
- Lavoro

DIRITTI ASSISTENZIALI

Come fare la richiesta di Invalidità Civile e/o Legge 104:

- compilare la modulistica con i propri dati personali e autocertificazione degli stessi;
- allegare un certificato del medico curante;
- consegnare, tramite Patronato, o direttamente, alla Commissione Invalidi Civili della propria Asl, o, appena in vigore le nuove disposizioni, inviare per via telematica alla sede provinciale INPS.

Diritti dell'invalidità civile

Fornitura di protesi e ausili	> 33%
Iscrizione liste di collocamento	> 45%
Assegno mensile	> 74%
Pensione Mensile	> 100%
Accompagnamento	non autonomo

Esenzione Ticket sanitari

Invalidi civili pari o superiori a 2/3 e minorenni con difficoltà medio-gravi hanno diritto all'esenzione totale sulla diagnostica.

Invalidi civili al 100% e minorenni con difficoltà gravi hanno diritto all'esenzione totale inclusi i ticket per i farmaci.

Assegno Mensile Invalidità Civile

Riduzione della capacità lavorativa uguale o superiore al 74%;

Stato di non collocato al lavoro (dimostrabile

con l'iscrizione all'ufficio di collocamento);

Età compresa tra i 18 e i 64 anni;

Cittadinanza italiana o Carta Soggiorno (per i cittadini extra comunitari);

Residenza in Italia.

Limiti di reddito per il 2009: Euro 4.382,43 annui, valutabili agli effetti IRPEF.

L'assegno è pari ad Euro 255,13 al mese ed è incompatibile con qualsiasi altro trattamento economico derivante dall'invalidità.

Indennità mensile di frequenza

Spetta esclusivamente agli invalidi civili minori di 18 anni con seguenti requisiti:

- frequenza di centri ambulatoriali o in D-H per trattamento terapeutico, riabilitazione, recupero;
- frequenza di scuole di ogni ordine e grado;
- frequenza di centri di formazione o addestramento professionale per il reinserimento sociale:
 - subordinata ad un limite di reddito;
 - incompatibile con indennità di accompagnamento;
 - sospesa in caso di ricovero continuativo.

Ciechi civili:

l'indennità speciale per i ciechi parziali

L'indennità spetta ai ciechi parziali cioè con un residuo visivo non superiore al totale di un ventesimo in entrambi gli occhi anche con eventuale correzione e viene erogata al solo titolo della minorazione cioè indipendentemente dall'età e dal reddito personale dell'interessato.

Importo 2009: Euro 180,11 per 12 mensilità.

L'erogazione dell'indennità speciale per i ciechi parziali è incompatibile con l'indennità di frequenza o con altre indennità simili concesse per cause di servizio, lavoro o guerra.

L'indennità è invece compatibile con la pensione spettante ai ciechi civili parziali.

Ciechi civili totali:

l'indennità di accompagnamento

Condizioni:

- essere cittadino italiano o UE residente in Italia, o essere cittadino extracomunitario in possesso del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo;
- essere stato riconosciuto cieco assoluto;
- è indipendente dal reddito;
- è indipendente dall'età.

Importo 2009: Euro 755,71 mensili per 12 mensilità.

stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione

Certificato di handicap in situazione di gravità comma 3

Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo o globale nella sfera individuale o in quella relazionale, la situazione assume connotazione di gravità.

Lavoratore portatore di handicap grave

I beneficiari sono i disabili maggiorenni portatori di handicap grave che svolgano un'attività lavorativa subordinata. Possono usufruire di 2 ore di permesso retribuito al giorno o 3 giorni al mese.

Genitori o familiari di persone con handicap grave maggiorenne

I genitori, anche adottivi, di figli maggiorenni con handicap grave, e il lavoratore che assista con continuità e in via esclusiva un parente o affine entro il terzo grado o coniuge, hanno diritto a tre giorni di permesso al mese.

Per il genitore o parente di disabile maggiorenne è richiesta la convivenza o la continuità ed esclusività dell'assistenza.

Congedo retribuito di due anni

Il lavoratore dipendente, madre o alternativamente padre, e in caso di decesso dei genitori, le sorelle o i fratelli conviventi, hanno diritto a fruire di un congedo retribuito di due anni per assistere il disabile in stato di gravità, purché non sia ricoverato.

Il richiedente la prestazione deve prestare assistenza in via continuativa ed esclusiva se non è convivente; non è concesso il congedo se il disabile lavora.

I due anni sono frazionabili, e possono essere chiesti alternativamente da entrambi i genitori; il congedo viene retribuito con una "indennità" corrispondente all'ultima retribuzione, ed è coperta da contribuzione figurativa. Questa spetta fino all'importo complessivo massimo di Euro 36.151,98/annue da rivalutare.

Dopo la Sentenza 158/2007, i congedi devono essere concessi, e in via prioritaria, anche al coniuge lavoratore.

Con Sentenza n° 19 del 26 gennaio 2009, la Corte Costituzionale si pronuncia sul dubbio di legittimità costituzionale rispetto all'esclusione dalla concessione dei congedi lavorativi biennali retribuiti ai figli che assistano il genitore con handicap grave (art. 3 comma 3, Legge 104/1992).

Dopo la Sentenza citata anche i lavoratori che assistono il genitore con handicap grave, finora esclusi dal beneficio, hanno diritto a richiedere la concessione dei due anni di congedo

retribuito.

Rimangono due condizioni:

- che il figlio che presta assistenza sia convivente con il genitore
- che non ci siano altri familiari idonei all'assistenza

La Consulta non precisa cosa significhi «idonei», il che lascia aperti dubbi interpretativi che potrebbero essere interpretati in modo restrittivo dagli Istituti previdenziali o dalle aziende e, quindi, ingenerare contenziosi.

Il lavoratore che si trovi nelle situazioni descritte dalla Sentenza 19/2009, ha già da ora diritto al congedo biennale (anche frazionabile) retribuito.

Scelta della sede di lavoro e trasferimento

Le persone con un'invalidità superiore al 66%, se assunte per concorso in Ente Pubblico, hanno diritto alla priorità nella scelta della sede di lavoro più vicina al proprio domicilio.

- In situazioni di gravità, inoltre, lo stato di handicap consente, se possibile, il trasferimento alla sede più vicina e l'impossibilità di non essere trasferiti senza il proprio consenso.

Lavoro notturno

Il lavoratore che ha a proprio carico un ammalato riconosciuto disabile grave ai sensi della Legge 104/92, ha diritto all'esonero dal lavoro notturno

Congedo retribuito di 30 giorni all'anno per cure

Se viene riconosciuta un'invalidità civile superiore al 50%, il malato oncologico e il familiare che presta assistenza, hanno diritto ad un congedo annuo di 30 giorni, per cure connesso allo stato di invalidità.

Questi giorni, che non devono per forza essere continuativi, vanno a sommarsi ai giorni di malattia previsti dal proprio CCNL

Lavoro a tempo parziale

I lavoratori dipendenti, sia del settore privato sia del settore pubblico, affetti da una patologia oncologica, possono chiedere il passaggio dal



tempo pieno al part-time, per poter effettuare le cure, ed ottenere il passaggio da part-time a tempo pieno, quando la situazione di salute sarà migliorata. Il familiare lavoratore di un malato oncologico, ha un titolo preferenziale rispetto agli altri dipendenti, nell'ottenimento del passaggio dal tempo pieno al part-time per consentire loro di prendersi cura del congiunto affetto da neoplasia (legge Biagi).

Pensionamento anticipato

I lavoratori dichiarati invalidi almeno al 74%,

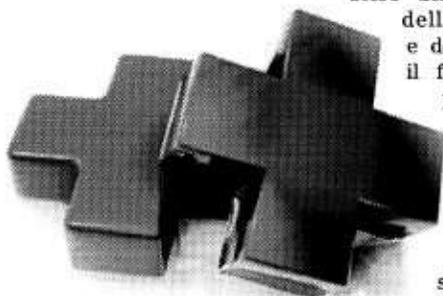
per i fini pensionistici, hanno diritto al beneficio di 2 mesi di contribuzione figurativa, per ogni anno di lavoro prestato come invalido, per un massimo di 5 anni.

Per chi ha un'invalidità superiore all'80%, se ci sono i requisiti di legge, esiste la possibilità di anticipare il pensionamento di vecchiaia, rispetto all'età prevista.

Il pensionamento può essere anticipato al massimo fino ai 55 anni per le donne e fino ai 60 anni per gli uomini.

AVVISI E NOTIZIE

A CURA DI ALFREDO VOLPACCHIO



Secondo i dati del ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca il futuro della professione sarà delle donne. In Italia negli ultimi dieci anni il sorpasso tra gli specializzati si è già

consumato: su 67.980 specialisti, 35.986 sono donne e 31.994 uomini. Soprattutto pediatri, psichiatri dell'infanzia e genetiste. Ancora pochissime, sono invece le specialiste in oncologia e chirurgia. Nonostante tra gli iscritti all'albo il 65% sia ancora rappresentato dagli uomini (233.205 su 357.410), il sorpasso delle donne sembra essere solo questione di tempo. Analizzando i dati per fasce d'età, si scopre infatti che tra i medici chirurghi sotto i trent'anni (25-29) il 63,4% è donna. Anche tra i professionisti fra i 30 e i 34 anni la maggioranza è "in gonna": ben il 59,6%. Più donne anche tra i medici che hanno dai 35 ai 39 anni: il 51,9%. Per avere una netta supremazia degli uomini bisogna arrivare alla soglia dei

50 anni. Da quell'età in poi trovare un medico donna è assai più difficile: solo il 14% nella fascia d'età che va dai 60 ai 69 anni. Tutti professionisti, però, prossimi alla pensione. Tra 15-20 anni il Servizio sanitario nazionale italiano diventerà un feudo al femminile. Le migliaia di professionisti che andranno in pensione saranno sostituiti perlomeno da donne. E il trend delle iscrizioni alla Facoltà di Medicina ne è la conferma.



Secondo Maurizio Sacconi sarà Ferruccio Fazio il nuovo ministro della Salute dal momento che a Montecitorio si discute il Ddl per l'istituzione del dicastero, scorporandolo dal Welfare. Il ministero della Salute che rinasce con la legge del governo sarà però blindato dal ministero dell'Economia: che avrà competenza primaria sulla spesa sanitaria, sul finanziamento del servizio sanitario e sui piani di rientro. Ma che dovrà dare il suo concerto, sotto gli aspetti finanziari, nelle attività di coordinamento del Ssn attribuite alla Salute. Un concerto che vale anche su organizzazione dei servizi sanitari, professioni sanitarie, concorsi, stato giuridico del personale.



Grandi novità sull'Irap per i medici di famiglia: è una tassa non dovuta, è quindi giusta la richiesta di rimborso. Infatti, alla luce delle ultime sentenze possiamo affermare che il medico, indipendentemente dall'esistenza del requisito organizzativo, solo per il fatto di essere inserito nell'ambito di una organizzazione qual'è quella dell'Azienda Sanitaria, con cui è convenzionato, andrebbe comunque esentato dal versamento di questa imposta, per cui avrebbe diritto al rimborso di quanto versato previa apposita istanza.



Non ha diritto al rimborso IRAP il medico che si sia avvalso della definizione automatica (prevista dalla L. n. 289 del 2002, art. 9). Con riferimento alla definizione automatica, la presentazione della relativa istanza preclude al contribuente ogni possibilità di rimborso per le annualità d'imposta definite in via agevolata, ivi compreso il rimborso di imposte asseritamente inapplicabili per assenza del relativo presupposto (nella specie, IRAP).



Secondo la Corte di Cassazione ai medici non spetta il rimborso IRAP se nello studio vi sia la presenza di una segretaria part-time, in quanto ciò costituisce elemento sufficiente ad integrare il requisito della "autonoma organizzazione" (sentenza nr. 8265/09).



La Posta Elettronica Certificata (PEC) è un sistema di posta elettronica nel quale è fornita al mittente documentazione elettronica, con valenza legale, attestante l'invio e la consegna di documenti informatici. Certificare l'invio e la ricezione - i due momenti fondamentali nella trasmissione dei documenti informatici - significa fornire al mittente, dal proprio gestore di posta, una ricevuta che costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio e dell'eventuale allegata documentazione. Registrandosi presso il sito dell'Inps, è possibile ricevere una casella di Posta Elettronica Certificata a titolo gratuito. Si tratta di una opportunità che si è concretizzata a seguito del protocollo d'intesa stipulato in data 30/09/2009 tra il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e l'Inps. Il protocollo ha tradotto in realtà quanto disposto dalla legge 2/2009, che assicura ai cittadini che ne facciano richiesta, l'assegnazione gratuita di una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC al Cittadino). Ottenerla è facile, prima facendo richiesta on-line tramite la funzione apposita contenuta all'interno della sezione "Servizi al Cittadino" sul sito dell'Inps (www.inps.it). Successivamente l'interessato dovrà recarsi presso una qualunque sede Inps, per il necessario riconoscimento personale e l'attivazione del servizio. L'uso del servizio è personale e riservato, e l'accesso alla propria casella di PEC al Cittadino avviene tramite le credenziali di accesso ai "Servizi al cittadino" del portale dell'INPS (codice fiscale e PIN). Non è consentito accede-

re ad un'utenza PEC al Cittadino per conto di terzi o cedere la propria utenza PEC al Cittadino a terzi. In questi giorni la Fnomceo ha deciso di fornire a tutti gli iscritti una casella di posta elettronica certificata (PEC). La stessa non verrà fornita direttamente ai singoli medici, ma messa a disposizione degli Ordini Provinciali che ne faranno richiesta alla Fnomceo; spetterà quindi ai singoli Ordini Provinciali, che avranno deciso di accettare la proposta, di avviare, direttamente, o tramite servizi esterni, la identificazione ed attribuzione della PEC ai singoli professionisti iscritti ai rispettivi Albi. **È stato finalmente apparato che il termine del 29 Novembre è ordinativo e non imperativo: in sostanza non è prevista alcuna sanzione per il Professionista che non si doti di PEC entro il termine predetto.**



Uno studio condotto negli Stati Uniti ha riscontrato che, fatta eccezione per sulfonamidi e nitrofurantoina, l'assunzione di farmaci antibatterici in gravidanza non è associata a un numero elevato di difetti congeniti del neonato. L'indagine, in particolare, ha delineato l'associazione tra la terapia seguita durante le fasi più critiche per la gravidanza (un mese prima del concepimento fino al primo trimestre) e specifici difetti congeniti. Sono stati coinvolti 13.155 casi di gravidanze con uno o più difetti, scelti tra i 30 maggiori difetti congeniti, e sono stati confrontati con 4.941 nascite senza difetti congeniti selezionate nelle stesse regioni. Gli autori hanno rilevato che l'uso di antibatterici aveva avuto un picco durante il terzo mese di gestazione e i maggiori rischi, in termini di rischio relativo, fatti gli aggiustamenti rispetto ai fattori confondenti, erano stati riscontrati con l'esposizione a sulfonamidi, associate a cinque difetti congeniti, e a nitrofurantoina, associata a quattro. Gli altri agenti anti-

batterici che hanno mostrato l'associazione, ma con un numero minore di difetti, sono le eritromicine per due difetti congeniti, le penicilline, i chinoloni e le cefalosporine per uno. Gli autori chiariscono che non è semplice stabilire le cause dei difetti congeniti, perché possono essere molteplici, e aggiungono che questo studio non stabilisce un profilo di sicurezza dei farmaci in gravidanza. Tuttavia, il fatto che per molte classi di antibatterici il rischio non sia particolarmente elevato, costituisce un elemento di rassicurazione.



Piena adesione degli Ordini professionali e dei sindacati dei medici all'invio online all'Inps della certificazione medica per le assenze per malattia dei dipendenti pubblici: è quanto emerso nel corso di una riunione alla quale ha preso parte anche il ministro Renato Brunetta, ed al quale erano presenti anche i rappresentanti dell'Inps e il segretario nazionale della FNOMCEO Gabriele Peperoni e i sindacati di categoria, (Snami, Fimmg, Smi, Cisl Medici). Nel corso dell'incontro sono stati affrontati i primi problemi inerenti la previsione normativa del decreto legislativo 150/2009 (Riforma Brunetta in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico) relativi alla trasmissione dei certificati medici per via elettronica. Si è così deciso di istituire un tavolo permanente con l'obiettivo di condividere una road map per monitorare l'implementazione del sistema, affrontando tutte le problematiche derivanti dall'applicazione della norma, che entrerà in vigore il 15 novembre. Una volta definito il decreto interministeriale per individuare i parametri tecnici, dal 15 dicembre inizierà quindi ad essere operativo il sistema di trasmissione online. Da quel momento ci sarà un doppio binario di comunicazione all'INPS, che consentirà un adeguato monitoraggio del sistema in modo da consentire nel 2010 il

passaggio totale alla notifica in rete dei certificati medici.



In data 29 luglio 2009 è diventato esecutivo il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale, che con l'ART.60 dell'ACN, ha introdotto anche l'istituto della aliquota modulare su base volontaria. Il Medico, presentando domanda entro il 31 gennaio di ogni anno, potrà esercitare la facoltà di elevare la quota contributiva a proprio carico dall'1% al 5%. Sarà compito della ASL, recepita la richiesta del Medico, versare all'ENPAM la quota contributiva aggiuntiva; per cui per gli anni 2010 e successivi il meccanismo prelievo-versamento non presenterà difficoltà. Con il decreto legislativo n. 47 del 18 febbraio 2000 che prende in esame il trattamento fiscale delle varie forme di previdenza integrativa, i versamenti facoltativi alle gestioni pensionistiche obbligatorie sono integralmente deducibili dal reddito imponibile e non vi è alcun divieto di cumulo, per la deducibilità fiscale, tra questi versamenti ed i contributi versati alle forme previdenziali complementari. Alcune informazioni pratiche sulla presentazione del modulo dell'aliquota modulare:

La richiesta della contribuzione aggiuntiva può essere effettuata solo una volta l'anno entro il 31 gennaio.

La richiesta deve essere inviata a tutte le ASL, se diverse, con le quali il medico ha in atto un rapporto convenzionale come Medico di Medicina Generale - Assistenza Primaria - Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) - Emergenza Sanitaria Territoriale (ex 118).

In assenza di comunicazioni di variazioni, da effettuarsi entro il 31 gennaio, l'aliquota resta confermata anche per gli anni successivi.

Tutte le comunicazioni inviate alle ASL di competenza è consigliabile inviarle in copia alla fondazione E.N.P.A.M. - Servizio Contributi Ufficio Riscossione Fondi Speciali - via

Torino 38, 00184 Roma - allegando la ricevuta della Raccomandata di invio alla ASL, se consegnata a mano il numero di protocollo di registrazione.



In relazione al rilascio del certificato di idoneità alla guida dei ciclomotori, si segnala che l'art. 3, comma 49, della legge 94/09 ha modificato l'articolo 116, comma I-quater, secondo periodo, del D.L. 285/92. Ciò significa che dal 1 ottobre 2009 i suddetti certificati dovranno essere rilasciati da medici delle ASL con funzioni medico-legali, o, in alternativa, da medici militari in servizio permanente effettivo, medici della Polizia di Stato, ispettori medici delle Ferrovie dello Stato e medici appartenenti al Corpo dei Vigili del fuoco, e non più dai medici di Medicina Generale. In merito il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti ha emanato una circolare in data 4 agosto 2009. La legge 94/09 è stata pubblicata sul supplemento ordinario n. 128/L della G.U.



A Padova, durante il Convegno "*Pensare per la professione*", medici, bioeticisti, sociologi, filosofi, docenti hanno cercato, tutti insieme, di delineare la fisionomia del "*Medico nuovo*", individuando, uno dopo l'altro, quegli "*snodi cruciali*" che determinano oggi le scelte in medicina e sanità. Dopo tre giorni, ecco i cinque principi fondamentali che sono emersi dal dibattito:

- *Società, Salute e Sanità evolvono in scenari e contesti complessi e adattativi in modo sincrono e correlato e il modello di erogazione delle cure si presenta sempre più integrato e articolato;*
- *La medicina non può e non deve operare come contro parte della sanità, avendo entrambe scopi interdipendenti, interconnessi e circolari;*
- *In un mondo in cui il ruolo del contesto è sempre più*

importante, la medicina non può costituire una variabile indipendente, così come non può esserlo il mondo della malattia;

È matura l'idea che gli scopi della medicina vadano definiti attraverso la coscienza: una coscienza bioetica che dovrebbe imporre limiti alla medicina nel suo contesto sociale e culturale;

La medicina, cui viene continuamente rimproverato di essere sempre più una disciplina ingegneristico riparativa, non può disgiungere l'obiettivo di efficienza da quello di efficacia e di equità nella tutela della salute.



Durante il consiglio dei ministri del 12 novembre è stato approvato il decreto legge per la semplificazione e anti-burocrazia del Ministro **Brunetta**. Per quanto riguarda la **ricetta medica elettronica esso prevede che**

entro il 31 dicembre del 2012 tutte le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche saranno scritte su un supporto elettronico, fermo restando il diritto del cittadino a ottenere copia cartacea del contenuto della prescrizione e che dal 1 gennaio 2013 la prescrizione non elettronica sarà esplicitamente vietata e le cartelle cliniche saranno conservate esclusivamente in forma digitale.



Il Consiglio di Stato, con sentenza n. 5092/2009, ha chiarito che l'eventuale anticipazione di farmaci, senza la presentazione di una ricetta medica, da parte dei farmacisti, è assolutamente vietata, come previsto dalla convenzione tra SSN e farmacisti ed ha pertanto confermato un condanna di sospensione del servizio comunitaria dal TAR dell'Emilia-Romagna nei confronti di una farmacia di Modena resasi responsabile più volte di tale comportamento.



Vita dell'Ordine

Delibere del consiglio

1. Consiglio Direttivo del 19 Marzo 2009.

Presenti: Tartaglione, Berchicci, Trabassi, Sanità, Testa, De Renzis.

- a) approvazione convenzione con "System" per la posta certificata;
- b) organizzazione convegno sul tema "Idratazione e alimentazione nel paziente in stato vegetativo persistente";
- c) nuove iscrizioni all'ordine: Rosato Luca, Biello Antonella, Cuzzone Vincenzo, Barbaro Federica, Lisco Maria Nadia, Vincoli Giuseppina, Di Zazzo Antonio, Di Fiore Vetulia.

2. Consiglio Direttivo del 16 Aprile 2009.

Presenti: Tartaglione, De Renzis, Galardi, Crudele, Trabassi, Berchicci, Sanità, Testa.

- a) richiesta pubblicità con master di aggiornamento tecnico-professionale (respinta);
- b) ordine medici di Roma, segnalazione anonima nei confronti di una collega;
- c) proposta di organizzare un corso sull'età dell'adolescenza sensibilizzati dall'associazione "Giù le mani dai bambini";
- d) proposta di organizzare una giornata informativa su problematiche ENPAM.

3. Consiglio Direttivo del 7 Maggio 2009.

Presenti: Tartaglione, Crudele, Trabassi, Morcone, Testa, Berchicci, D'Appollonio.

- a) approvazione proposta convenzione tra l'Università degli Studi del Molise e gli Ordini di Campobasso e Isernia;
- b) confermato rapporto di lavoro con "Sigma-studio" in quanto più vantaggioso;
- c) adesione protocollo d'intesa tra ISDE e FNOMCEO;
- d) comunicato stampa di solidarietà con i medici del pronto soccorso del "Veneziale" di Isernia per la carenza di organico.

4. Consiglio Direttivo del 11 Giugno 2009.

Presenti: Tartaglione Berchicci, Trabassi, Sanità, Morcone, Crudele.

- a) comunicazione FNOMCEO riguardante studi medici e odontoiatrici con dipendenti e relativi ordini provinciali;
- b) lettura comunicazione inviata dalla FNOMCEO;

- c) competenze degli odontoiatri e dei chirurghi maxillo-facciale nel campo dell'implantologia.

5. Consiglio Direttivo del 19 Novembre 2009.

Presenti: Tartaglione Berchicci, Zullo, Galardi, Testa, Trabassi, Sanità, Crudele, De Renzis, Attademo.

- a) richiesta FNOMCEO di un contributo per proposta di un "logo" da realizzare per celebrare il centenario, nel 2010, della prima fondazione degli ordini;
- b) risposta amministrazione ospedaliera di Isernia sul problema degli orari dei pasti per pazienti ricoverati;
- c) attivazione posta elettronica certificata;
- d) lettera di protesta di un cittadino sul comportamento del proprio medico curante;
- e) richiesta costituzione "Medicina di gruppo";
- f) richiesta autorizzazioni targhe pubblicitarie.

Riceviamo e pubblichiamo.

Regione Molise (Ass.to Politiche Salute)

Anche al fine di dare riscontro alle richieste di chiarimenti pervenuti dagli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri si ritiene necessario, al fine di eliminare incertezze rendere noto l'orientamento di questo Assessorato in ordine alle problematiche connesse al tema di cui all'oggetto.

Va rilevato, innanzitutto, che la salute è un bene primario e non affatto comprimibile.

Non a caso l'Assemblea Costituente, nel formulare l'art. 32 della Carta Costituzionale qualificò il diritto alla salute come "fondamentale", aggettivo non riscontrabile in nessun altro articolo della stessa Carta per rimarcare la valenza del diritto che non tollera pertanto, alcuna compromissione o violazione.

Siffatto diritto spetta non solo al cittadino, ma anche agli immigrati i quali, anch'essi portatori di patologie, ove non avessero un facile accesso alle strutture sanitarie, potrebbero porre in pericolo non solo la propria incolumità, ma anche quella della collettività.

Ciò rilevato, questo Assessorato ritiene che, pur in presenza del reato di ingresso e soggiorno degli stranieri in Italia, introdotto con la legge n° 94 del 15 luglio 2009, non sussista per il personale sanitario (medico, paramedico, amministrati-

vo e tecnico) l'obbligo di denuncia degli stranieri non in regola con le norme che disciplinano l'ingresso ed il soggiorno, in quanto la citata nuova legge non ha provveduto ad abrogare il quinto comma dell'art. 35 del decreto legislativo n° 286 del 25 luglio 1998-T. U. delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione che lascia in essere il principio in forza del quale l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola non comporta alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto.

Ne consegue che il citato art. 35 comma quinto del T. U. citato configura una vera e propria eccezione all'obbligo di denuncia da parte del personale sanitario, pur rivestendo la qualifica di pubblico ufficiale od incaricato di un pubblico servizio.

Devesi inoltre evidenziare che l'art. 6 comma secondo del T. U. come modificato dall'art. 1 comma 22 della legge n° 94 del 2009 non prevede affatto l'esibizione da parte dello straniero, alle strutture sanitarie cui accede, del permesso di soggiorno.

Considerato, infine, che in materia sanitaria non sono state introdotte modifiche a quanto disciplinato dal D. lgs n. 286/98, permangono invariate, nei confronti dei cittadini stranieri di che trattasi, le procedure di rilascio del Tesserino STP e le modalità e diritto di accesso per le prestazioni garantite dalle norme in vigore.

Tanto premesso, si invitano le SS. LL. a voler garantire la massima e tempestiva diffusione alle Strutture ed operatori interessati.

Agnone: suggestioni antiche, emozioni moderne

DI NATALINO PAONE

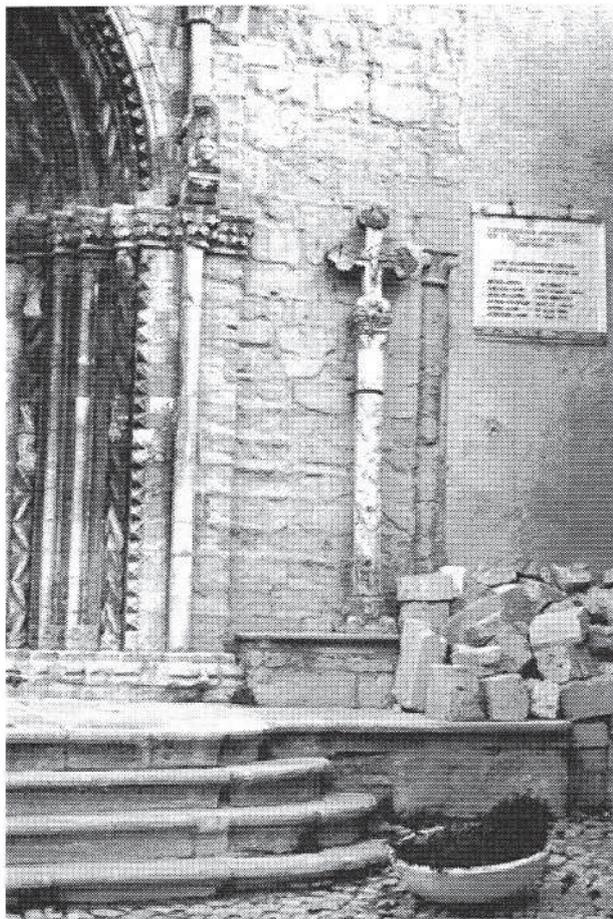
Agnone è un luogo speciale perché la creatività sta alla città come l'anima al corpo. Qui da secoli i mestieri uniscono arte creativa ad alta artigianalità, abilità tecnica e cultura.

È la forza della tradizione!

Gli statuti municipali, che secoli fa disciplinavano il settore produttivo "con pene severe per chi non fabbricava oggetti inconfondibili e a prezzo uguale per tutti", erano figli di questa cultura prima che prodotti amministrativi.

Una cultura che ha lasciato segni inconfondibili anche nella composizione urbanistica e architettonica della città coniugando rioni nel succedersi delle epoche: dal modello veneziano, in fondo all'abitato storico con i leoni sulle facciate, a quelli a seguire lungo la collina tra leggeri dislivelli cuciti da vie ritagliate dentro case di bella presenza, allineate come in una mostra d'arte interrotta di tanto in tanto da piazzette a misura di persona. E poi le chiese. Tante chiese. Tutte belle e tutte diverse, contraddistinte da caratteri costruttivi, motivi stilistici, modelli architettonici e planimetrici di derivazione, ma recepiti e rielaborati in piena libertà: dal ricco gioiello d'arte di S. Emidio (sec. XIII), con il portale splendido e decorazioni interne d'autori noti (Duprè, Colombo Monteverde), alla chiesa di San Francesco (1343) monumento nazionale con portale e rosone come ricami sulla tela e ingresso al chiostro imponente e molto elaborato; dentro la chiesa statue del Colombo ed affreschi del Gamba coinvolgono fedeli e semplici visitatori di passaggio.

Qua e là, tra una chiesa e l'altra, tra una piazzetta e l'altra, i palazzi nobiliari fanno armonia con abitazioni comuni decorate da portali, cornici, medaglioni, formelle, balconcini angolari. Una sorta di catalogo d'arte dove le dissonanze fanno armonia attraverso negozi, dove l'acquisto è

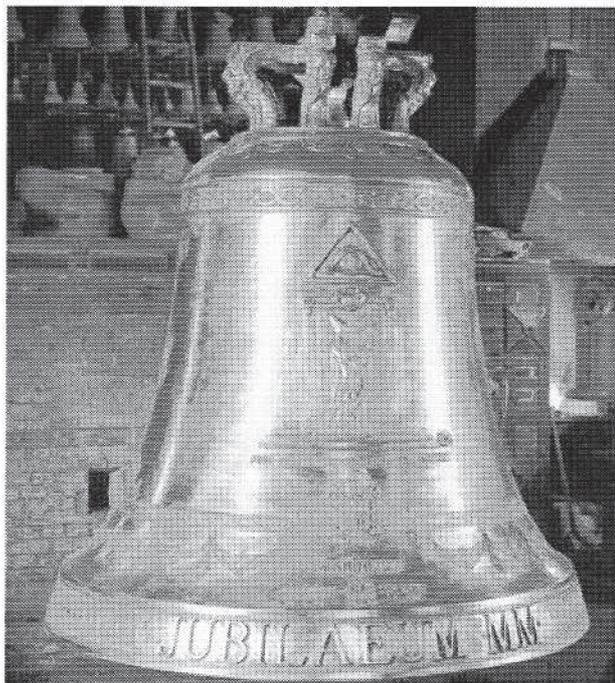


Agnone

anche incontro e dialogo, i ristoranti, con piatti di cucina tradizionale, le pasticcerie, dove i confetti appena usciti dalla "bassina" del laboratorio al di là del banco di vendita che competono con le torri "ostie acqua e farina" che proteggono il ghiotto impasto di noci, mandorle, cioccolato e miele.

Accattivante è anche il profumo dei prodotti caseari: qui, com'è noto, il latte locale viene trasformato alla periferia della città da laboratori specializzati aperti ai visitatori che possono ammirare lavoro e trasparenza di mezzi e metodi.

Tra le antiche attività, spicca quel-



Pontificia Fonderia Marinelli



la della fonderia di campane, la storica Pontificia Fonderia Marinelli, dove la fusione segue tecniche e metodi del secolare artigianato: fonderia che Giovanni Paolo II volle vedere personalmente in attività nel 1995, dopo aver visitato l'annesso Museo Storico della Campana, molto frequentato da visitatori d'ogni provenienza attratti da un "racconto" ricco ma non noioso, divertente ma non superficiale, istruttivo per interazione personale, ma con un filo conduttore preordinato sviluppando un discorso, architettonicamente al servizio delle opere esposte e in rapporto ben coniugato col territorio. Subito oltre la porta di bronzo dedicata alla "Tavola di Agnone", "locandina" di bronzo (III/II sec. a.C.) che riporta nella lingua dei Sanniti la legge del santuario di Cerere, un film presenta al visitatore la fonderia in attività prima del percorso nell'ampia sala dove campane dei vari secoli raccontano la loro storia a partire dal sec. X.

Agnone è un luogo veramente ideale per un soggiorno da raccontare, per congressi e incontri di studio, al servizio dei quali si pongono con la discrezione d'un tempo alberghi e pensioni, a quattro passi dalla ricca biblioteca nell'antico ex convento restaurato senza fughe dalle origini, a partire dal portale del chiostro, monumento nazionale.

Ma Agnone va anche oltre la cinta, perché con brevi percorsi nei dintorni si toccano mete d'arte e della natura rispetto alle quali c'è solo l'imbarazzo della scelta.

Due di tali mete si chiamano teatro-tempio di Pietrabbondante, che il noto archeologo Maiuri definì "il più felice connubio tra strutture italiche e architettura greca", e Riserva Naturale dell'UNESCO, nota con l'acronimo inglese "Mab", Man and the biosphere (l'uomo e la biosfera), cioè luogo dove si studia il rapporto dell'uomo con la natura. Qui veramente la natura è regina e le guardie forestali sono i suoi custodi, pronti ad accogliere gli ospiti

e a guidarli lungo i percorsi, uno dei quali aperto ai diversamente abili e corredato di "32 tabelle informative che illustrano, sia con caratteri visibili che Braille, la flora, la fauna, la geologia, il clima, la storia e le attività antropiche, passate e recenti, nella Foresta di Montedimezzo".

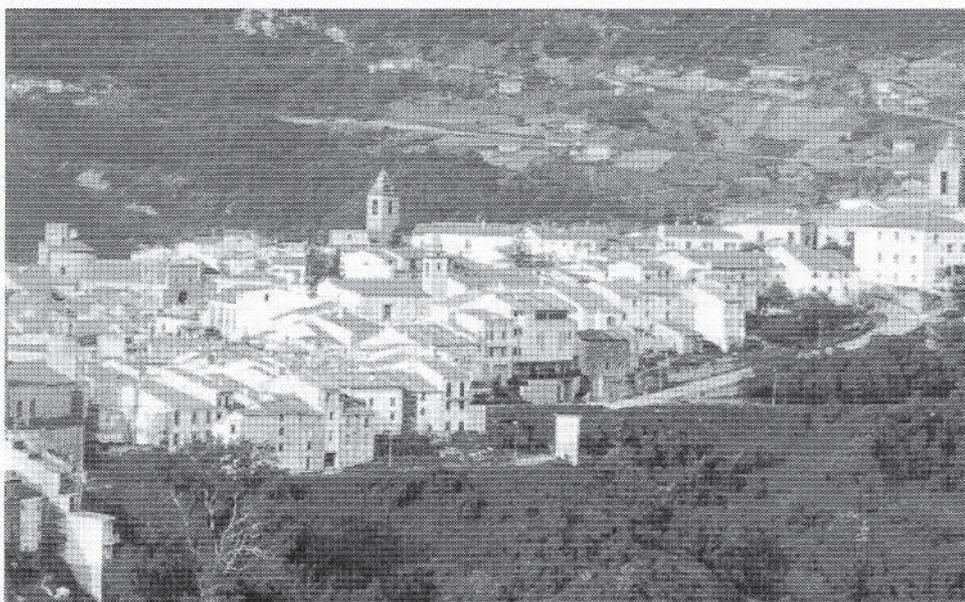
Queste due testimonianze storiche, una dell'uomo e l'altra della natura, sono sicuramente rappresentative di un terra da scoperta, che non esclude altre di uguale pregio se solo la sosta in Agnone non è quella del "mordi e fuggi", perché questa città dall'alto degli 840 metri estende i suoi rapporti naturalistici, architettonici, archeologici e storici oltre i confini comunali: a quattro passi c'è il Giardino di Flora Appenninica della vicina Capracotta, "orto botanico naturale, in cui vengono conservate e tutelate le specie vegetali della flora tipica delle montagne dell'Appennino centro-meridionale" (con gestione scientifica dell'Università del Molise), e, poco più in là, nel Parco Nazionale d'Abruzzo Lazio e Molise, le statuarie Mainarde, che non hanno nulla da invidiare alle nostre Alpi, come scrisse mons. Bonomi nel 1944, cappellano militare del Corpo Italia-



no di Liberazione, e dove l'originale Monumento ai Caduti racconta alle nuove generazioni la battaglia della Guerra di Liberazione che qui cambiò la storia d'Italia.

Capracotta

Una immagine, questa di Agnone e del suo comprensorio, evocatrice di una sorta di Cortina del Mezzogiorno, con un paesaggio segnato da testimonianze eccezionali dalla notte



Agnone

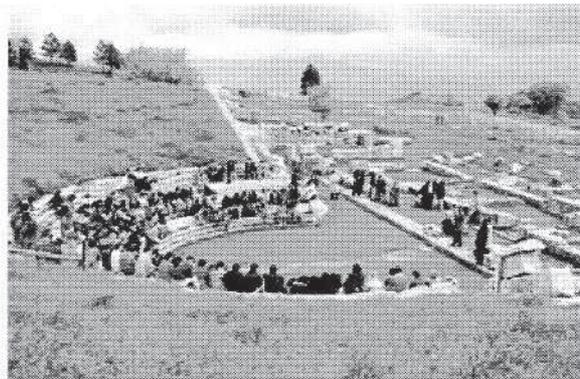
dei tempi ai nostri giorni: nel vicino Museo di Pescopennataro si possono ammirare "oggetti d'arte primitiva" ricavati da pietre comuni trasformate in oggetti d'uso; oggetti che ognuno può toccare con mano percorrendo il territorio tra i "pezzi di squali più giganteschi vissuti nelle acque del nostro pianeta" quando qui c'era il mare, ai quali Folco Quilici ha dedicato una bella pagina del suo libro "I miei mari".

Se poi si avanza di poco verso San Pietro Avellana, in questo originale paesino di confine il "Museo della civiltà e del costume d'epoca" mostra, tra l'altro, "vestiti d'epoca di grande pregio, che vanno dal '600 ai giorni nostri con cappellini e sciarpe, ricami e pizzi, veli collegati ad abiti". Un viaggio nel passato di un paese sul tratturo Celano-Foggia, l'antica via battuta nei secoli da

pastori e pellegrini, ma anche da eserciti e regnati, e tra questi ultimi Federico II nel suo andare su e giù per la penisola.

D'inverno, poi, Natale ad Agnone vuol dire godersi lo spettacolo unico della "ndociata": una lunga teoria di persone che percorrono le strade cittadine con torce che bruciano sulle spalle per il tempo richiesto dal rito antico della notte di Natale. E non è finita, perché, se c'è la neve, le piste di Capracotta a quattro passi e quelle di Roccaraso a otto fanno la gioia di piccoli e grandi in un clima di famiglia allargata, dote propria della solidarietà della montagna.

Giovanni Paolo II venne ad Agnone in primavera, e anche in quella stagione colse l'incanto del posto con la celebre frase: "Valleva la pena di venire qui!"



Pietrabbondante



San Pietro Avellana

Montedimezzo, foresta Mab