

Medici & Medici

Periodico di informazione Medico-Sanitaria • Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

- ▶ *Editoriale:*
ASSEMBLEA ANNUALE
- ▶ *Il punto su:*
EMERGENZA MAREMOTO

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona • Direttore Responsabile: Fulvio Borromi • Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona • N. 8 - Gennaio 2005 • Spec. Abb. Postale 70% - Filiale di Ancona • CONTIENE INSIEME LP.

2005

8
gennaio



Spazi ambulatoriali



*disponibili
anche per frazioni
di giornata
o prestazioni singole*

Uscita A14 Ancona Sud
(vicino Hotel Palace)

Si offre:

- Servizio di prenotazione telefonica orario continuato 8-20
- Servizio di segreteria - fax - e-mail
- Sala riunioni 15-20 posti
- Ampio parcheggio gratuito
- Accesso e servizi handicap
- Aria condizionata

Per informazioni

Poliambulatorio Salute 2000

Via Grandi, 10 - 60027 - Osimo (AN)
tel. 0717302251 - Fax 071732455
<http://www.saluteduemila.it>
E-mail: info@saluteduemila.it



Direttore Responsabile

Fulvio Borromei

Vice direttore

Gianbattista Catalini

Coordinatore di Redazione

Nicola Battelli

Vice coordinatore

Sergio Giustini

Redazione

Maria Beatrice Bilò

Vincenzo Berdini

Sergio Giustini

Tiziana Pierangeli

Marco Silvestrelli

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Gianbattista Catalini

Segretario

Luigi Venanzi

Tesoriere

Francesco Lattanzi

Consiglieri

Nicola Battelli

Maria Beatrice Bilò

Marcello Mario D'Errico

Sergio Giustini

Arcangela Guerrieri

M. Giovanna Magiera

Tiziana Pierangeli

Quirino Massimo Ricci

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Augusto Sertori (od.)

Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi

Giuliano Rocchetti

Giordano Giostra

Mario Perli

Revisore dei conti supplente

Vincenzo Berdini

Commissione Odontoiatrica

Federico Fabbri

Augusto Aquilano

Francesco Montecchiani

Augusto Sertori

Stefano Tucci

In copertina:

"Tempio Romanico di S. Vittore"

Genga (AN)

Questo numero è stato chiuso:

21 gennaio 2005

sommario

editoriale

Assemblea annuale degli iscritti 4

il punto su...

Emergenza maremoto 8

bioetica

Il medico di fronte alle tragedie 11

dalla FNOMCeO

**Del Barone: apprezzamento
per la battaglia contro il fumo 16**

Lauree false 17

dal Ministero

**Al via la riorganizzazione del settore
delle professioni sanitarie non mediche 19**

informazioni

Che cos'è l'AMCI 20

Sostanze fluorate in odontoiatria 26

Oncologia palliativa 29

rubrica giovani

Cosa farò da grande? 30

Asegnazione contributo di studio

dott. Giorgio Fanesi 30

***congressi e corsi* 31**

<http://www.ordinemedici.ancona.it>

e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it



RELAZIONE del PRESIDENTE

di **Fulvio Borromei**

Partecipando a vari incontri, convegni, seminari posso affermare la vivacità culturale e di iniziativa che il corpo professionale presenta.

C'è comunque l'esigenza di una sintesi organizzativa ed operativa, per portare dal **progetto all'opera il vettore salute** che si evidenzia nel corpo professionale.

Parafrasando un concetto fisico questo è l'insieme di punti che costituiscono la linea d'azione e l'intensità di una forza propositiva da concretizzare.

Perché questo si possa realizzare, da una parte c'è la necessità che la professione operi in maniera sempre più appropriata, dall'altra che ci sia un indirizzo politico chiaro di dove va e andrà il SSN (e quello regionale).

Quante risorse sono disponibili e come queste andranno ripartite, eliminando sovrapposizioni che potrebbero rendere meno efficaci gli interventi sulla salute.

I ruoli professionali devono essere chiari e il terreno di applicazione ben definito.

Le varie componenti professionali devono presentare le loro proposte e una volta raggiunto un accordo a questo si deve sottendere (mantenerne fede) e chi lo sottoscrive deve mettere a disposizione gli strumenti affinché si realizzi e si raggiungano gli obiettivi prefissi.

In questa fase è particolarmente importante impostare una formazione professionale (con il contributo di tutte le associazioni professionali e società scientifiche di categoria, gli ordini e l'università) che guardi ai vari problemi del cittadino e della società in senso prioritario, perché si possano dapprima soddisfare le più importanti esigenze di salute.



Sicuramente aver istituito **l'educazione continua in medicina (ECM)**, rappresenta un bel progetto di crescita professionale che rispecchia l'obbligo di aggiornamento che ritroviamo nel nostro codice deontologico.

Art 16 (aggiornamento e formazione professionale permanente) recita: **il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico.**

Nel 1998 un documento dei Presidenti di Ordine dei Medici sancisce l'obbligo morale di continuare ad aggiornarsi (prodromi della Carta di Venezia)

Nel 1999 l'aggiornamento diventa legge, il decreto di riforma del SSN firmato dal ministro Bindi sancisce l'esordio ufficiale dell'aggiornamento obbligatorio **ECM**.

Sempre nel 1999 nasce la commissione ECM (di cui un vicepresidente è il Presidente della FNOMCeO), Umberto Veronesi insedia al ministero della Sanità la Commissione Nazionale per l'educazione continua in medicina

Nel 2002 si ha l'esordio delle ECM residenziali (il progetto diventa ufficialmente operativo)

Nel 2004 parte la formazione a distanza (vengono accreditati i provider che gestiranno la fase sperimentale della FAD - Ministro Girolamo Sirchia)

In questo scenario gli ordini hanno deciso di essere parte terza, cioè i garanti di tutto que-

sto processo e si sono lasciati solamente lo spazio formativo in etica e deontologia.

In questo momento ci sono delle forti criticità tra FNOMCeO e sistema ECM, questo clima è chiaramente enunciato in un ORDINE DEL GIORNO del Consiglio Nazionale del 16-17 ottobre 2004 i cui punti salienti sono:

- l'immediata dimissione dei propri rappresentanti dalla Commissione Nazionale ECM, chiedendo lo scioglimento di predetta commissione e la messa in mora del sistema formativo così come finora attuato.
- Si impegna il Comitato Centrale ad un confronto con la Conferenza Stato-Regioni per incidere sulle modalità attuative della formazione permanente cercando anche una omogeneizzazione (la devoluzione regionale sta creando problemi di diversa attuazione tra una regione e l'altra)
- La necessità di una profonda riflessione di come riprogettare tutto lo sviluppo formativo del medico adeguandolo alle necessità ed esigenze dei pz e della società. **Non ultimo il problema dei finanziamenti, la loro trasparenza, io mi auspicherei un finanziamento pubblico, perlomeno per quegli obiettivi prioritari che la politica insieme con la professione dovrebbero individuare.**
- Convocare in tempi brevi una conferenza nazionale sulla formazione del medico, dando alla Istituzione Ordinistica gli strumenti di vero garante e non solo il ruolo notarile.

Nella nostra regione (le Marche) lunedì si insedierà la CONSULTA REGIONALE ECM, percorso che la Regione Marche ha preferito seguire per affrontare i temi della formazione.



In questa sede in qualità di **presidente** rappresentante anche gli altri ordini marchigiani porterò certamente il mio contributo costruttivo, tenendo conto delle criticità che vi enunciai in precedenza e valuterò come rappresentare al meglio quel ruolo di garante che l'Ordine stesso si è dato.

Il decreto ministeriale 19-10-2001 n° 445, regolamento concernente gli esami di stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo, ci ha visti impegnati come Ordine dei Medici nella realizzazione del nuovo esame di stato.

Abbiamo dato il nostro contributo sia nella fase organizzativa che in quella valutativa degli elaborati, vedendo inoltre il Presidente e il Vicepresidente (con due consiglieri sostituiti) componenti della commissione d'esame.

I medici candidati all'esame di stato hanno svolto tre mesi di tirocinio rispettivamente in reparti di Medicina e Chirurgia e negli ambulatori dei MMG.

Con soddisfazione posso affermare che tale esperienza formativa si è conclusa nella sua prima parte (attualmente vi sono colleghi che stanno svolgendo il tirocinio) con un ottimo risultato, in quanto oltre alla soddisfazione e al parere fortemente positivo dei tirocinanti nei confronti dei loro tutors, le valutazioni ottenute sono state tra le migliori a livello nazionale.

Il decreto ministeriale presenta sicuramente delle criticità che sono state affrontate dal nostro ordine insieme all'università, la regione e le associazioni professionali per cercare



quella collaborazione e coordinamento indispensabile per la riuscita dell'esame stesso.

Si deve tener conto che tutti i medici tutors (i quali ringrazio per il loro atteggiamento responsabile) hanno prestato e prestano la loro opera in modo gratuito con un aggravio di impegno professionale considerevole.

Gli Ordini si sono attivati redigendo una Mozione d'ordine ai Ministeri competenti (Università e Salute) affinché provvedano in tempi brevissimi ad attivare i dovuti riconoscimenti professionali ed economici per tutti coloro che partecipano a vario titolo all'ESAME DI STATO.

Ricordo ai colleghi che l'Ordine sta continuando a lavorare al **tavolo permanente regionale di confronto istituzionale** sui temi della deburocratizzazione e su possibili camere di conciliazione per tentare di risolvere in modo extragiudiziale le controversie sempre più frequenti tra cittadini e medici.

L'Ordine di Ancona continua nella strada della comunicazione, la MAILING LIST si implementa di nuovi iscritti i quali ricevono informazioni in tempo reale.

Il bollettino pubblica articoli stimolanti ed interessanti (ringrazio il Dr Battelli N. e tutta

la redazione per il lavoro che svolgono) e presto si cercherà di realizzare pubblicazioni periodiche che evidenzino la nostra buona sanità provinciale e regionale. Il Bollettino ne diventerà lo strumento. Infatti verrà concordata una collaborazione tra l'Ordine e l'Azienda Ospedaliera di Torrette Umberto I (ne ho già discusso con il DG dr Paolo Menichetti) che appunto permetterà di pubblicare lavori, esperienze, iniziative che riguardano le attività ospedaliere permettendo così una maggiore conoscenza di ciò che si realizza nel nostro Ospedale Regionale. (tale iniziativa potrà in seguito estendersi anche alle realtà territoriali).

In ambito ordinistico è stato stilato un accordo che regola i rapporti tra il medico di continuità assistenziale e il medico del 118 e la centrale operativa, con le varie rappresentanze professionali, con l'intento riuscito di migliorare la funzionalità dei servizi migliorando i rapporti tra gli operatori. Di questo devo ringraziare il Dr Sestili Riccardo per l'impegno dimostrato.

Il problema assicurativo che la commissione ordinistica preposta (diretta dal Dr Sertori Augusto) sta continuando a studiare, si presenta complesso e di difficile risoluzione.

Garantire una buona assicurazione ai medici i quali nei momenti di criticità non vengano abbandonati a mio avviso richiede un intervento politico (come nel campo automobilistico), intervento che io ritengo urgente per permettere ai medici di lavorare serena-

mente e ai cittadini di avere garantita una medicina efficace e a loro vicina.

Questo Ordine guarda con attenzione la nuova generazione di professionisti e in questo senso vanno alcune iniziative come la deliberazione consigliare di costituire una **commissione (o un working group) di giovani iscritti** che sia rappresentativa delle varie specializzazioni, con il compito di elaborare proposte e segnalare problematiche dei giovani medici.

Inoltre verrà regalata la guida all'esercizio professionale ai neoiscritti (medici-odontoiatri) in occasione della assemblea ordinistica che ne facciano espressamente richiesta presso la sede dell'ordine (possibilmente entro trenta giorni dalla data dell'assemblea)

Il Consiglio ha inoltre deliberato e reso attuativo il **bando di Concorso per l'assegnazione del I CONTRIBUTO DI STUDIO dr Giorgio Fanesi** a giovani medici. Proprio oggi lo assegneremo ai vincitori di questo bando.

In collaborazione con la Commissione Odontoiatrica (che ringrazio per il suo lavoro a partire dal Dr Fabbri F.) e la Commissione pubblicità di Ancona e la partecipazione degli altri presidenti ordinistici il nostro ORDINE si è fatto promotore della costituzione di una COMMISSIONE REGIONALE sulla pubblicità sanitaria, anche alla luce della legge Gasparri che **la rende possibile** oltre che sui giornali anche nelle emittenti locali.

Ciò a tutela di un uniforme atteggiamento su tutto il territorio regionale.

La collaborazione con gli altri presidenti di ordine marchigiani è fattiva e costruttiva e li vorrei ringraziare anche per avermi affidato il ruolo di capofila e coordinamento.

In questo ultimo anno di mandato il Consiglio si prefigge di portare a completamento la realizzazione del programma presentato alla professione tutta, molte iniziative sono già in cantiere come quella della realizzazione di un convegno dal titolo: **integrazione ospedale territorio, aspetti etici e deontologici** (a tal proposito ringrazio tutto l'esecutivo per il sostegno a tale iniziativa) che si realizzerà il 05/03/05.

Altri temi verranno sicuramente affrontati: le medicine non convenzionali, funzioni e compiti dei CTU, il disagio del medico (tema seguito a livello nazionale dal vicepresidente dr Catalini G.), integrazione e rapporti con le altre figure sanitarie; di grande importanza sarà l'opera curata dal nostro consigliere dr Giustini Sergio **sulla storia del nostro Ordine di Ancona** alla cui presentazione vi invito a non mancare.

A conclusione di questa mia relazione porgo un sincero e grato saluto a tutti coloro che sono oggi qui presenti perché essere presenti significa partecipare in qualche modo al riconoscimento di un lavoro e di un compito svolto da me e da tutto il Consiglio.

Ringrazio l'esecutivo: il vicepresidente dr Catalini G., il segretario dr Venanzi L., il tesoriere dr Ricci Massimo Quirino per la loro preziosa collaborazione.

Un saluto altrettanto caloroso e affettuoso va a tutto il Consiglio e a tutto il personale del nostro Ordine.

Mentre mi accingo ad Augurare a tutti voi un **Felice Anno Nuovo** veramente di cuore, vorrei terminare il mio intervento ricordando a tutti i Colleghi presenti ed in particolare ai più giovani l'articolo 57 del nostro codice deontologico, inserito nel titolo IV, **rapporti con i colleghi**; questo articolo tratta del **rispetto reciproco tra medici** e così recita:

il rapporto tra medici deve ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione delle rispettive attività professionali.

Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.

Il medico deve assistere i colleghi senza fini di lucro, salvo il diritto al recupero delle spese sostenute. Il medico deve essere solidale nei confronti dei colleghi sottoposti a ingiuste accuse.

Se saremo capaci di rispettarci e di sostenerci oltre a dare un'immagine etica della nostra professione la renderemo maggiormente capace di saper resistere a tutti quei processi di disgregazione che ormai ci circondano e costantemente tendono ad indebolirla.

Grazie

Ancona 11/12/04

Il punto su: emergenza maremoto

di Marco Esposito

20.20, SECONDA FESTA DI NATALE

Al telegiornale trasmettono le immagini del maremoto in Asia. La tensione è alta: io so che potrei ricevere una telefonata.

L'ARES è una Associazione di volontariato composta unicamente da sanitari, ha come finalità l'intervento in caso di disastro, una partecipazione specialistica non solo perché operatori sanitari, ma come conseguenza di una formazione in medicina e psicologia delle catastrofi perseguita in "tempo di pace", cioè quando normalmente non si pensa ai disastri. Inoltre compito dell'Associazione è l'organizzazione dell'intervento con tutti quei materiali necessari per il funzionamento di un ospedale da campo. Tutto ciò in virtù di una convenzione stipulata con la Regione Marche, Servizi di Protezione Civile, Sanità e Politiche Comunitarie, sulla base della quale l'ARES fornisce personale specializzato e la Regione i materiali preventivamente individuati per lo svolgimento di tali funzioni. Ma il rapporto di collaborazione e di interazione con la Regione si è consolidato in progetti di previsione e prevenzione sulle diverse ipotesi di rischio che possano coinvolgere Protezione Civile e Sanità: molto si è fatto e si sta facendo per diffondere la sensibilità verso le tematiche della Medicina delle Catastrofi.

20.30, SECONDA FESTA DI NATALE

Squilla il telefono, è Roma, il Dipartimento di Protezione Civile: mi chiedono se l'ARES è pronta a partire. Non so quando, né per dove e come, sì l'ARES è pronta. Cominciano una serie di telefonate che delineano sempre meno vagamente la destinazione, Thailandia, 3 medici e 3 infermieri, partenza fra 10 ore da Roma con tutto il materiale per allestire un posto medico avanzato di II° livello, cioè in grado di gestire 50 pazienti gravi al giorno per almeno 3 giorni.

Parte l'allarme per tutti i soci dell'ARES e in un'ora il team richiesto è pronto, intanto alla



Protezione Civile Regionale si cominciano a preparare tutti i materiali e si sceglie il personale che ci coordinerà.

E' un bel gruppo, si lavora assieme da tempo, abbiamo già affrontato l'emergenza sanitaria di Loreto per la visita del Papa con 250.000 persone, è fondamentale l'integrazione con la nostra Protezione Civile e quella nazionale che incontreremo a Roma.

Dopo 5 ore dall'allarme parte da Ancona il convoglio della Regione Marche con i sanitari dell'ARES, direzione Pratica di Mare da dove decolleremo alle 12, destinazione Phuket, Thailandia.

Un viaggio di 14 ore, riempite a fatica con tentativi di sonno, preoccupazioni e battute a sdrammatizzare, briefing per valutare tutti i possibili scenari appena atterrati a 8.000 km da casa.

Il centro di coordinamento internazionale di Phuket offre il primo approccio al caos tipico di una catastrofe: nella grande sala allestita presso il palazzo comunale, oltre ai funzionari di 90 nazioni, girano feriti, turisti in cerca di amici o di un volo per rimpatriare, volontari di ogni nazione offrono la loro collaborazione, giovani thailandesi distribuiscono acqua fresca e frutta.

Nelle bacheche all'esterno della sala, migliaia di volti aspettano di essere riconosciuti.

Qui, con il Dipartimento si decide la strategia di intervento: non si monta il nostro PMA, ma si cercheranno i feriti italiani in tutti gli ospedali di una vasta zona che, superata l'isola di Phuket, si estende a nord quasi al confine con la Birmania.

Italiani da rintracciare, valutare, seguire e trasferire in ospedali più vicini o presso la nostra base che andremo a costituire a Patong, poi da rimpatriare.

Entriamo in questo ruolo non previsto, si tocca la

disperazione della gente ancora con sistemazioni di fortuna in ampi reparti pieni di feriti, dove ci si muove a fatica.

Ritroviamo il significato del nostro intervento quando chiamiamo per nome le persone che cerchiamo e il loro volto si illumina rassicurato dalle nostre parole “non ti preoccupare, da ora in poi ci pensiamo noi a te, ti riportiamo in Italia appena possibile”.

Poi a sera si incrociano i primi dati raccolti, confrontiamo i nomi provenienti da più fonti di informazione, programiamo gli itinerari futuri, corriamo di nuovo dai “nostri” pazienti che hanno paura di essere amputati...

E' da due notti che non dormiamo e ci imponiamo di farlo per almeno tre ore, anche se l'istinto ci porterebbe a visitare altri feriti.

Nella frenetica corsa continua, ho anche qualche secondo di tempo per intimorirmi di fronte agli alti graduati dell'aviazione thailandese che discutono fra loro sull'opportunità di metterci a disposizione due elicotteri. Li abbiamo chiesti per recuperare dei pazienti molto gravi all'ospedale di Krabi, ad una distanza eccessiva di auto da Phuket. Ed è così vincolante il mio giudizio clinico di trasportabilità delle due pazienti gravi, sulla loro sorte se decidessi di lasciarle in quell'ospedale così poco attrezzato: che ne sarebbe delle loro ferite infette, del pneumotorace e della frattura instabile di bacino? E di quell'italiano che ha perso il bambino e non sopporta più il dolore di medicazioni senza anestesia?

Carichiamo tutti e sette gli italiani feriti e, con un viaggio apparentemente interminabile, li trasportiamo a Phuket. Gli ultimi timori si dissolvono quando prima di atterrare vedo le ambulanze pronte a trasportare i pazienti nel miglior ospedale della città.

Sistemando nel diafanoscopio le radiografie dell'ulti-

mo paziente trasportato, sento che questo piccolo percorso si è concluso e capisco quanto sia stata importante la collaborazione di più forze per ottenere questo risultato: un solo anello mancante in questa catena del soccorso e tutto sarebbe andato male.

Intanto si è consolidata la nostra base logistica e sanitaria a Patong, presso l'albergo dove ha sede il Club Italia, un'associazione di italiani che vivono in Thailandia: qui arrivano connazionali che cercano parenti e amici, chi vuole tornare a casa, chi porta testimonianze o chi è ferito.

Abbiamo attrezzato qui il nostro ambulatorio con 7 posti letto e ben presto utilizziamo diverse stanze dell'albergo con i pazienti che abbiamo trasferito dagli ospedali: ci occupiamo delle loro terapie, delle medicazioni delle loro ferite che tendono sempre ad infettarsi. Non c'è orario, qui vengono anche persone soltanto per il tempo necessario di una flebo con antibiotico e poi tornano a girare, chissà dove, alla ricerca dei loro familiari dispersi.

In questa sede, fra problemi logistici e sanitari, le ferite più complesse sono quelle delle persone che non si trovano e lasciano un vuoto immenso nella testa di chi, per fortuna o per condanna, si è salvato.

Una nostra squadra si è più volte diretta al nord e torna tardi la sera: non è la stanchezza che rende difficile il racconto di ciò che hanno visto nei luoghi più colpiti dall'onda.

E' la sera del 30 dicembre quando parte il primo gruppo di italiani, feriti e non, caricati su ambulanze e pulmini, diretti verso l'aeroporto dove un aereo dell'Alitalia li sta aspettando per il rimpatrio. Un altro piccolo passo si sta compiendo, anche questo non senza fatica, e quando l'ultimo mezzo che chiude il convoglio parte dall'albergo, avremmo quasi voglia di festeggiare, ma ci pesa l'aria strana che rimane fra noi, sono partite tante persone, l'albergo è quasi vuoto, il tempo ha voglia di pioggia e qualcuno ha sentito delle scosse di terremoto.

Nell'improvviso silenzio dopo la frenetica partenza, sentiamo ancora le storie che ci portiamo dentro di quelli che sono partiti e dei pochi che non si sono arresi e sono rimasti a coltivare ancora qualche piccola speranza.

Continua il nostro lavoro di ricerca non solo dei feriti, ma anche dell'identità di alcuni deceduti, assieme ai Carabinieri che la sera tornano stravolti a Patong, dopo una giornata



ta di prelievi per il DNA. Intanto teniamo sotto controllo i pazienti che abbiamo trasferito in elicottero al Bang Kok Phuket Hospital e monitoriamo la stabilizzazione in vista del loro trasferimento in Italia.

Arrivano con sei ore di anticipo rispetto all'Italia, gli ultimi momenti di quest'anno: non è difficile il bilancio, impossibile non essere condizionati da questa tragedia che cancella tutto ciò che può esserci stato di buono in questo 2004.

Cominciamo a sentire il peso di quanto accumulato dentro, le nostre famiglie sono lontane, vivono di riflesso le nostre emozioni e le paure, accentuate dalle notizie dei telegiornali che annunciano l'arrivo di nuove onde anomale e del colera.

C'è tensione e tristezza, non abbiamo voglia di festeggiare, ci scambiamo gli auguri con lo sguardo basso, un sorriso appena accennato, c'è vento, poi comincia a piovere

Cominciamo l'anno con le solite visite, ma prepariamo i pazienti all'ipotesi del ritorno in Italia.

I nostri coordinatori regionali e nazionali della Protezione Civile stanno febbrilmente organizzando questo volo anche sulla base delle nostre richieste sanitarie: servono alcuni presidi specifici per il trasporto dei pazienti gravi e il collegamento con Roma ci garantisce il reperimento degli stessi.

Siamo di nuovo di fronte alla necessità di un giudizio clinico sulla trasportabilità in aereo, un viaggio di 12 ore per i nostri pazienti più gravi, e ci riserviamo la decisione all'ultima visita, un'ora prima del decollo.

Intanto si organizzano tutti i mezzi che serviranno per l'ultimo trasporto in aeroporto, i camion per i

materiali, le ambulanze per i feriti che abbiamo a Patong e per quelli che sono ancora in ospedale, i pulmini per i non feriti; si studiano i tempi e le priorità, la distribuzione delle squadre sanitarie nei mezzi; si controllano e si suddividono gli strumenti sanitari di cui potremmo aver bisogno durante il viaggio in aereo e quelli che invece lasceremo in dotazione alla squadra sanitaria ARES che rimarrà alla base ancora per qualche giorno assieme ai funzionari del Dipartimento.

Alle tre di notte arriva l'ultima coppia di italiani feriti che siamo riusciti a rintracciare e recuperare dall'ospedale di Nakon Si Tammarat, a 6 ore di auto da Phuket.

Tutto è pronto, ripassiamo più volte tutti i

percorsi e i tempi, un abbraccio forte ai nostri che rimangono, un incitamento reciproco, un'ultima corsa a salutare gli amici del Club Italia, uno sguardo alla nostra "base" e comincia l'ultima fase della missione.

Sentiamo la tensione della decisione finale, ma percepiamo forte la collaborazione di tutto il gruppo, un gran lavoro comune, la massima disponibilità ad aiutarci, il riconoscimento dei ruoli, il conforto degli incitamenti che ci scambiamo, anche solo con lo sguardo.

In questa corsa frenetica, fermiamo il cronometro di fronte alla decisione finale, ci prendiamo il tempo di valutare più oggettivamente possibile le condizioni delle nostre pazienti più gravi; rivalutiamo con grande concentrazione tutti i parametri che i nostri strumenti ci permettono di misurare. Si parte.

Sistemiamo con estrema cura i nostri pazienti nelle postazioni predisposte nell'aereo e organizziamo il monitoraggio delle loro condizioni.

Qualche secondo ancora in terra Thai, il tempo dell'abbraccio commosso a Barbara e Simone, i ragazzi italiani che ci hanno accompagnato ed aiutato nelle nostre ricerche, a Gigi e Silvia per la loro esuberante generosità, al Console italiano per la collaborazione, al sorriso del gentile popolo Thai.

Un pensiero ai volti, agli sguardi, ai sorrisi di quelle foto ancora appese nella nostra mente.





Bioetica

di Massimiliano Marinelli



La tragedia del maremoto che ha colpito la regione del Sud Est asiatico ha scosso le coscienze di ognuno. Moltissimi cittadini hanno risposto alla impellente richiesta di aiuto, inviando denaro alle agenzie che si occupano delle emergenze in uno slancio solidale internazionale senza precedenti. Tra gli aiuti umanitari, spicca per professionalità, efficacia e dedizione quello sanitario. La presenza all'indomani della catastrofe di team sanitari, adeguatamente preparati a prestare le prime cure all'umanità colpita e frastornata dalla sofferenza, rivela l'altissimo valore della Medicina e rinvia immediatamente alle radici etiche della professione sanitaria.

Può essere utile, quindi, presentare il testo di un Forum tenuto recentemente presso la Facoltà di Medicina di Ancona che tenta di rintracciare, in una professione in rapida mutazione, le radici che fondano la moralità dell'operatore sanitario. Tra i concetti che emergono e risuonano attuali anche nei luoghi sconvolti dal maremoto, c'è il richiamo alle radici ippocratico-cristiane che non coinvolge solo il medico. Di fronte al proliferare delle figure che si occupano della sanità (medici, operatori sanitari, manager, amministratori, politici), una delle possibili vie contro la colonizzazione dell'etica medica da parte delle categorie economiche, sta nell'allargamento delle obbligazioni morali anche alle figure non mediche e non viceversa. Insomma, chi si occupa della salute, fosse pur anche un economista dovrebbe sentirsi più vicino ai valori che hanno informato le azioni del medico, piuttosto che ai principi che regolano le transazioni economiche. .

In secondo luogo il testo rafforza il legame che esiste tra Medicina, Etica e lotta alla sofferenza prendendo in considerazione il macigno interpretativo della sofferenza dei bambini. Le notizie di possibili traffici di bambini scampati al disastro asiatico sono orribili e aggiungono sofferenza a sofferenza. Al di là delle differenti ed impotenti interpretazioni teoretiche sul significato della sofferenza, la Medicina esprime, assumendosi la responsabilità di una prassi liberatoria di fronte al soffrire umano, una risposta possibile e praticabile.

Il testo che segue, che presenta in maniera organica, elementi già pubblicati in singoli numeri del bollettino, intende sollecitare i medici a ripensare all'altissimo valore della propria professione ed è idealmente dedicato al dott. Sandro Totti che ha incarnato nella sua vita professionale il nucleo originario dell'etica medica.

Buona lettura.

DALL'ETICA MEDICA TRADIZIONALE ALL'ETICA MEDICA ATTUALE.

Prima di addentrarci nelle caratteristiche biotecnologiche della sanità, occorre prendere in considerazione l'etica e tentarne una qualche definizione.

Tra le possibili definizioni dell'Etica c'è una a forma di domanda: l'Etica avrebbe il compito di rispondere alla domanda: *come dovrei vivere la mia vita?*

Tale domanda rivela la sostanziale praticità dell'etica che, al di là della speculazione teoretica, si muove nell'orizzonte della prassi.¹

Nel corso dei secoli, numerose teorie morali si sono assunte il compito di rispondere a tale appello.

L'idea di una *legge naturale*, l'etica kantiana, la tradizione del *contratto sociale*, l'utilitarismo, la teoria della *virtù*, i *diritti umani*, l'egoismo, la *deontologia*, i *doveri prima facie*, il *conseguenzialismo* hanno tentato di rispondere alla richiesta di definire una possibile vita morale².

Tutte queste teorie, nelle versioni più moderne, convivono nella nostra società.

Nell'ambito che ci riguarda, continuando con le *definizioni a domande*, l'etica medica tradizionale avrebbe, dunque, il compito di rispondere alla domanda: *come dovrei orientare le mie azioni professionali nei confronti del paziente?*³

1 - E' chiaro che tale domanda per avere significato si pone già in un orizzonte morale.

Orientare le proprie azioni eticamente presuppone, infatti, la consapevolezza che ciò sia possibile e necessario, l'etica dovrebbe illuminare tale ricerca esistenziale.

2 - L'elenco è stato tratto dalla parte IV intitolata appunto *how ought I to live?* di Singer P. (ed.) *A companion to ethics*, Blackwell Publishers 1993 Oxford.

3 - Ancora una volta il medico si muove in uno scenario etico, richiedendo alla etica medica tradizionale di indicare le ragioni delle scelte morali

Sino a pochi decenni fa, il medico poteva nutrire pochi dubbi nel rispondere a tale domanda: impermeabile alle numerose teorie etiche elencate prima, rinveniva facilmente la fonte della sua moralità professionale nell'etica ippocratico-cristiana⁴.

Sin dall'antichità, infatti, sono state chiare le ragioni perché il medico doveva possedere una propria etica, diversa da quella di altri professionisti.

Diversamente dalle **etiche degli affari** dove la correttezza del rapporto, la trasparenza del contratto rappresentano i cardini esclusivi della condotta morale del soggetto nei confronti del cliente, l'etica medica prescrive qualcosa di più.

Nel primo libro de *La Repubblica*, Socrate dialoga con Trasimaco sulla definizione di Giustizia.

Lo stesso Trasimaco deve convenire con Socrate che *La medicina non mira all'utile della medicina, ma all'utile del corpo e nessun medico, in quanto medico, ha di mira e prescrive l'utile del medico, ma quello del malato: il vero medico è uno che governa i corpi, ma non un uomo d'affari*.⁵

Il corpus ippocratico ribadisce la peculiarità della medicina:

Fra le arti ce ne sono alcune che sono penose per i loro detentori, ma molto utili per i loro utilizzatori (...). A tale categoria appartiene la medicina. Il medico, infatti, assiste a spettacoli spaventosi, tocca cose ripugnanti e in caso di sventure altrui guadagna egli stesso dispiaceri. I malati, al contrario, sfuggono grazie all'arte ai mali più grandi: malattie, affezioni, sofferenze, morte. E' a tutto questo, infatti, che si oppone la medicina.⁶

L'azione del medico, inoltre riceve impulso e vigore etico, dal contatto quotidiano con la sofferenza.

Il medico, in quanto agente morale, doveva regolare i suoi rapporti esclusivamente con il paziente, cosicché, il sapere richiesto dall'agire morale, allevato nell'etica medica tradizionale, non esigeva particolari competenze né conoscenze specializzate.

Nel regno dell'etica medica tradizionale, dominato dall'universalità del principio di beneficienza, si realizzava la lezione kantiana:

Non ho dunque bisogno di grande perspicacia per sapere cosa devo fare affinché la mia azione sia moralmente buona (...), è sufficiente che mi domandi: puoi volere che la tua massima divenga una legge universale?

*Con questa bussola in mano, la ragione sa benissimo distinguere, in tutti i casi che capitano, ciò che è bene, ciò che è male, ciò che è conforme o non conforme al dovere....*⁷

L'etica medica attuale

Attualmente la domanda : *come dovrei orientare le mie azioni professionali nei confronti del paziente* non costituisce più l'oikos della medicina, proprio perché l'etica medica tradizionale non è in grado di contenerne in quella risposta l'intero mondo morale. Oggi è necessario un *supplemento investigativo* che può suonare così: *come dovrebbe rispondere il team di fronte alle richieste di salute del cittadino?*

Se analizziamo questa seconda parte della riflessione richiesta all'etica, troviamo tre vocaboli che illuminano i cambiamenti della medicina:

1) la parola *team* introduce il concetto di cooperazione, e allarga l'etica medica attuale anche a figure professionali non mediche.

Non soltanto gli infermieri professionali, ma dai tecnici agli amministratori ognuno entra a far parte di un discorso etico che, fondando le sue radici nell'etica medica tradizionale, investe i mutati rapporti del rapporto medico paziente. Di fronte al proliferare delle figure che si occupano della sanità (medici, operatori sanitari, manager, amministratori, politici), una delle possibili vie contro la colonizzazione dell'etica medica da parte delle categorie economiche, sta nell'allargamento delle obbligazioni morali anche alle figure non mediche e non viceversa. Insomma, chi si occupa della salute, fosse pur anche un economista dovrebbe sentirsi più vicino ai valori che hanno informato le azioni del medico, piuttosto che ai principi che regolano le transazioni economiche

2) Emerge il concetto di *salute*: il compito del medico non è solo quello di combattere la malattia, in una lotta dove la salute è *nascosta*⁸ o comunque

⁴ - In questo senso, e per questa via ippocratico-cristiana, anche il medico laico occidentale non può non dirsi cristiano: pur riaffermando l'assenza di un dio creatore, il suo ethos è cresciuto nell'*humus* della antropologia cristiana. CFR il dibattito politico attorno alle radici cristiane europee.

⁵ - Platone *Repubblica* Laterza 1997 I, 342-343

⁶ - *Corpus ippocraticum* I Venti c. 1

⁷ - Kant I, *Fondazione della metafisica dei costumi*, Laterza 1993, 24-25

⁸ - Gadamer *Dove si nasconde la salute*, Cortina ed.

gioca un ruolo del tutto secondario, ma la salute entra a far parte del rapporto con tutti i problemi che tale ingresso comporta. Nel momento in cui la Medicina si prende carico non solo delle patologie ma anche di rispondere alle richieste dei cittadini, prende straordinario vigore la *Medicina del desiderio* che trova nello sviluppo biotecnologico la risposta scientifica ai vecchi e nuovi desideri dei cittadini. Alle cure della infertilità, della impotenza e delle ferite traumatiche deturpanti che fanno parte da sempre della Medicina terapeutica si sovrappongono i desideri di avere comunque un figlio o di *sovraperformare* una normale attività sessuale e di ricercare la bellezza, anch'essi espressi da sempre dall'uomo, ma una volta appannaggio di ciarlatani e stregoni. La recente notizia della clonazione di un gatto richiesta ed ottenuta per 50.000 dollari la dice lunga sulle potenzialità della biotecnologia di rispondere ai desideri dei cittadini e sulle diversità delle etiche di riferimento.

- 3) Il termine paziente che ha dominato nei testi di etica medica tradizionale e nei codici deontologici perde terreno e subentra il vocabolo cittadino.

La deontologia ippocratico-cristiana, inoltre, non è più la fonte esclusiva dell'agire del medico, ma l'etica medica, per la prima volta nella sua lunga storia, riceve impulso e ragioni da molte delle teorie etiche accennate in precedenza.

Anche l'etica medica, come l'etica generale, presenta al suo interno una visione antropologica pluralista.

L'etica medica tradizionale, quindi, non rappresenta più l'unica fonte dei criteri razionali che informano l'azione morale del medico.

IL MEDICO DI FRONTE ALLA SOFFERENZA: ASPETTI ANTROPOLOGICI E MEDICI

La sofferenza dei bambini: un macigno ermeneutico
Eppure a fronte dei rapidi mutamenti culturali che hanno segnato l'ultimo secolo e che hanno modificato l'etica medica la *ragione prima* del suo apparire nel mondo occidentale non è scomparsa e si mantiene inalterata. La sofferenza umana in quanto tale non è stata scalfita dal divenire storico e anche se il progresso scientifico ha permesso di eliminare sacche di sofferenza e di immaginare una maggiore presenza della salute del mondo, il soffrire permane come costante dell'umanità e il suo mistero rivela beffardo l'impotenza di ogni tentativo interpretativo.



*Non è che io non accetti Dio,
ma è questo mondo creato da lui
che io non accetto e non posso
rassegnarmi a accettare.*

Dostoevskij F. *I Fratelli Karamazov* libro V.

Sono le stralvaganti pagine del libro V sul dolore dei bambini che spingono Ivan Karamazov a negare il mondo.

Di fronte alle ragioni della fede e dell'abbandono fiducioso con innocenza di vita del fratello Aliosca, Ivan rappresenta per Dostoevskij il momento del dubbio e della negazione.

La sofferenza e la malattia dei bambini, infatti, in una natura ordinata da un Dio che si dice *padre*, appaiono *ingiuste* ed *insensate*.

Il pensiero religioso scricchiola e rischia di frantumarsi sotto il peso dello scandalo del dolore innocente e, se la sofferenza di un bambino non è motivo sufficiente per negare l'esistenza di Dio, lo è per rifiutare il mondo che Dio avrebbe creato.

Dostoevskij supera e trascende Aliosca ed Ivan con la figura di Mitja, che travolge la fede impotente di Aliosca e il "se Dio non esiste, tutto è permesso" di Ivan con l'assunzione sulle sue spalle innocenti della responsabilità e dell'espiazione nei luridi cunicoli

delle miniere siberiane.⁹

L'assunzione della categoria della *responsabilità* di fronte alla sofferenza dei bambini impegna la società civile nel compito di combatterla in tutti i modi. E' questa una risposta possibile che, al di là di ogni fallimento interpretativo, coinvolge interamente la Medicina. Seppure l'ingiustizia e l'insensatezza della sofferenza siano diluite nella sovrarazionalità della Giustizia e della Ragione divine e siano proiettate in un *al di là* salvifico, la sofferenza dei bambini si erge *nell'al di qua* come un macigno¹⁰.

Anche il pensiero laico deve interpretare la sofferenza. E' naturale che il pensiero religioso ricerchi, attraverso le leggi e la costituzione umana volute dal proprio Dio, una *logica* nella sofferenza che deve pur sempre esistere, quant'anche possa essere misteriosa e inaccessibile, tuttavia anche il pensiero laico non sfugge alla ricerca di una logica di senso nella malattia e nella sofferenza.

*Gli adulti trascineranno te
e il loro denaro da cento medici
e, se non la tua guarigione,
vorranno almeno la spiegazione
della tua malattia.*

Grass G., *il tamburo di latta*

E' Oskar, il bambino protagonista del libro di Grass, ad essere trascinato dai medici che rifiuteranno qualsiasi interpretazione non organicista dell'evidente ritardo di crescita.

Oskar, come Ivan, rifiuta il mondo per quell'insopportabile peso di follia, di ferocia e di insensibilità che lo costituisce e, a tre anni, decide di non crescere più, descrivendo la condizione umana attraverso il suo tamburo di latta.

Perché il pensiero laico che dovrebbe essersi affrancato dalla necessità di trovare un significato nel mondo naturale ricerca un senso e una ragione nella malattia e nella sofferenza?

Eppure in ciò che rimane del mondo dopo il refluire delle acque religiose, *il dolore* è.

Nella natura darwiniana, il dolore non appartie-

ne alle categorie della Giustizia e dell'Etica.

Il regno della natura non parla il linguaggio etico e le uniche ragioni che possono essere ricercate sono quelle poco consolanti del vantaggio che, nella lotta per la vita, il dolore può portare alla sopravvivenza dell'individuo più adatto.

Le ragioni della selezione naturale non hanno a che fare con il mondo della cultura e l'unica cosa che possiamo osservare è che il *dolore* è.

Lo statuto ontologico del dolore è nella sua esistenza come elemento naturale dell'evoluzione della vita sulla terra.

Quindi anche la sofferenza, per quel tanto di inscindibile che ha in comune con il dolore, non appartiene in prima istanza all'etica, ma esiste.

Le interpretazioni della sofferenza e della malattia rappresentano la storia tenera e terribile dei tentativi che l'uomo ha fatto per riuscire a convivere con il pensiero che non esistono ragioni, azioni capaci di giustificare e di schivare l'inevitabile.

Anche il pensiero laico deve necessariamente interpretare la sofferenza.

Prima ancora della guarigione, ci si chiede il perché della malattia e della sofferenza.

Addomesticare e adorne dei panni della ragione scientifica, la malattia e la sofferenza appaiono meno paurose, seppure siano ugualmente letali.

Spiegare la sofferenza significa, quindi, trasportarla nel regno della *comprensione* e, in qualche modo, controllarla, aver potere su di essa.¹¹

Il dislocamento della sofferenza nel mondo della Medicina

L'appropriazione della malattia e della sofferenza da parte della Medicina tecnologica non è operazione neutra, ma reca dei rischi.

In primo luogo, si restringe il campo della dimensione sociale della malattia e della sofferenza che non circolano più liberamente nella fitta trama del tessuto domestico, ma sono dislocate negli spazi estranei degli ospedali.

In secondo luogo, la Medicina costruisce il suo oggetto di indagine nella malattia che può studiare

9 - Mancini I., *Scritti cristiani*, Marietti 1991 22

10 - Nelle pagine del libro V dei Fratelli Karamazov, Ivan spiega il suo pensiero: ascolta: *posto che tutti si debba soffrire, per comperare a prezzo di sofferenza la futura armonia, che c'entrano però i bambini? (...) la suprema armonia non vale le povere lacrime, foss'anche di quel bambino solo. (...) E se le sofferenze dei bambini fossero destinate a completare quella somma di sofferenza che era il prezzo necessario per l'acquisto della verità, in tal caso dichiaro fin d'ora che tutta la verità non vale un tal prezzo.*

11 - Per pagare il tributo alla necessità della spiegazione scientifica, Oskar deve inscenare una caduta per le scale della cantina che da allora sarà ritenuta e confermata dalla Medicina, la causa della sua mancata crescita. Trovata la causa, si troverà allora anche il colpevole: il padre, seppure innocente, porterà per anni il peso e la colpa di aver lasciato aperta la botola della cantina.



secondo le leggi obiettive e i criteri analitici della scienza.

Il discorso medico è un discorso sulla malattia e non sull'uomo: il malato è là solo come informatore di uno stato manchevole del corpo¹².

Nell'anamnesi medica si estracono dalla storia del soggetto le malattie, trasportandole così nella categoria de-storicizzata e oggettiva della singola patologia: morillo, polmonite; nella diagnosi, il medico mentalmente sovrappone la forma del caso clinico del malato a quella delle malattie che conosce, tentando di trovare la stessa configurazione.

La diagnosi avviene quando la *forma* del malato combacia con quella della concezione scientifica accreditata della malattia.

E' il malato, quindi, a dover essere *informato* alla malattia.

Il predominio della malattia, in qualche modo, *occulta* la stessa sofferenza che ne è considerata un attributo, un dato del processo patologico, un peso che il paziente si porta dietro in quanto ammalato e, quindi, la sofferenza non riceve un suo proprio statuto.

Ci si occupa di più a valutare la sofferenza come indicatore della *storia clinica* piuttosto che ascoltare le vicende di un uomo che patisce.

Il recupero della *storia* del soggetto

Nell'ambito della valutazione della sofferenza, è necessario recuperare la storia del soggetto che è lo *spazio narrativo* dove la sofferenza assume il proprio significato.

Si tratta, quindi, di storia unica ed irripetibile che

malamente può essere ingabbiata negli ordinari percorsi anamnestici, obbligati e preconfezionati.

Il medesimo atto medico, infatti, può assumere significati differenti secondo la carta dei valori di quel soggetto, della sua storia personale.

Immersi nella storia personale del soggetto, riusciremo a trovare le parole a inserire la sofferenza in un percorso terapeutico?

Eschilo spiegherà il soffrire all'uomo greco, il medico ragionerà sulla etiopatogenesi con il malato, ma il bambino?

Di fronte alla sofferenza del bambino

Le nostre spiegazioni smozzicate e farfuglianti, seppure in buona fede, hanno il sapore della falsità e dell'ipocrisia e, più le mastichiamo, più diventano bocconi intollerabili.

Per di più, la pretesa di delineare un discorso etico-filosofico, imbastito nel tranquillizzante *cantuccio* fra libri ed autori amici, appare un crimine orribile, quasi un oltraggio al pudore e alla dignità del bambino che soffre, di fronte al quale *l'intellettuale* è bene che sia afono e con la gola disseccata.

Il dolore del bambino, dunque, fa fallire il tentativo di comprendere la sofferenza, dilegua le illusioni del controllo operato dall'uomo, per lasciare il monolito alla sua essenza: *la sofferenza è!*

Cosa si può fare allora?

Non è lecito tacere sulla sofferenza e, quindi, bisogna parlare!¹³

Ma con quali parole?

Servono parole efficaci e la Medicina che come i miti, le filosofie e le religioni conosce sin dall'inizio il soffrire umano ha intrapreso la strada della prassi: non potendo risolvere l'enigma della sofferenza ha offerto la sua vicinanza e il suo fare per liberare l'uomo dalla sofferenza.

Prossimità e azione esprimono le modalità con le quali la Medicina si è costruita: assistenza e terapia. Sono entrambe necessarie perché una terapia senza assistenza è disumanizzante e una assistenza senza terapia è inefficace. Il collante etico che le riunisce in un unico atto medico è rappresentato da quel nucleo ipocratico-cristiano che ho tentato di evidenziare.

¹² - Clavreul J.; L'ordre médicale, Paris, Le Seuil, 1977, 58

¹³ - *bisogna parlare solo quando non è lecito tacere* Nietzsche F., *Umano troppo umano* vol II Adelphi, 3 Il parlare della sofferenza con la pretesa di dire qualche cosa è una scelta di campo filosoficamente decisiva. Il primo Wittgenstein nel suo Tractatus, aveva esautorato l'etica dai significati filosofici: 6.53 *nulla dire se non ciò che può dirsi; dunque proposizioni della scienza naturale...* 7 *su ciò di cui non si può parlare, si deve tacere.* Wittgenstein L., *Tractatus Logico-Philosophicus* Einaudi 1992

dalla FNOMCeO

TSUNAMI IN ASIA: LA FNOMCeO SI MOBILITA IN FAVORE DELLE POPOLAZIONI DISASTRATE

Anche la FNOMCeO si sta muovendo in queste ore per offrire aiuto e sostegno alle popolazioni asiatiche colpite dalla grave calamità naturale: invita i medici e gli odontoiatri interessati a collaborare all'iniziativa a far pervenire la propria adesione direttamente agli uffici della Federazione.

Il Presidente della Federazione Nazionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Giuseppe del Barone, d'intesa con il Comitato Centrale, ha intrapreso gli opportuni contatti con il Dipartimento della Protezione Civile per coordinare eventuali adesioni in aiuto delle popolazioni asiatiche colpite dalla grave calamità naturale.

Del Barone invita pertanto quanti, medici e odontoiatri, fossero interessati a collaborare all'iniziativa, con invio di medicinali o recandosi nelle zone colpite, a far pervenire la propria adesione direttamente alla FNOMCeO specificando **nome e cognome, residenza, specializzazione, periodo di disponibilità e recapiti** ai seguenti numeri di fax: 06-3222794 (Segreteria Generale) - 06-3225818 (Presidenza) oppure via e-mail:

segreteria@fnomceo.it o presidenza@fnomceo.it.

DEL BARONE: APPREZZAMENTO PER LA "BATTAGLIA CONTRO IL FUMO"

Il Presidente della FNOMCeO, Giuseppe Del Barone, si complimenta con il Ministro della Salute, Girolamo Sirchia, per la "battaglia tenace e convinta" da lui condotta contro il fumo, indice del suo impegno a tutela della salute dei cittadini.

Vivo apprezzamento è stato espresso dal Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Giuseppe Del Barone, nei confronti del Ministro della Salute Sirchia per la "battaglia tenace e convinta" da lui condotta contro il fumo, indice del suo impegno per la tutela della salute dei cittadini. Contemporaneamente il dr. Del Barone ha chiesto al Ministro di voler procrastinare di sei mesi l'entrata in vigore della nuova prescrizione di prestazioni sanitarie, con onere a carico del SSN, sia a causa di alcune "asprezze" legate alle nuove note AIFA (ex note CUF) che dovrebbero entrare in vigore dal prossimo mese di gennaio, sia per le novità, ancora sconosciute al medico, legate all'uso dei nuovi ricettari. Il Presidente della FNOMCeO teme, infatti, che "tali procedure, all'inizio sicuramente più complesse, comporteranno una sottrazione di tempo che potrebbe invece essere utilmente dedicato ai pazienti".





LAUREE FALSE E ASSALTO ALLA PROFESSIONE

Con un comunicato stampa gli odontoiatri italiani esprimono la loro indignazione per la notizia riguardante lo scandalo delle "lauree false" che, in queste ore, si sta diffondendo nel Paese. Le parole del presidente della Commissione odontoiatrica della FNOMCeO, Giuseppe Renzo...

Gli odontoiatri italiani esprimono la loro grande preoccupazione attraverso il Presidente della Commissione odontoiatrica della FNOMCeO, Giuseppe Renzo, in merito alla vicenda relativa alle "lauree false" che giustamente tanto scalpore sta destando.

"Pur nel rispetto del principio costituzionale di non colpevolezza degli imputati fino alla sentenza definitiva, non posso che sottolineare l'indignazione dei legittimi esercenti l'odontoiatria per lo scandalo delle lauree comprate e vendute, che si sta delinando nel nostro Paese". Così si esprime il dr. Renzo commentando le notizie giornalistiche diffuse recentemente in merito allo scandalo delle cosiddette "lauree false".

"Gli esponenti ordinistici dell'odontoiatria da tempo, purtroppo non molto ascoltati, hanno denunciato alle autorità e all'opinione pubblica il problema dell'assalto alla professione svolto con metodi fraudolenti. L'abusivismo in campo odontoiatrico, il riconoscimento indiscriminato di lauree conseguite presso

Università non comunitarie, la corruzione nello svolgimento degli esami sono tutte facce di una stessa medaglia diretta a porre in pericolo la salute pubblica attraverso l'umiliazione di una professione intellettuale, come quella odontoiatrica, che può e deve essere svolta con la garanzia di alti livelli qualitativi e culturali. Ci siamo preoccupati - ha continuato Renzo - di instaurare un proficuo rapporto di piena collaborazione con i Carabinieri del NAS, coinvolgendo le CAO provinciali, al fine di combattere insieme questi fenomeni; siamo certi che le notizie che giungono in queste ore siano la migliore dimostrazione della volontà comune di combattere ogni frode per quanto riguarda l'esercizio della professione odontoiatrica.

Gli Ordini faranno la loro parte per reprimere questi fenomeni e per diffondere sempre più nel Paese la cultura della legalità e dell'etica per quanto riguarda l'esercizio della professione odontoiatrica e l'accesso alla professione stessa: auspico che le Istituzioni, più volte sollecitate al riguardo, si attivino al meglio per reprimere i fenomeni illegali attraverso, ad esempio, una riforma in senso più repressivo dell'art.348 c.p. relativo all'esercizio abusivo. Solo fatti concreti - ha concluso Renzo - sono necessari se si vogliono combattere veramente questi tristi fenomeni, non limitandosi a sterili dichiarazioni di principio."

COMUNICATI: PREZZO DEI FARMACI, RISPETTARE LA NORMA

Il presidente della FNOMCeO, Giuseppe Del Barone, lancia un appello affinché la norma che prevede lo sconto sul prezzo dei farmaci sia rispettata uniformemente su tutto il territorio nazionale.

Il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Giuseppe Del Barone, ha commentato i risultati dell'indagine avviata dall'Osservatorio della Terza Età secondo i quali circa il 35% delle Farmacie non applica, come previsto dal decreto 156/2004, lo sconto del 4,12% sul prezzo di quei farmaci che, se pur prescrivibili dal SSN, sono acquistati direttamente dai cittadini.

"Voglio sperare - ha dichiarato Del Barone - che la rilevazione statistica, realizzata a campione, non fotografi realmente lo stato dei fatti e che la quasi totalità delle farmacie tenga nella dovuta considerazione quanto previsto nel decreto con l'intento, da parte del Governo, di evitare che la spesa farmaceutica oltrepassi il tetto programmato".

"In caso contrario ci troveremmo dinnanzi ad illeciti che andrebbero a gravare sulla spesa sociale e sulle tasche dei malati, in modo particolare degli anziani molti dei quali, impossibilitati a recarsi dal medico per richiedere la ricetta, preferiscono acquistare direttamente i farmaci meno costosi".

"Come rappresentante dei medici, responsabili delle prescrizioni, rivolgo un forte appello affinché la norma che prevede lo sconto sia rispettata uniformemente su tutto il territorio nazionale, anche al fine di evitare che gli eventuali aumenti dell'assistenza farmaceutica possano venir addebitati, come più volte accaduto in passato, proprio alla categoria medica".



La Croce Gialla di Ancona ONLUS, svolge, da oltre 100 anni, attività di volontariato nei settori socio- assistenziali e sanitario. Per avere il parco automezzi a norma di legge deve sottoporsi ad un grande e continuo sforzo economico.

Contando sulla sua sensibilità chiediamo un contributo ricordandole che qualsiasi elargizione è anche detraibile nella denuncia dei redditi.

Per ogni altra informazione 0715015309 ore ufficio

MODALITA' DI VERSAMENTO:

- 1 tramite bollettino C.C.P. 15874605
- 2 tramite bonifico bancario su:
BANCA MARCHE AGENZIA 2 AN - C.C. 2647
CIN R - CAB 02600 - ABI 6055
CAUSALE: EROGAZIONE LIBERALE



dal Ministero

Il Ministro della Salute Girolamo Sirchia ha chiesto agli Assessori alla Sanità delle Regioni Lazio, Lombardia, Campania e Sicilia di collaborare ed aderire all'avvio in via sperimentale, dal 1 gennaio 2005, della campagna di comunicazione per la promozione della salute del bambino nel primo anno di vita.

La campagna si svilupperà per tutto il 2005 attraverso la distribuzione dell'opuscolo informativo "Quando nasce un bambino" alle neo mamme nel momento in cui lasciano la struttura ospedaliera dopo il parto.

Pulmini decorati con l'immagine della copertina del volume sosterranno il 1 e 2 gennaio prossimi a Roma, Milano, Napoli e Palermo davanti ai quattro punti nascita con il più elevato numero di parti all'anno (Ospedale Fatebenefratelli a Roma, Ospedale Mangiagalli a Milano, Università Federico II a Napoli, Ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli a Palermo) per distribuire il volume alle neo mamme. In seguito l'opuscolo sarà distribuito in tutti i punti nascita d'Italia.

Scopo dell'iniziativa è fornire un sostegno concreto ai genitori per affrontare le possibili criticità legate allo sviluppo del bambino dalla nascita fino al primo anno di vita attraverso la distribuzione di una guida di riferimento istituzionale scientificamente attendibile ed evitare così che i genitori si trovino soli ad affrontare problematiche educative fondamentali per lo sviluppo evolutivo del bambino. La necessità di maggiori indicazioni di tipo istituzionale in materia di puericultura è resa ancora più incalzante dal moltiplicarsi di prodotti editoriali, provenienti da svariate fonti, che rischiano di disorientare i genitori nella scelta di comportamenti sicuri e idonei per lo sviluppo del loro bambino.

AL VIA LA RIORGANIZZAZIONE DEL SETTORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE NON MEDICHE

Titolo di studio universitario, iscrizione obbligatoria all'Albo professionale anche per i pubblici dipendenti, istituzione degli Ordini professionali, verifica periodica dell'abilitazione all'esercizio della professione. Queste le nuove disposizioni in materia di professioni sanitarie non mediche, contenute nel Disegno di legge approvato ieri dal Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della Salute Girolamo Sirchia, volte all'acquisizione di un elevato standard di formazione professionale e ad assicurare una maggiore qualificazione degli operatori italiani in ambito europeo.

Il provvedimento, nel rispetto del nuovo riparto delle competenze tra Stato e Regioni, si propone lo scopo di consentire una graduale riorganizzazione del settore delle professioni sanitarie non mediche e contiene i principi fondamentali di competenza statale per l'istituzione di nuove professioni, dei loro contenuti e dei titoli richiesti per il relativo esercizio. In particolare, esso precisa che sono "professioni sanitarie non mediche" quelle regolamentate dalla legge 10 agosto 2000 che svolgono attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione sulla base di uno specifico titolo abilitante, ferma restando la competenza delle Regioni per quanto riguarda l'individuazione e la formazione dei profili degli operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie. Il Disegno di legge, inoltre, prevede una specifica delega al Governo per l'istituzione degli Ordini professionali per tutte quelle professioni che attualmente ne sono sprovviste e detta le procedure per l'individuazione delle nuove professioni sanitarie non mediche.



Che cosa è L'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)? La realtà Anconetana

di Massimiliano Petrelli

INTRODUZIONE

Nella nostra società attuale si è perso il "corporativismo", il senso di appartenenza ad un gruppo di persone che condivide interessi e percorsi. Questo è vero anche per noi medici che in teoria, essendo iscritti al nostro ordine, formiamo una corporazione. Ma basta vedere lo scarsissimo impegno che dedichiamo alle iniziative dell'ordine o, peggio ancora, lo scarso impegno dimostrato nell'andare ad eleggere i nostri rappresentanti. Da dove deriva tutto ciò? Gli esperti dicono che dopo la caduta del muro di Berlino e con la globalizzazione totale è venuta meno la contrapposizione dei due blocchi ed una perdita degli ideali in cui identificarsi. La conseguenza è stata la scomparsa del senso di appartenenza ad un gruppo e di quei dibattiti costruttivi tra gruppi diversi che avevano fatto crescere tutte le civiltà (da Cicerone/Catilina fino a Peppone/Don Camillo!). Inoltre se aggiungiamo la frenesia imposta dai tempi moderni e la pigrizia egoistica che ci porta ad occuparci solo dei nostri interessi individuali, ecco spiegato il perché la maggior parte di noi non cerca più un gruppo o, se è obbligato ad iscriversi, non partecipa attivamente alla sua vita ma butta la tessera in fondo ad un cassetto. Ma per fortuna le Associazioni esistono ancora e sta a noi riscoprirne il valore e riportarle agli antichi splendori partecipando attivamente alla loro vita. Ecco che l'ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI (AMCI) rappresenta il gruppo ideale per chi, medico e cattolico, si trova a dover affrontare, quotidianamente nella sua attività, problematiche quali la bioetica, il rapporto

medico/malato la tutela della vita e la dignità della morte ed è confuso su quale strada seguire. Un gruppo in cui si può confrontare con i colleghi, si può imparare dai corsi ed incontri di aggiornamento, si può ricevere sollievo e conforto dalla guida spirituale. Il rapporto religione/medicina non deve scandalizzare: è ancestrale! Infatti fin dalla preistoria ed in tutte le popolazioni primitive l'autorità religiosa (sciamano) era anche l'autorità medica (uomo della medicina). Ed inoltre i fondatori degli ospedali, come li concepiamo oggi, sono stati fin dall'inizio i religiosi: frati e suore. Mi piace riportare un brano dei frati antichi amministratori dell'Ospedale Sant'Anna di Ancona. Nel regolamento che risale al 1624 si può leggere: "...vogliamo che di continuo ci sia un infermiere il quale sia adatto per questo officio et sia di buona coscienza acciò con ogni carità et pazienza governi sempre di tutto quello che farà bisogno per li poveri infermi con cibarli ai suoi debiti tempi conforme li sarà detto dai signori medici... debba invigilare che l'infermo in capo di tre giorni al più si abbia a confessare... ed aggravando il male lo facci comunicare e darli l'estrema unzione... tenghi minuto conto in un libretto di tutte le spese sostenute per servizio dell'ospedale e in un altro di tutte le spese che quotidianamente si faranno per gli ammalati. ..." Come si vede i buoni frati avevano a cuore la salute del corpo e dello spirito del paziente e già si ponevano problemi economici, gli stessi che attanagliano oggi giorno la nostra sanità! Ma l'insegnamento per noi medici cattolici viene da un testo ben più importante: Il Vangelo! Infatti è lo stesso Gesù che, con la parabola "del buon samaritano" ci invita ad occuparci della salute del nostro prossimo al meglio delle nostre capacità e possibilità. Ed è sempre il Cristo a dirci che dove due o più sono riuniti nel Suo nome, Lui è in mezzo a loro; questo è valido non



solo per la preghiera in chiesa ma anche per il lavoro in corsia o in sala operatoria. Questo non vuol dire che il medico cattolico debba stare fermo con le mani giunte in preghiera in attesa di un intervento miracoloso divino. Il medico cattolico è un medico che si aggiorna ed usa tutte le più moderne tecnologie, ma sempre nel rispetto dell'etica cattolica. Etica e medicina sono come due binari paralleli: non si devono mai incrociare né devono interferire l'una con l'altra ma insieme devono portare al bene comune della sanità. Alcuni dicono che l'etica cattolica a volte sia troppo restrittiva e che se l'uomo è in grado di compiere una azione, essa allora sia lecita: nulla di più errato. Il fatto che un uomo sia in grado di cannibalizzare un altro uomo non rende lecito il cannibalismo! Ma ora vorrei lasciare questo campo che ci porterebbe a disquisizioni filosofiche delle quali non credo di essere uno dei massimi esperti e vorrei invece illustrarvi gli scopi ed un po' di storia di questa associazione.

SCOPI DELLA ASSOCIAZIONE:

provvedere alla formazione morale, scientifica e professionale dei medici;
 promuovere gli studi medico-morali, ispirandosi ai principi della Dottrina Cattolica e nel fedele rispetto del Magistero della Chiesa;
 animare e difendere lo spirito di autentico servizio umano e cristiano dei medici nel rapporto con l'ammalato;
 agire per la sicurezza del più dignitoso esercizio della professione e per la tutela dei giusti interessi della classe medica;
 educare i Soci alla retta corresponsabilità ecclesiale praticando anche una efficace attività caritativa nell'esercizio della professione;
 favorire l'evangelizzazione del mondo sanitario per la realizzazione, unitamente agli ammalati e agli altri operatori sanitari, di un'autentica comunità che testimoni i valori cristiani della vita;
 sviluppare il collegamento e la collaborazione con le altre istituzioni e associazioni sanitarie cattoliche, anche con iniziative volte all'inserimento e alla valorizzazione dei gruppi di volontariato;
 Possono aderire all'AMCI (art. 7 dello Statuto) come Soci ordinari i laureati in medicina e chirurgia, in odontoiatria e in altre discipline affini. Possono essere Soci aggregati gli studenti dell'ultimo biennio dei rispettivi corsi di laurea. Possono essere Soci onorari personalità che abbiano acquisito nel campo



della medicina e delle scienze affini particolari benemerenze al servizio della Chiesa, della società e dell'Associazione. Possono essere Soci sostenitori persone, Enti, Associazioni, Fondazioni che liberamente, secondo le modalità concordate con la Presidenza Nazionale, contribuiscono al raggiungimento degli scopi dell'AMCI. L'AMCI ritiene sua caratteristica fondante la fedeltà al Magistero della Chiesa, la disponibilità alla collaborazione a livello parrocchiale e diocesano. L'AMCI scambia la collaborazione per il conseguimento delle sue finalità istituzionali con altre Organizzazioni scientifiche e professionali facenti parte della Federazione europea (FEAMC) ed Internazionale (FIAMC) dei Medici Cattolici. L'AMCI cura in modo particolare la formazione del medico promuovendo studi, incontri, ricerche intese alla "umanizzazione" della medicina e alla promozione dello spirito di servizio ispirandosi al Magistero della Chiesa Cattolica. L'AMCI collabora attivamente con la Consulta Nazionale delle Aggregazioni Laicali, è presente nella Consulta Nazionale della Pastorale Sanitaria della CEI; ha istituito insieme al Movimento per la Vita il FORUM di Associazioni e Movimenti di Ispirazione Cristiana operanti in campo socio-sanitario. E' presente nei vari Comitati regionali e locali di Bioetica. Ha istituito, con altri organismi cattolici, la SIBCE (Società Italiana di Bioetica e dei Comitati Etici). Collabora attivamente con i Centri di Aiuto alla Vita, con le comunità terapeutiche e con le varie sedi delle CARITAS Diocesane. Inoltre i responsabili nazionali dell'AMCI seguono meticolosamente, anche partecipando ad audizioni presso le Commissioni Affari Sociali del Senato e della Camera, l'iter di alcune leggi con grande valenza etica.



STORIA NAZIONALE

L'AMCI è stata fondata a Roma il 5 luglio del 1944. Durante l'occupazione tedesca della città, seguita alle vicende dell'8 settembre 1943, era cominciato presso l'Istituto Cattolico Attività Sociali (ICAS) un intenso lavoro di ricostruzione delle Unioni Professionali, che il regime fascista aveva sciolto. Alcuni colleghi avevano posto mano alla elaborazione dello Statuto per una Unione Medica Cattolica Italiana, denominazione che venne presto mutata in quella di Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI). L'inaugurazione avvenne con una Santa Messa celebrata la mattina del 5 luglio nella Chiesa di S. Carlo ai Catinari. Ricorreva la festa di S. Antonio M. Zaccaria, medico e fondatore, nel 1528, di un ordine religioso, i chierici regolari di S. Paolo, detti Barnabiti, dai quali era officiata la chiesa. Fu innanzi al suo altare che quei colleghi, di età che andava dai trenta ai quarant'anni, ospedalieri, funzionari della sanità pubblica e universitari, presero l'impegno di dar vita ad una associazione nazionale di medici allo scopo di:

- coltivarne la formazione religiosa e culturale e di prestarvi fraterna assistenza;
- diffondere tra i colleghi lo spirito informatore della loro vocazione, avvicinandoli alla pratica e alla cultura cristiana;
- influire attraverso le rappresentanze professionali per un degno esercizio dell'arte medica e per una legislazione consona alla tradizione cristiana della nazione.

La prima sezione costituita fu quella di Roma, che nacque nel settembre del 1944. Ad essa se ne aggiunsero presto altre nell'Italia meridionale e, terminata la guerra, al settentrione. Nel gennaio del 1946 si svolgeva a Roma il Congresso Nazionale dei lau-

reati cattolici. Erano presenti dirigenti e rappresentanti di oltre 20 sezioni, costituite tra la fine del 1944 e i primi mesi del 1945. Essi diedero vita al primo Congresso dell'Associazione, che confermava il Comitato Direttivo provvisorio, formato dai fondatori. Al Congresso veniva presentato il primo numero di un Bollettino, che documentava l'attività del Consiglio Centrale e delle Sezioni. Veniva anche presentato il primo quaderno di aggiornamento culturale, appena uscito col titolo "Che cosa ha prodotto la medicina durante la guerra?".

Col 1947 il periodico prendeva il titolo di Orizzonte Medico, a frequenza mensile e con un maggior numero di pagine. Oggetto degli articoli erano i problemi sociali della medicina, i principi da rispettare nell'attuazione della riforma sanitaria, l'istituzione di un ministero della sanità, la previdenza sociale, oltre, ovviamente, la formazione spirituale ed etica dei medici. A tutt'oggi Orizzonte Medico è il periodico a frequenza bimestrale della associazione e arriva direttamente a casa di tutti gli iscritti.

Nel 1949 il congresso internazionale dei medici cattolici, a Roma, vide la presenza di 700 medici provenienti da 30 paesi. I lavori culminarono con l'udienza del Papa Pio XII. Dopo essersi compiaciuto perché medici di 30 nazioni si ritrovavano come fratelli nel nome di Cristo, il Papa, con la profondissima conoscenza dei problemi medici che lo contraddistingueva, delineava nel suo discorso le linee generali del magistero cattolico sulla fecondazione artificiale. L'attività dell'AMCI continua ad espandersi, con la creazione di nuove sezioni e i Congressi Nazionali di Roma (1950), di Bologna (1952), ancora di Roma (1954) e di Bari (1957). Questo congresso terminava nel grandioso ospedale eretto a S. Giovanni Rotondo da Padre Pio, il quale leggeva per la prima volta, devotamente seguito da tutti, la preghiera del medico, composta da Papa Pio XII e recata al Congresso da Mons. Angelini, assistente ecclesiastico, consacrato Vescovo nel 1956, dopo la nomina a delegato del Card. Vicario per l'assistenza religiosa negli ospedali e cliniche di Roma, ufficio che comportava la dignità episcopale.

Con la nomina di S.E. Mons. F. Angelini ad Assistente Nazionale cominciava un periodo particolarmente operoso per l'AMCI. Accanto alle iniziative tradizionali ne sorgevano altre del tutto nuove, quali un simposio di Auxologia, un corso di aggiornamento per infermiere professionali religiose, svoltosi con la presenza di oltre 600 suore, e la partecipazione

di illustri docenti, in gran parte soci dell'AMCI.

Il Consiglio Nazionale, preso atto della proposta di legge presentata al Senato e alla Camera sulla regolamentazione dell'aborto, riassumeva in un documento le riserve dei medici cattolici, non solo dal punto di vista morale ma anche da quello scientifico, ponendo in evidenza come i progressi della medicina e in particolare dell'ostetricia avevano ormai eliminato la maggior parte delle cosiddette "gravidezze a rischio". Purtroppo, la legge veniva approvata ed il successivo referendum avrebbe dimostrato che il popolo italiano non aveva capito a fondo la gravità del problema. L'AMCI vedeva così aprirsi un nuovo settore, nel quale si sarebbe fortemente impegnata, collaborando attivamente col "Movimento per la Vita", con la presenza dei soci nei consultori matrimoniali e prematrimoniali e sostenendo l'obiezione di coscienza, con la collaborazione di un codice di comportamento per tutti i medici.

Nel maggio del 1978 si svolgeva un pellegrinaggio a Lourdes, al quale partecipavano il Consiglio Nazionale e numerosi soci, durante il pellegrinaggio vi furono interessanti riunioni di studio sul miracolo, con relazioni presentate dai colleghi italiani e di altre nazionalità. Il 1978 è anche l'anno dei tre Papi. Scomparsi Paolo VI e, dopo appena 33 giorni dall'elezione, Papa Luciani, veniva eletto il cardinale di Cracovia, Karol Wojtyła, che assumeva il nome di Giovanni Paolo II. Il Pontefice manifestava la sua fiducia nella nostra associazione, la cui attività gli era ben nota e la incoraggiava a proseguire sulla strada della testimonianza coraggiosa e del servizio esemplare a favore della vita umana.

Si svolgeva nel 1982 nella capitale il Congresso Mondiale dei medici cattolici, che per l'AMCI coincideva con il 16° Congresso Nazionale, sul tema

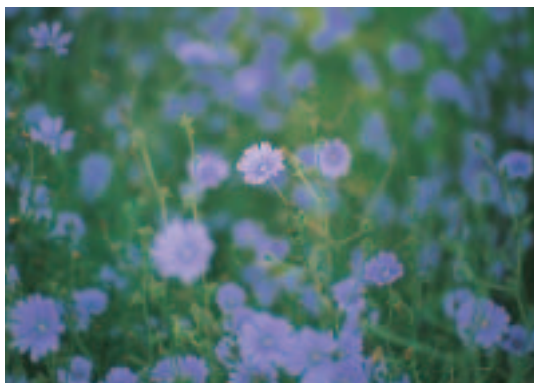
significativo di "Il medico al servizio della vita". Partecipavano 2500 congressisti, provenienti dai cinque continenti. Il Congresso raggiunse il suo momento più alto quando Giovanni Paolo II entrò nell'auditorium e pronunciò l'importante discorso, in un passaggio del quale affermava che "una coordinazione a livello mondiale potrebbe consentire un migliore annuncio ed una più efficace difesa della vostra fede, della vostra cultura, del vostro impegno cristiano nella ricerca scientifica e nella professione". L'istituzione della Pontificia Commissione (poi Pontificio Consiglio) per la Pastorale degli Operatori Sanitari, avvenuta l'11 febbraio 1985 con il Motu Proprio "Dolentium Hominum" appare in evidente rapporto con l'affermazione del Pontefice, che abbiamo riportato. S.E. Angelini veniva nominato Presidente del dicastero, col quale l'AMCI avrebbe realizzato una stretta collaborazione. Significativo il fatto che sempre nella data dell'11 febbraio, il Santo Padre istituiva, nel 1993, la Giornata del Malato e nel 1995 l'Accademia per la Vita, nominando Presidente il genetista di fama mondiale Jérôme Léjeune.

La crescente attenzione del Magistero ai problemi della sanità e della salute costituiva un pressante richiamo all'associazione ad essere sempre più attenta ai nuovi compiti richiesti dai progressi della scienza e della tecnica, che ponevano spesso inquietanti interrogativi sotto l'aspetto morale.

Nella valutazione dei progressi scientifici non potevano essere ignorati gli imperativi dell'etica e della stessa morale cristiana, secondo la quale non è sempre lecito ciò che è tecnicamente possibile.

Motivo di particolare compiacimento per l'AMCI fu la nomina a Cardinale del suo assistente, avvenuta il 28 giugno del 1991. Nella prolusione al Congresso di Venezia il Cardinale affermava "la Chiesa conta su di voi e voi potete contare sulla Chiesa". Circa il primo punto, richiamandosi al Concilio Ecumenico, il Cardinale ricordava come l'azione dei laici nella vita e nell'opera della Chiesa fosse talmente necessaria, "che senza di essa lo stesso apostolato dei Pastori non può raggiungere la sua piena efficacia. Circa il secondo, invitava ad avere ferma fiducia nel sostegno della Chiesa e a sentirsi incoraggiati a superare ogni rispetto umano e a lottare per l'affermazione della verità".





Il cinquantennio dell'AMCI venne celebrato al 20° Congresso Nazionale, svoltosi a Roma nel dicembre del 1994. I primi due numeri di Orizzonte Medico 1995 riportano integralmente gli atti del Congresso, a cominciare dalla prolusione del Card. Angelini sul tema "50 anni di vita per la vita", al discorso pronunciato dal S. Padre nell'udienza concessa nell'aula Paolo VI "Conosco la fedeltà, il coraggio -diceva tra l'altro il Papa - la coerenza con cui la vostra associazione, nel corso dei suoi cinquant'anni di vita, ha tenuto fede al suo impegno cattolico rispettando rigorosamente la finalità statutaria di recepire, attuare e diffondere l'insegnamento della Chiesa e le direttive del suo Magistero nel campo medico-morale. Questo che avete sempre considerato come il vostro criterio di riconoscimento, ha dato prove esemplari ogni qual volta siete stati chiamati ad offrire la vostra collaborazione all'azione ministeriale e pastorale della Chiesa nel difendere la vita umana dal suo concepimento fino al termine naturale, la

qualità dell'esistenza, il rispetto dei più deboli, l'umanizzazione della medicina e la sua piena socializzazione. Questa fedeltà ha richiesto e richiede sacrifici che, in particolari circostanze, possono giungere all'eroismo, come quando il servizio alla verità vi obbliga alla doverosa obiezione di coscienza".

I fondamentali problemi etici, il rispetto della vita umana, il consenso informato, le manipolazioni genetiche, l'aborto, la procreazione assistita e, da ultimo, la clonazione, continuano ad essere oggetto di studio e di discussione nelle riunioni dell'AMCI, a livello locale e regionale. L'Associazione si occupa anche a fondo della questione relativa alla occupazione dei giovani medici come pure dell'adeguato impiego delle

risorse necessarie all'assistenza sanitaria, facendo proposte concrete per la loro soluzione. L'enciclica del Papa "Evangelium Vitae" forniva ulteriori informazioni sotto il profilo morale ed etico per questi problemi, diventando oggetto di studio e di discussione in riunioni locali e regionali. Allo scopo di dare maggiore peso agli interventi, quando necessari, presso le istituzioni pubbliche, nel giugno del 1996 veniva costituito il Forum di Associazioni e movimenti di ispirazione cristiana operanti in campo socio-sanitario.

Nel gennaio del 1998 il Consiglio permanente della Conferenza Episcopale Italiana ha nominato Assistente dell'AMCI il Card. Dionigi Tettamanzi, Arcivescovo di Genova, già vescovo di Ancona ed ora Arcivescovo di Milano.

Durante il Grande Giubileo del 2000 si è svolto a Roma, dal 3 al 7 luglio, il Congresso Mondiale straordinario sul tema: "Medicina e Diritti Umani". Al Congresso hanno partecipato 1500 persone tra medici e familiari. I Paesi presenti sono stati 43. Il Congresso si è chiuso con il Giubileo dei Medici, che si sono raccolti in diecimila nella Basilica di S. Pietro, entrando dalla Porta Santa. Dopo la Messa celebrata dal Card. Tettamanzi, il Santo Padre ha rivolto ai presenti un importante discorso, riportato con gli Atti del Congresso, dalla Rivista Orizzonte Medico.

STORIA DELLA SEZIONE DI ANCONA

Per avere notizie storiche della sezione di Ancona ho intervistato l'amico di noi tutti medici anconetani nonché maestro di carità cristiana in ambito professionale il Dott. Sandro Totti che mi ha detto: "La sezione di Ancona è nata negli anni 1946/1947, tra le prime in Italia. Quanto a me, ho cominciato a interessarmi dell'Associazione negli anni sessanta, quando era presidente il dottor Rodolfo Lewy, un amatissimo medico di famiglia. Era un uomo venuto da lontano, dalla Germania Orientale e il suo perfetto italiano non ne aveva mai perduto la cadenza. Fu un presidente instancabile, scrupoloso e attento e dette alla Sezione di Ancona lo stile che dura tuttora di approfondimento di temi medico-morali (allora la bioetica non esisteva) e di presenza nella Chiesa locale. Collaborava con lui il servita Padre Baccarani, di un'eloquenza dotta e attraente insieme.

Nel 1978, l'arcivescovo Maccari ha voluto rinnovare la direzione affidandola al sottoscritto e all'indi-

menticato Padre Agostino Giannini, francescano, professore di lettere, uomo molto popolare. La mia presidenza è durata fino al 1993, quando ho dovuto abbandonare la carica prestare un Pronto Soccorso alla malata Democrazia Cristiana. Dopo di me sono stati presidenti: il professor Francesco Greco e il Dott. Roberto Rabini, altra "pietra viva" su cui è nata e cresciuta l'AMCI di Ancona. Poi, con saggezza, si è deciso di rinnovare il Consiglio Direttivo affidandolo ad un gruppo di giovani di buona volontà, che siete voi, che avete cominciato a lavorare molto bene.

La sezione di Ancona non è stata mai molto numerosa, ma nemmeno esigua. E dall'anno 1946 a oggi ha continuamente esplicato una sua attività, parte rivolta alla formazione dei soci e parte rivolta al servizio culturale della Chiesa e della società. Vivacissima è stata la partecipazione alla battaglia referendaria per l'abolizione della legge sull'aborto e continua l'alleanza con il Movimento per la Vita, con i consultori di ispirazione cristiana, le parrocchie, i movimenti. Mi sono sempre meravigliato della discrepanza -oggi si direbbe "gap"- tra il numero non grande di iscritti e la rilevanza dell'associazione in seno alla società e alla chiesa. Spessissimo il nostro giudizio su avvenimenti è stato richiesto, sollecitato, ascoltato e così tante volte ho pensato al piccolo gregge di cui parlava Gesù."

Come ha detto Sandro da qualche anno il consiglio direttivo è stato rinnovato. Il presidente è la Dott.ssa Rosa Anna Rabini che, se da un lato rappresenta la continuazione dell'opera intrapresa dal già citato padre Roberto, dall'altro ha sicuramente portato una ventata di novità. Infatti grazie alle nuove iscrizioni di giovani medici cattolici è riuscita ad abbassare l'età media della sezione di Ancona. Inoltre, grazie ad una precisa programmazione, ha organizzato al meglio gli incontri sia spirituali (commento Sacre Scritture, messe) che culturali (congressi, corsi, dibattiti) che conviviali (cene, incontri, gite). L'assistente spirituale della nostra sezione è Don Sandro Pirani, un sacerdote che se da un lato ha dimostrato una profonda conoscenza e cultura delle Sacre Scritture, dall'altro sa sicuramente essere al passo con i tempi. Grazie agli incontri che si svolgono a Colle Ameno il primo venerdì di ogni mese (nel periodo scolastico) il nostro Don non solo ci spiega le Sacre Scritture ma ci offre la chiave per metterne in pratica gli insegnamenti ai giorni nostri e nella nostra professione. Inoltre è la nostra



guida e punto di riferimento per la preparazione ai momenti forti dell'anno liturgico (specie Natale e Pasqua) ed è sempre presente e disponibile al colloquio personale per dubbi o problemi. Del consiglio direttivo fanno parte anche i colleghi: Oliviero Gorrieri (segretario), Massimo Beghella Bartoli (vice-presidente), Alessandra Mazzarini, Salvatore Vecchia, Gabriele Brandoni, Giuliano Brandozzi ed il sottoscritto, coadiuvanti attivamente la presidente e l'assistente spirituale nella organizzazione e realizzazione di quanto esposto. Ci sarebbero tante altre cose da dire, ma lo spazio è tiranno. Se sei interessato a maggiori informazioni o vuoi iscriverti e partecipare, contatta il nostro presidente al n° 071/31336 o 338/8085331 o il nostro assistente spirituale al n° 071/2181829 oppure visita il nostro sito: www.amciancona.com (attivo da novembre).

Mi piace concludere con la frase del Cardinale F. Angelini: "L'AMCI ha sempre cercato di operare con grande spirito di interna unità, non tanto preoccupata di una unanimità uniforme, ma di una unità raggiunta e testimoniata attraverso il molteplice e articolato apporto di tutti, libera da considerazioni di carattere politico, e soprattutto partitico." Questa prerogativa viene tuttora salvaguardata e rende possibile a chiunque di avvicinarsi all'AMCI dove la scienza medica e la dottrina cattolica trovano (o almeno cercano) il giusto connubio.

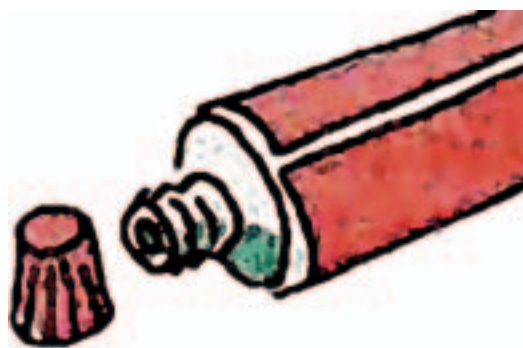
Sostanze fluorate: indagine conoscitiva sulla prescrizione tra i pediatri della Provincia di Ancona

di **Claudia Massaccesi,**
Angelo Putignano,
Maurizio Procaccini

INTRODUZIONE

In età pediatrica, la carie dentale è tuttora una malattia ad elevata diffusione. Nell'ultimo decennio, tuttavia, la sua incidenza in diversi Paesi industrializzati è in costante diminuzione, grazie all'introduzione di programmi di prevenzione che prevedono l'utilizzo di sostanze fluorate. Infatti la fluoroprofilassi sistemica ma soprattutto topica, come intervento preventivo primario della carie dentale, ha contribuito ad un rilevante controllo di questa patologia. Come oramai largamente acquisito, il meccanismo d'azione del fluoro nella prevenzione della carie è duplice: da un lato infatti, esso agisce sulla struttura dentaria, dall'altro sui microrganismi del biofilm batterico responsabili della produzione di acidi. La capacità del fluoro di inibire la glicolisi batterica e le singole attività enzimatiche (enolasi e fosfogliceromutasi) dei batteri cariogeni rende plausibile l'ipotesi che riconduce all'inibizione della fermentazione degli zuccheri una delle modalità nel meccanismo d'azione del fluoro.

Il fluoro, inoltre, esplica il suo potenziale cariostatico a livello dentale, favorendo la formazione di fluorapatite, più resistente dell'idrossiapatite agli attacchi acidi, e promuovendo la remineralizzazione delle aree demineralizzate. L'uso topico del fluoro determina un effetto positivo sul processo di remineralizzazione: all'alogeno, infatti, sarebbe dovuto l'aumento del grado di remineralizza-



zione e anche della resistenza da parte delle aree demineralizzate ad ulteriori attacchi acidi, in considerazione del notevole arricchimento in ioni fluoro di tali aree, i quali faciliterebbero la precipitazione di fosfato di calcio.

L'istituzione e il mantenimento di efficaci interventi di prevenzione sulla salute orale, specie nella popolazione infantile, dovrebbe essere mediato dalla collaborazione costante ed attiva tra Odontoiatra e Pediatra visto che quest'ultimo è la figura medico-sanitaria di riferimento del bambino e della famiglia ed è quindi molto spesso soltanto lui che può veicolare le informazioni, le indicazioni ed i consigli quotidiani per la promozione della salute dei pazienti nelle prime fasce d'età. Quindi, ancor prima dell'Odontoiatra, il Pediatra può proporre la prevenzione orale in momenti di forte recettività, quali l'epoca neonatale e la prima infanzia.

Lo scopo di questo lavoro è stato di realizzare un'indagine tra Pediatri di base di Ancona e Provincia, sulle loro acquisizioni riguardo al fluoro e al suo ruolo preventivo nei confronti della carie dentale ed in particolare sulla loro attitudine verso la prescrizione delle stesse sostanze fluorate per i piccoli pazienti.

MATERIALI E METODI

A 43 pediatri di base della provincia di Ancona è stato chiesto di rispondere in modo anonimo ad un questionario (Tab. I) inviato via fax, e-mail o da noi personalmente consegnato. Il questionario era suddiviso in due parti comprendenti ciascuna un gruppo di domande: nella prima parte le domande erano inerenti le acquisizioni di ciascun professionista sulla tematica della fluoroprofilassi, nella seconda le domande erano inerenti la eventuale prescrizione di sostanze fluorate ai piccoli pazienti e le modalità seguite. 34 di questi pediatri hanno compilato il questionario e ce lo hanno rinviato. Le risposte sono state poi da noi valutate.

Tab. I: Testo del questionario inviato ai pediatri**PARTE I**

- E' STATO INFORMATO SUI MOLTEPLICI EFFETTI CARIOPROTETTIVI DEL F?
- DURANTE IL CORSO DI STUDI (LAUREA E SPECIALITA') CI SONO STATE LEZIONI SULLA TEMATICA DELLA FLUOROPROFILASSI DELLA CARIE IN ETÀ PEDIATRICA?
- DOPO GLI STUDI, DURANTE L'AGGIORNAMENTO, E' STATA TRATTATA LA TEMATICA DELLA FLUOROPROFILASSI DELLA CARIE IN ETÀ PEDIATRICA?
- E' STATO INFORMATO DAI MEZZI DIVULGATIVI SCIENTIFICI, SUI NUOVI SCHEMI POSOLOGICI PER LA FLUOROPROFILASSI DELLA CARIE DENTALE IN ETÀ PEDIATRICA?
- E' STATO INFORMATO I DOSAGGI A CUI IL FLUORO PUO' DARE MANIFESTAZIONI DI TOSSICITA'?

PARTE II

- PRESCRIVE FLUORO AI SUOI PAZIENTI PER LA PROFILASSI DELLA CARIE DENTALE?
SE SÌ:
 - DA CHE ETÀ?
 - IN QUALE FORMULAZIONE? (comprese, gocce, dentifrici, colluttori, altro)
 - CON QUALI DOSAGGI?
- PER L'ASSUNZIONE DI F, DA' DEI CONSIGLI AGGIUNTIVI? (x es. sciogliere in bocca la compressina di F lontano dai pasti...)
- I GENITORI CHIEDONO INFORMAZIONI SULLA FLUOROPROFILASSI DELLA CARIE DENTALE PER I LORO FIGLI?
- I GENITORI CHIEDONO DI POTER FAR ASSUMERE F AI PROPRI FIGLI PER LA PROFILASSI DELLA CARIE DENTALE?

RISULTATI

Alla prima domanda, che poneva l'attenzione sulla conoscenza del fluoro, come sostanza carioprotettiva, 29 Pediatri su 34 rispondono affermativamente. 23 dicono di non aver mai assistito a lezioni sulla tematica della fluoroprofilassi in età pediatrica per la carie dentale durante il normale corso di laurea in Medicina e Chirurgia né durante la Specialità in Pediatria, ma di averla potuta approfondire in seguito, nelle varie occasioni di aggiornamento continuo (es. congressi, corsi). Quasi la totalità dei Pediatri (24 su 34) conosce i dosaggi a cui il fluoro può dare manifestazioni di tossicità e dice di conoscere i nuovi schemi posologici proposti per la fluoroprofilassi (29 su 34). In 29 prescrivono il fluoro ai loro piccoli pazienti, solo 2 Pediatri rispondono negativamente e i rimanenti 3 dicono: "non sempre". L'età che di gran lunga viene preferita per cominciare la fluoroprofilassi sistemica sono i 6 mesi (scelta da 20 su 34), 2 Pediatri la consigliano dalla nascita, e 2 dagli 8 mesi, mentre gli altri si dividono singolarmente tra 2, 3, 4, 9, infine in 2 dicono i 12 mesi e sempre in 2, "dipende". La maggioranza di loro (28) consiglia l'assunzione di compresse o gocce, solo in 4 dicono di raccomandare anche l'utilizzo topico dell'alogeno, ma sempre nelle dosi raccomandate, quasi tutti si affidano a quelle consigliate dalle case farmaceutiche. In 30 danno consigli aggiuntivi per l'assunzione delle gocce o compressina fluorata. Alle domande relative all'interessamento dei genitori verso il fluoro, in 19 rispondono che i genitori chiedono informazioni sulla fluoroprofilassi e 16 Pediatri riportano la richiesta dei genitori stessi di poter sottoporre i figli alla fluoroprofilassi; solo in 4 riferiscono una disposizione negativa di quelli verso il trattamento e la restante parte parla di un disinteresse iniziale.

DISCUSSIONE

I risultati emersi dall'indagine conoscitiva, condotta sui Pediatri di Ancona e provincia, dimostrano che la maggior parte di loro (29 su 34) conosce e prescrive il fluoro come terapia preventiva della carie dentale in età pediatrica; solo una piccola percentuale (8,8%) dice di raccomandare l'utilizzo sporadicamente. Più che al normale corso di studi (67,64% afferma di non aver avuto lezioni sul F), devono però il loro avvicinamento alla tematica della fluoroprofilassi all'aggiornamento, una volta conseguita la laurea e la specialità in pediatria. Questo evidenzia che alla tematica del fluoro e della

fluoroprofilassi della carie, durante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, probabilmente fino agli anni '80 non veniva data troppa rilevanza né comunque sembra durante il corso di specializzazione in pediatria. L'attuale disposizione dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e delle scuole di specialità verso la tematica in questione non è stata indagata in questo lavoro; potrà essere motivo di indagine futura. Alla domanda: "da che età prescrive fluoro?", la minoranza dei Pediatri (appena 2 su 34) risponde dalla nascita; la maggior parte di loro (20 su 34) lo consiglia a partire

dai 6 mesi, spiegando di dover affrontare, prima di questa età, una serie di altre problematiche che limiterebbero la compliance di genitori e bambini. Una minoranza (5,88%) addirittura, dice solamente: "dipende", lasciando intendere di dover sottostare alle esigenze e alle condizioni dei piccoli pazienti. In ogni caso, il fluoro viene consigliato in forma di compresse e soprattutto di gocce, più facilmente accettate dai bimbi, per un periodo di tempo che i pediatri, da noi consultati, non hanno saputo con franchezza determinare. La spiegazione a tale incertezza sta nel fatto che i Pediatri consigliano alle mamme di far assumere fluoro ai propri figli fino ai 12 anni, ma si accorgono col tempo di ottenere sempre meno collaborazione, nonostante riconoscano che siano proprio gli stessi genitori, inizialmente, a chiedere di poter sottoporre i figli alla fluoroprofilassi. In molti casi, ricordano i Pediatri, è loro dovere raccomandare sin da subito la prescrizione di fluoro per la prevenzione della carie dentale, inoltre in queste circostanze, affermano anche di trovare sempre la buona disposizione del genitore ad accettare il consiglio medico, il che ci fa pensare ad un'evidente fiducia delle famiglie azione positiva del fluoro nella prevenzione primaria della carie. Solo in pochi (4 su 34) dicono di consigliare la somministrazione topica del fluoro, in forma di dentifricio o chewin-gum fluorati (ma comunque sempre dopo i 4-5 anni di età) fiduciosi nell'efficacia locale dell'alogeno, come ormai confermato anche dai dati della letteratura. L'8% dei Pediatri interpellati, supportati da dati letterari, come ci è stato riferito, afferma di raccomandare l'assunzione del fluoro per 300 giorni l'anno al massimo, onde evitare problemi legati all'iperdosaggio; consiglia, quindi di non far assumere il fluoro (si tratta solo di casi di fluoroprofilassi sistemica) un giorno a settimana, (stabilito sempre lo stesso giorno con il genitore), e durante il periodo estivo (mesi di giugno e luglio) per ben due ragioni: d'estate è meno facile ottenere la compliance del paziente o meglio del genitore, e d'estate si assumono più liquidi, acqua in particolare, quindi le possibili fonti di fluoro alternative a compresse o gocce aumentano decisamente, e così il rischio di sovradosaggio.

Per quanto riguarda i consigli aggiuntivi per l'assunzione quotidiana dei supplementi sistemici fluorati, i pediatri che li forniscono ricorda-

no di assumerla lontano dai pasti specie dei latticini e di farla sciogliere lentamente in bocca senza deglutirla immediatamente, come indicato anche in letteratura. Diversi pediatri hanno mostrato di essere a conoscenza che recentemente sono state introdotte in commercio delle compresse fluorate per la cario-profilassi che, secondo le istruzioni riportate dalla casa produttrice, possono essere assunte anche in concomitanza di latte e latticini

CONCLUSIONI

Dall'indagine condotta si riscontra una lieve discrepanza nella prescrizione del fluoro per la profilassi della carie dentale per quanto riguarda età di inizio e di fine trattamento; si è evidenziato inoltre che viene ancora data poca rilevanza, da parte dei Pediatri, alla via di somministrazione topica del fluoro, come, per esempio, l'utilizzo costante e regolare di dentifrici e colluttori fluorati. Si può quindi concludere che è ancora necessario promuovere maggiormente una globale informazione verso i Pediatri per diffondere ulteriormente l'importanza del fluoro come presidio preventivo e per uniformare i protocolli di profilassi, non tanto nei dosaggi, quanto nelle modalità di assunzione. Si rivela altresì importante rinforzare ed accentuare le acquisizioni dei pediatri sull'efficacia e sull'importanza anche in età infantile del fluoro somministrato per via topica.

In questo contesto è importante anche ribadire il ruolo di primaria importanza che il pediatra riveste come veicolo informativo per i genitori riguardo all'attuazione di programmi preventivi per la salute orale. Ne deriva che è auspicabile quindi una costante e continuativa comunicazione e collaborazione tra odontoiatra e pediatra.



L'oncologia palliativa: quarto anello della catena assistenziale oncologica

di Diego Tummarello

E' cosa ormai nota che il paziente affetto da malattia neoplastica, o a forte rischio, è meglio gestito se inserito in un programma di "assistenza globale", che va dalla scoperta delle lesioni pre-cancerose, alla comparsa dei primi segni clinici, fino alla progressione e metastatizzazione della malattia.

Si tratta, in pratica, di un percorso clinico concatenato e suddivisibile, dal punto di vista gestionale, in quattro maggiori anelli: **la prevenzione, la diagnosi, il trattamento, la palliazione**.

Tuttavia, se ciò è noto nelle linee generali, esaminando più da vicino i vari anelli di questa "catena oncologica" (C.O.), si scopre che da parte degli studiosi vi è stata diversa attenzione tra gli anelli estremi e quelli intermedi: cioè tra **prevenzione e palliazione** da un lato, e **diagnosi e trattamento** dall'altro.

Qui, in particolare, vogliamo riferirci al quarto anello della C.O.: **le cure palliative**. Percorso obbligato, purtroppo, per molti pazienti. Anello che solo da poco tempo ha cominciato a ricevere la dovuta attenzione. In passato infatti, il paziente al termine delle varie terapie citolitiche e, a progressione della malattia neoplastica, veniva dimesso dal reparto di oncologia, e qui, si considerava esaurito il programma terapeutico, e non si riteneva di dover proporre ulteriori terapie come in particolare il trattamento palliativo. Il paziente con tumore in fase avanzata, tornava a casa affidato al medico di famiglia, o a strutture assistenziali territoriali, spesso senza una prescrizione terapeutica adeguata. Col rischio di trovarsi, nel momento più devastante della malattia, in preda a sintomi e complicanze non gestibili o gestite con improvvisazione.

Gli oncologi, storicamente dediti alla ricerca di schemi terapeutici sempre più efficaci da impiegare sin dall'esordio della malattia, sembra avessero inavvertitamente trascurato la necessità di sviluppare altrettanto validi protocolli per il trattamento palliativo. Inoltre, la somministrazione di schemi antiblastici sempre più attivi sulla malattia, determinando a volte un allungamento della sopravvivenza, quasi "cronicizzando" l'evoluzione neoplastica, ha contribuito allo

sviluppo di una serie di quadri clinici spesso sconosciuti e di difficile gestione. Fanno da esempio: il dolore "intrattabile", la comparsa di fenomeni trombo-embolici, il vomito o il singhiozzo infrenabile, l'occlusione intestinale. Oltre alle turbe psico-emotive non meno importanti dei deficit organici.

Queste problematiche, spesso di difficile soluzione, di recente hanno spinto i ricercatori a prendere in grande considerazione il ruolo della oncologia palliativa come ultimo anello di un percorso terapeutico sequenziale, in una visione di "assistenza globale" al paziente neoplastico. In tal modo, il piano terapeutico seguito dal paziente diviene completo, e l'oncologia palliativa si pone come prosieguo del trattamento attivo impiegato sin dall'inizio.

Il paziente e i suoi familiari sono seguiti dalla stessa istituzione in una continuità di cure che potranno essere espletate sia in regime di ricovero ospedaliero e sia in assistenza territoriale: domiciliare o in strutture residenziali (Hospice ecc...). Il tutto basato su dei protocolli di trattamento preparati dal gruppo medico della oncologia palliativa, da condividere col personale sanitario territoriale che può applicarli al paziente con facilità e precisione. Una linea privilegiata di comunicazione garantisce lo scambio di informazioni e l'aggiornamento sull'evoluzione del quadro clinico.

Il Dipartimento di Oncologia e Radioterapia dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria Umberto I, di Ancona, tra i suoi obiettivi di programma, ha fatto proprio lo sviluppo dell'oncologia palliativa sia per le ragioni suddette che per ulteriori motivi.

Infatti l'oncologia palliativa non è solo l'ultimo anello della C.O., ma rappresenta anche l'anello principale di congiunzione tra cure intra-ospedaliere e quelle extra. Può essere il centro di riferimento per lo sviluppo di linee guida, nuovi protocolli o nuovi modelli organizzativi da esportare nel territorio. Recipienti educazionali sono: studenti di scienze sanitarie, personale sanitario e parasanitario, famiglie di pazienti, associazioni di volontari e quant'altro.

Purtroppo ad oggi, le cure palliative, in special modo in oncologia, sono da considerarsi ancora non soddisfacenti e molto cammino resta da percorrere nelle varie direzioni tra cui: la formazione professionale, la creazione di nuove strutture e servizi, la comunicazione e l'informazione per offrire maggiore visibilità a quanto di meglio viene fatto nella gestione dei pazienti gravemente compromessi.

Obiettivo definitivo resta quello di continuare a diffondere la "cultura" della terapia palliativa, purtroppo ancora largamente assente allorché si parla del trattamento del paziente con malattia tumorale.



Rubrica Giovani

di Rossana Berardi e Nicola Battelli

Cosa farò da grande?

Anno nuovo rubrica nuova... per questo motivo abbiamo pensato di dedicare lo spazio della Rubrica Giovani dei Bollettini dell'Ordine del 2005 ad un tema di estrema importanza per i giovani medici: **cosa farò da grande?**

Molti di noi non hanno infatti le idee chiare, anche dal punto di vista normativo, su come affacciarsi ai vari settori della professione medica. Pensiamo pertanto che possa essere utile affrontare questo tema nei prossimi numeri, sviluppando, rispettivamente, tre diversi capitoli:

- LA LIBERA PROFESSIONE
- L'ATTIVITA' OSPEDALIERA
- LA RICERCA

con l'obiettivo di dare ai giovani medici alcuni strumenti necessari per intraprendere questi tre diversi tipi di carriera.

Chiediamo pertanto la collaborazione di tutti i Colleghi, sia giovani e che... **più esperti (anzi soprattutto dei più esperti!!!)** al fine di fornirci

suggerimenti ed informazioni per affrontare i suddetti temi in modo costruttivo ed utile.

Ricordiamo il nostro indirizzo di posta elettronica:

rubricagiovani@ordinemedici.ancona.it

Grazie fin da ora per la Vostra collaborazione e il Vostro supporto!

ASSEGNAZIONE CONTRIBUTI DI STUDIO "DOTT.GIORGIO FANESI"

Il 24 novembre 2004 presso la sede dell'Ordine dei Medici della provincia di Ancona si è riunita la Commissione esaminatrice del concorso per l'assegnazione di 4 contributi di studio intitolati al dottor Giorgio Fanesi. La Commissione, composta dai consiglieri Fulvio Borromei, Nicola Battelli, Sergio Giustini e Arcangela Guerrieri, ha passato all'esame le 9 domande pervenute.

In base al punteggio ottenuto nella valutazione di ogni candidato la Commissione esaminatrice ha stilato la graduatoria, nominando vincitrici dei 4 assegni di studio le dottoresse Margherita Giuliadori, Chiara Braconi, Giovanna Martiri e Patrizia Salvatori.

Durante l'Assemblea Annuale degli Iscritti, svolta presso l'Università di Medicina e Chirurgia l'11 dicembre u.s., la Sig.ra Nicoletta Rinaldi, moglie del dott. Giorgio Fanesi, ha personalmente premiato le vincitrici del Bando.





Università
Politecnica
delle Marche



**Unità Funzionale di Chirurgia
Videolaparoscopica e Mininvasiva**

Responsabile: Prof. Mario Guerrieri

La Chirurgia Mininvasiva nelle patologie addominali esperienza multidisciplinare e prospettive



**Polo Didattico Facoltà
di Medicina e Chirurgia
Torrette - Ancona
Aula G**

**venerdì
18 Marzo
2005**

PROGRAMMA

- 14:30** Introduzione e saluto delle Autorità
Prof. TULLIO MANZONI
Dr. PAOLO MENCHETTI
Dr. FILIPPO BORROMEO
- 15:00** Lettura magistrale:
Nuove tecnologie e prospettive
in Chirurgia Mininvasiva
Prof. EMANUELE LEZIORE
- I SESSIONE**
Moderatore: Prof. Emanuele Lezioire
- 15:30** I come e perché del medico
di Medicina Generale nei confronti
del paziente candidato
ad intervento mininvasivo
Dr. FILIPPO BORROMEO
- 15:45** La chirurgia mininvasiva
negli organi solidi addominali
Dr. ROBERTO CAMPAGNOLI
- 16:05** La chirurgia mininvasiva
nelle patologie del colon-retto
Dr. ANGELO DE SANTIS
- 16:25** Discussione
- II SESSIONE**
Moderatore: Dr. Mauro Marabini
- 17:00** L'organizzazione del Reparto
I.A.F.D. ANNA LISA SCARFONI
- 17:15** L'organizzazione
della Sala Operatoria
I.A.F.D. GIUSEPPE MANCINI
- 17:30** Aspetti anestesilogici
DILSA SERINA GIUDICARIO
- 17:45** Il parere del Medico Legale
Prof. ADRIANO TAGLIAMARCO
- 18:00** L'esperienza dell'Unità Funzionale
di Chirurgia Laparoscopica
e Mininvasiva di Ancona
Prof. MARIO GUERRIERI
- 18:20** Discussione e conclusioni
- 19:00** Cocktail di saluto

SEGRETERIA SCIENTIFICA E ORGANIZZATIVA

Dr. Roberto Campagnoli, Dr. Angelo De Santis
U.F. Chirurgia Videolaparoscopica
e Mininvasiva Ospedali Riuniti
Tel. 071-596.3520, 596.3317, 596.8041457, 549-5251545
Fax 071-5963126
e-mail: g.uerrieri@ospedale.it

Il programma è gratuito. La partecipazione è libera.

Si ringrazia per la collaborazione

tyco
Healthcare

Medici & Medici

