

Medici & Medici

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

- ▶ *Editoriale:*
PROFESSIONE E AUTOGOVERNO
- ▶ *Buona Sanità:*
LA PATOLOGIA TIROIDEA

Periodico Trimestrale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona • Direttore Responsabile: Fulvio Borromei • Reg. Trib. AN n. 13/90 del 7-8/6/1990
Stampa: Tecnoprint srl Ancona • N. 10 - Settembre 2005 • Sped. Abb. Postale 7096 - Filiale di Ancona

2005

10
settembre

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

Quirino Massimo Ricci

Consiglieri

Nicola Battelli

Maria Beatrice Bilò

Marcello Mario D'Errico

Sergio Giustini

Arcangela Guerrieri

Francesco Lattanzi

M. Giovanna Magiera

Tiziana Pierangeli

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:

Fontana di Piazza Roma (Ancona)

Particolare

Questo numero è stato chiuso:

28 settembre 2005

sommario

editoriale

Professione e autogoverno 4

informazioni

**Il consulente tecnico: obblighi
dell'ufficio e obblighi deontologici 6**

Presentazione libro Dott. Giustini 8

**Il Dott. Fabio Santelli è il nuovo
Presidente Regionale della FMSI Marche 9**

bioetica

**Medicina Transculturale, l'ascolto
e la comprensione della diversità 10**

dal Ministero

**Influenza: via libera dell'AIFA
ai nuovi vaccini 13**

**Ministro Storace per corretta
applicazione Legge 149 13**

**Storace: i pazienti con malattie rare
debbono avere la stessa possibilità
di cura di tutti gli altri malati 13**

**Storace: immettere nuovi farmaci
per tutelare salute cittadini 14**

rubrica giovani

**Cosa farò da grande?
L'attività ospedaliera 15**

buona sanità

La patologia tiroidea 16

congressi e corsi 23

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

e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it



PROFESSIONE e AUTOGOVERNO

di *Fulvio Borromei*

Se riflettiamo su questo concetto e ripercorriamo le tappe essenziali della storia della nostra professione medica tutta, ci rendiamo conto di come questa abbia perso nel tempo la capacità e il ruolo di autogovernarsi.

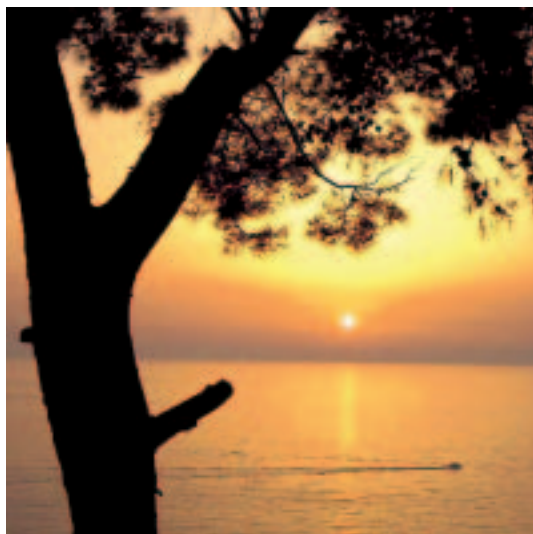
Per autogoverno intendo la possibilità di decidere in questioni essenziali per lo sviluppo, il rispetto, la realizzazione di quei concetti etici e di dignità professionale che dovrebbero essere alla base dell'agire quotidiano del medico sia in forma privata che in forma organizzata e nelle strutture pubbliche e private, che ritroviamo nel nostro codice deontologico e che rendono la nostra professione, unica, particolare, singolare che non può e potrà mai essere paragonata ad una impresa se non perdendone la sua identità (la risoluzione dell'antitrust è significativa).

Se analizzassimo solamente questo episodio e ci chiedessimo che cosa gli Ordini e la FNOMCeO hanno fatto e/o potuto fare di fronte a questa affermazione (peraltro legittima per chi segue questo filone ideale, ma non per chi crede e ha sempre creduto che un medico non possa diventare impresa nel senso liberale economico del termine), possiamo rispondere che non siamo riusciti sia ad opporci alle decisioni dell'antitrust, ma nemmeno ad essere credibili per le nostre idee.

Siamo rimasti soli nella nostra battaglia e nemmeno la società civile si è adoperata o cimentata in questa problematica nemmeno per comprenderla.

Tutto ciò è significativo e necessita di una lettura onesta e approfondita anche nel nostro interno.

A mio avviso dobbiamo riconquistare credibilità e autorevolezza, sentirci un corpo coeso, non per fare corporazione, ma per esprimere idee, opinioni, che ci appartengono e che sicuramente hanno dato un grande contributo sociale a tutta la nostra società.



Mentre scrivo questo articolo riecheggia nei nostri TG la notizia dei tre medici dell'emergenza trovati (se così è vero) ubriachi.

Se analizziamo il perché di questa notizia come di altre possiamo certamente vederci una spiccata sensibilità ad evidenziare i nostri errori e difetti, ma dobbiamo anche vederci una grande aspettativa etica e morale di tutta la società.

E' recuperando questa etica e moralità che è tuttora presente nella stragrande maggioranza del corpo professionale ed EVIDENZIANDOLA che noi possiamo riconquistare quella credibilità che potrebbe essere spesa politicamente a vantaggio dei nostri principi etici che sono intramontabili pur nel cambiare dei tempi.

L'Ordine professionale potrebbe impegnarsi maggiormente in questa battaglia, ma può farlo se ritrova autorevolezza e autogoverno e indipendenza.

Perché questo si realizzi è anche necessario che il singolo professionista attraverso la partecipazione ideale esprima la sua opinione ed abbia il suo peso anche nelle imminenti votazioni ordinistiche, dando mandato al futuro Presidente e al suo consiglio di percorrere questa strada.

Con la vostra partecipazione e il vostro parere potete dare legittimità, autorevolezza al futuro Consiglio e al suo futuro Presidente che dovrà necessariamente essere Sindaco della futura squadra.

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona

Oggetto:

Avviso di convocazione Assemblee Elettorali per il rinnovo degli organi istituzionali ordinistici

triennio 2006-2008

In ottemperanza alla legge n.80/2005, art. 2 comma 4 sexies, si comunica che sono indette (in prima convocazione) le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo (componenti iscritti all'Albo dei medici chirurghi), della Commissione per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri e del Collegio dei Revisori dei Conti.

Le Assemblee Elettorali avranno luogo presso la sede ordinistica nei seguenti giorni:

venerdì 14 ottobre 2005

dalle ore 9.00 alle ore 18.00

sabato 15 ottobre 2005

dalle ore 9.00 alle ore 18.00

domenica 16 ottobre 2005

dalle ore 9.00 alle ore 15.00

Sono eleggibili:

- tutti gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi ivi compresi i componenti uscenti del Consiglio Direttivo;
- tutti gli iscritti all'Albo degli odontoiatri ivi compresi i componenti uscenti della Commissione per gli iscritti all'albo degli odontoiatri;
- tutti gli iscritti all'Albo dei medici chirurghi e all'Albo degli odontoiatri ivi compresi i Revisori uscenti.

Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei

Il consulente tecnico: obblighi dell'ufficio e obblighi deontologici

Ripubblichiamo l'articolo dell'**Avv. Claudio De Feo** affinché i colleghi interessati possano rileggere la regolamentazione che riguarda i compiti dei CTU.

E' importante riaffermare i principi deontologici - anche a fronte delle disposizioni legislative vigenti - che regolano l'attività dei medici/consulenti tecnici nell'ambito del processo.

Si ricorda al riguardo che l'incarico è pubblico e che l'iscrizione all'albo dei consulenti tecnici - anche perché richiesta dallo stesso medico - non può prescindere dalla conoscenza delle regole che disciplinano l'incarico.

Così ad esempio il rifiuto dell'incarico - soprattutto la dove fa seguito alla richiesta di iscrizione all'Albo da parte dello stesso medico - non può essere arbitrario o meramente potestativo, dovendo sussistere una causa oggettiva di impedimento.

Ma andiamo per ordine.

L'art 61 del codice di procedura civile stabilisce:

***Consulente tecnico.** - Quando è necessario, il giudice può farsi assistere per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica (p.c. 87, 191 ss., 441, 445; nav. 599 ss.).* La scelta dei consulenti tecnici deve essere normalmente fatta tra le persone iscritte in albi speciali formati a norma delle disposizioni di attuazione al presente codice (att. p.c. 13 ss., 143 s.).

Le disposizioni di attuazione del codice di procedura civile detta le regole relative alla formazione e tenuta degli albi:

***13. Albo dei consulenti tecnici.** - Presso ogni tribunale è istituito un albo dei consulenti tecnici (p.c. 61 ss.).*

L'albo è diviso in categorie.

Debbono essere sempre comprese nell'albo le categorie: 1) medico-chirurgica; 2) industriale; 3) commerciale; 4) agricola; 5) bancaria; 6) assicurativa (att. p.c. 146).

***14. Formazione dell'albo.** - L'albo è tenuto dal presidente del tribunale ed è formato da un comitato da lui presieduto e composto dal procuratore della Repubblica e da un professionista iscritto nell'albo professionale designato dal Consiglio dell'ordine o dal collegio della categoria cui appartiene il richiedente l'iscrizione nell'albo dei consulenti tecnici.*

Il Consiglio predetto ha facoltà di designare, quanto lo ritenga opportuno, un professionista iscritto nell'albo di altro ordine o collegio, previa comunicazione al consiglio che tiene l'albo a cui appartiene il professionista stesso.

Quando trattasi di domande presentate da periti estimatori, la designazione è fatta dalla camera di commercio, industria e agricoltura.

Le funzioni di segretario del comitato sono esercitate dal cancelliere del tribunale.

***15. Iscrizione nell'albo.** - Possono ottenere l'iscrizione nell'albo coloro che sono forniti di speciale competenza tecnica in una determinata materia, sono di condotta morale (e politica) specchiata e sono iscritti nelle rispettive associazioni professionali. Nessuno può essere iscritto in più di un albo. Sulle domande di iscrizione decide il comitato indicato nell'articolo precedente.*

Contro il provvedimento del comitato è ammesso reclamo, entro quindici giorni dalla notificazione, al comitato previsto nell'art. 5.

L'art 63 del codice di procedura civile stabilisce espressamente che l'assunzione dell'incarico da parte del consulente iscritto all'albo è un obbligo e non una facoltà del consulente:

***63. Obbligo di assumere l'incarico e ricusazione del consulente.** - Il consulente scelto tra gli iscritti in un albo (att. p.c. 146) ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, tranne che il giudice riconosca che ricorre un giusto motivo di astensione (p.c. 192).*

Il consulente può essere ricusato delle parti per i motivi indicati nell'art 51.

Della ricusazione del consulente conosce il giudice che l'ha nominato (att. p.c. 89).

***192. Astensione e ricusazione del consulente.** - L'ordinanza è notificata al consulente tecnico a cura del cancelliere, con invito a comparire all'udienza fissata dal giudice.*

Il consulente che non ritiene di accettare l'incarico o quello che, obbligato a prestare il suo ufficio, intende astenersi (p.c. 63) deve farne denuncia o istanza al giudice che l'ha nominato almeno tre giorni prima dell'udienza di comparizione; nello stesso termine le parti debbono proporre le loro istanze di ricusazione, depositando nella cancelleria ricorso al giudice istruttore. Questi provvede

con ordinanza non impugnabile (att. p.c. 89).

Il rifiuto di accettare l'incarico è quindi ammesso ed è lecito solo nel caso in cui oggettivamente ricorra un giusto motivo di astensione. La valutazione dei motivi è operata dal giudice il quale è l'unico a potere sindacare l'eventuale astensione.

La distribuzione degli incarichi deve svolgersi con criteri di oggettività e trasparenza.

22. Distribuzione degli incarichi. - Tutti i giudici che hanno sede nella circoscrizione del tribunale debbono affidare normalmente le funzioni di consulente tecnico agli iscritti nell'albo del tribunale medesimo.

Il giudice istruttore che conferisce un incarico a un consulente iscritto in albo di altro tribunale o a persona non iscritta in alcun albo, deve sentire il presidente e indicare nel provvedimento i motivi della scelta.

Le funzioni di consulenti presso la corte d'appello sono normalmente affidate agli iscritti negli albi dei tribunali del distretto. Se l'incarico è conferito ad iscritti in altri albi o a persone non iscritte in alcun albo, deve essere sentito il primo presidente e debbono essere indicati nel provvedimento i motivi della scelta.

I compensi spettanti al consulente sono predeterminati per legge, sicchè non possono essere oggetto di trattativa o accordo.

La Corte Costituzionale, con sentenza n.88 del 1970, ha da tempo dichiarato al riguardo la non fondatezza della questione con ampia motivazione pertinente anche alla censura relativa all'art 35, 1° comma, cost., osservando che i consulenti tecnici, in quanto ausiliari del giudice, non possono essere considerati come dei puri e semplici lavoratori autonomi per le funzioni che svolgono nell'ambito del processo, talchè il legislatore ha provveduto a disciplinare con una legge speciale i criteri di liquidazione dei compensi loro dovuti; inoltre, la questione è stata già riproposta, sostanzialmente negli stessi termini, nei confronti di detta l. 1° dicembre 1956, n. 1426, e dichiarata manifestamente infondata con l'ordinanza della corte n. 69 del 1979, in riferimento all'art. 3 cost.; non sussistono, quindi, elementi idonei a giustificare un mutamento di giurisprudenza, anche se non si può nascondere che l'ulteriore decorso del tempo ha reso inadeguate le tariffe fissate dalla norme impugnate, il che richiede un tempestivo intervento del legislatore nell'esercizio della sua discrezionalità politica.

Per quanto attiene alla responsabilità dei consulenti tecnici e l'accertamento di eventuali violazioni, le disposizioni di attuazione del codice di procedura civile prevedono:

19. Disciplina. - La vigilanza dei consulenti tecnici è

esercitata dal presidente del tribunale, il quale, d'ufficio o su istanza del procuratore della Repubblica o del presidente dell'associazione professionale, può promuovere procedimento disciplinare contro i consulenti che non hanno tenuto una condotta morale (e politica) specchiata o non hanno ottemperato agli obblighi derivanti dagli incarichi ricevuti.

Per il giudizio disciplinare è competente il comitato indicato nell'art 14.

20. Sanzioni disciplinari. - Ai consulenti che hanno osservato i doveri indicati nell'articolo precedente possono essere inflitte le seguenti sanzioni disciplinari:

- 1) l'avvertimento;
- 2) la sospensione dell'albo per un tempo non superiore ad un anno;
- 3) la cancellazione dall'albo.

21. Procedimento disciplinare. - Prima di promuovere il procedimento disciplinare, il presidente del tribunale contesta l'addebito al consulente e ne raccoglie la risposta scritta.

Il presidente, se dopo la contestazione ritiene di dovere continuare il procedimento, fa invitare il consulente, con biglietto di cancelleria, davanti al comitato disciplinare. Il comitato decide sentito il consulente. Contro il provvedimento è ammesso reclamo a norma dell'art. 15 ultimo comma.

Si raccomanda pertanto la massima disponibilità e diligenza nell'osservanza delle regole sopra richiamate, ribadendo che la richiesta di iscrizione all'albo dei consulenti è volontaria, ma questa - una volta avvenuta - comporta l'obbligatorietà dell'incarico.



Presentazione libro Dott. Giustini:

ORDINE DEI MEDICI della Provincia di Ancona LA SUA STORIA

di Fulvio Borromei

PREFAZIONE

L'Ordine dei Medici di Ancona con questa pubblicazione vuole ripercorrere le tappe storiche che hanno visto nascere, svilupparsi e crescere la nostra istituzione.

Non è una pubblicazione accademica fine a se stessa di tipo osservazionale descrittiva, ma nel riaccendere il ricordo storico si propone di valorizzarne la funzione, il ruolo, il senso della sua esistenza.

Una esistenza che ha ancora un significato, ma che per continuare ad averlo abbisogna della consape-

volezza, dell'attaccamento del senso di appartenenza dei suoi iscritti e anche della conoscenza dei cittadini, delle rappresentanze politiche e sociali, che lo devono vedere non come un organo di parte, ma come la più alta espressione di difesa della professione con tutti i suoi aspetti etici e deontologici e della salute dei cittadini.

Un particolare saluto lo vorrei rivolgere all'autore dr Sergio Giustini consigliere ordinistico, medico di medicina generale colto letterato dedito allo studio dell'arte, della storia e della letteratura che con grande passione e pazienza ha saputo ricercare le notizie, gli avvenimenti che hanno caratterizzato la storia del nostro Ordine e li ha saputi magistralmente riannodare.

A nome di tutto il Consiglio gli esprimo la gratitudine per questa fatica perché attraverso questa, partecipa a ridonare lustro ad una istituzione che molto ha rappresentato e molto rappresenterà della nostra storia di medici chirurghi e odontoiatri.

Sono felice di rendere merito all'autore ed amico caro del quale sento la vicinanza e l'affetto e tutto ciò mi aiuta nel percorso faticoso della presidenza.

ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI ANCONA

a cura di
SERGIO GIUSTINI

LA SUA STORIA

*La. S.V. è invitata alla presentazione del volume
"Ordine dei Medici della Provincia di Ancona - La sua storia"
a cura di Sergio Giustini;
Sabato 22 Ottobre 2005, alle ore 17,00
presso l'Aula del Rettorato (Piazza Roma - Ancona)*

Saranno presenti:

Fabio Sturani Sindaco di Ancona - Marco Pacetti Rettore dell'Università Politecnica di Ancona
Enzo Giancarli Presidente della Provincia di Ancona - Giuseppe Del Barone Presidente della Fiomceco - Eolo Parodi Presidente Enpam

Il Dott. Fabio Santelli è il nuovo Presidente Regionale della FMSI Marche

di Fabio Santelli

L'anno successivo allo svolgimento delle Olimpiadi avvengono le elezioni di tutti i Comitati Provinciali delle Federazioni Sportive Nazionali, successivamente a queste avvengono le elezioni dei Comitati Regionali, ed anche del Presidente e del Consiglio Nazionale di tutte le Federazioni.

Anche la Federazione Medico Sportiva Italiana, appartenendo al CONI rispetta tale procedura, così nei primi mesi del 2005, si sono svolte le elezioni del Presidente Provinciale della Associazione Medici Sportivi della Provincia di Ancona, è risultato eletto il Dott. Fabio Santelli, specialista in Medicina dello Sport, Dir. Medico 1° livello, Anestesista Rianimatore presso il presidio G. Salesi di Ancona il quale rivestiva già tale incarico dal 2002, dopo la scomparsa del prof. Franco Bianchi.

L'assemblea Regionale Marche della F.M.S.I., ha provveduto alla nomina del Presidente e del Consiglio Regionale Marche, è stato eletto alla Presidenza Regionale il Dott. Fabio Santelli, un meritato riconoscimento alla nostra Provincia per l'impegno profuso in questi ultimi anni sia per la campagna antidoping, svolta in collaborazione con il CONI Regionale dell'Umbria, sia per il Progetto MIUR di insegnamento del pronto soccorso e di corretta alimentazione nelle scuole, inoltre per la faticosa opera di prelievi CVD (Commissione per la vigilanza sul doping e per la tutela della salute nelle attività sportive) svolta per conto del Ministero della Salute, tale merito è stato confermato con l'elezione a consigliere regionale del Dott. Gabriele Brandoni di Castelfidardo, Dir. Medico 1° livello Diabetologia dell'INRCA di Ancona.

Attraverso questo comunicato il neo eletto Presidente, vorrebbe oltre ad inviare un caloroso saluto a tutti gli sportivi Marchigiani, cercare di tracciare le linee programmatiche del prossimo quadriennio, per ciò che concerne la Medicina sportiva,



infatti, oltre a seguire gli obiettivi in corso:

- Progetto MIUR di collaborazione ed insegnamento nelle Scuole;
 - Proseguire la collaborazione con la Scuola Regionale dello sport del CONI;
 - Gestione uniformata dei Centri di Medicina sportiva tramite la Cartella Clinica Computerizzata.
- Vorrebbe aggiungere altri da realizzare, tramite un gruppo di Medici Sportivi più compatto ed unito, e se possibile più numeroso:
- Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport presso la facoltà di Medicina di Ancona;
 - Realizzazione di un Bollettino o Rivista a carattere regionale;
 - Realizzazione di una pagina WEB dal sito Internet WWW.FMSIMarche.it ;
 - Libretto Sportivo per gli atleti a carattere Regionale.

Naturalmente per realizzare tutti questi grandi obiettivi, oltre al massimo dell'impegno personale, il sottoscritto, confida nell'attenzione e nell'aiuto di tutti quelli che vorranno essergli vicino, sia colleghi medici sportivi sia medici non sportivi, perché la realizzazione di tutto ciò, non interessa unicamente il mondo dello sport, ma è parte integrante della nostra società.



Medicina Transculturale

L'ascolto e la comprensione della diversità

Avere di fronte persone provenienti da nazioni diverse, con tradizioni e modi di vita differenti e con disparate carte di valori rappresenta un problema importante nel rapporto medico paziente. Il medico non adeguatamente attrezzato nell'impatto con un immigrato o con chi professa dichiaratamente valori diversi, rischia di fallire nella comunicazione, compromettendo l'atto terapeutico e l'intero rapporto. Nell'articolo si segnalano l'importanza di un concetto dinamico di salute e l'opportunità di adottare una Medicina basata sulla Narrazione, attenta all'ascolto e alla comprensione della diversità.

LA DIVERSITÀ CULTURALE

Una delle caratteristiche emergenti nelle società occidentali è data dalla diversità di culture che in esse albergano e che, in qualche modo, convivono. La diversità culturale può essere intesa in vari modi: in primo luogo è legata alle culture di provenienza dei flussi immigratori che si radicano nel territorio, in secondo luogo è presente trasversalmente tra gli stessi cittadini che possiedono differenti carte di valori.

In Italia, quindi, coesiste un insieme di culture provenienti da nazioni, religioni, ed etiche diverse.

La convivenza non è sempre facile, sia per gli immigrati che intendono vivere la loro vita in Italia, sia per gli stessi italiani che possono vedere nella diversità un pericolo per le loro radici e per la loro stessa sicurezza. E' necessario, quindi, tentare una integrazione tra più culture che è possibile solo attraverso il dialogo e la conoscenza reciproca..

La diversità delle culture presenti in Italia si riverbera anche nella Medicina, che non è stata mai molta brava nel dialogo transculturale.

Fino a non molti anni fa, il paternalismo medico imponeva una propria visione dei valori e delle

scelte terapeutiche che, seppure fatte per il bene del soggetto, proiettavano nel paziente la cultura e l'etica di riferimento del sanitario.

Oggi il valore dato all'autonomia decisionale del paziente rende indifferibile il momento dell'ascolto e del dialogo, ma i medici, spesso, non sono adeguatamente formati all'impatto transculturale e al rapporto con pazienti provenienti da varie culture. C'è la necessità di un percorso formativo che individui le peculiarità del rapporto medico-immigrato e che nel contempo sappia valorizzare e rispettare le etiche di provenienza dei cittadini.

In questo breve articolo segnalo due concetti che potranno essere sviluppati successivamente.

In primo luogo si sottolinea l'importanza del concetto di salute che deve essere sempre tenuto presente nel momento del rapporto tra medico ed immigrato.

In secondo luogo, la medicina transculturale deve prestare particolare attenzione alla storia e alla narrazione del soggetto. Si tratta questa di una impostazione ben precisa che affianca alla Evidence-Based Medicine, la Narrative-based Medicine

IL CONCETTO DI SALUTE

Prima di ogni valutazione dei problemi di salute che emergono durante il colloquio con le donne immigrate, è necessario definire a quale concetto di salute ci si riferisca. Utilizzare un concetto di salute rispetto ad un altro non è indifferente.

Il concetto di salute rappresenta lo scenario di riferimento e determina gli strumenti attraverso i quali si interpreteranno i segni e i sintomi del malato.

Appare chiaro che la definizione dell'Organizzazione mondiale della Sanità, contenuta nel preambolo del Protocollo di Costituzione del 1946, che recita: la salute è "lo stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo assenza di malattia o di infermità" non si presta ad essere utilizzata in un ambulatorio per gli immigrati temporaneamente senza permesso di soggiorno.

La definizione dell'OMS presenta infatti dei limiti e in un certo senso è utopica: il perfetto benessere non ci sarà mai e sarà sempre da perseguire e in un altro è statica: indica lo stato di benessere come se ci potesse essere una misura ideale un metro



per dire che lì e soli lì è il perfetto benessere.

Essa, seppure possa porsi come un modello utopico a cui tendere, suona un po' beffarda di fronte alle richieste di esseri umani in grave difficoltà socio-sanitarie. Può essere più adeguato utilizzare una definizione che proviene da una visione **personalistica della salute** nella quale è intesa come *"equilibrio dinamico all'interno della persona tra soma, psiche e spirito e all'esterno della persona tra soggetto e ambiente"*.

La salute, quindi, non è uno stato acquisito una volta per sempre, ma è continuamente da conquistare, sviluppare e anche da ricostruire.

E questo è un concetto molto importante perché è possibile la ricerca della salute anche là dove non è possibile il perfetto benessere e cioè nella fase dell'orientamento e dell'integrazione quando, dopo l'impatto in un contesto relazionale completamente nuovo la persona cerca un nuovo equilibrio.

È questo nuovo *equilibrio di sé* nel nuovo ambiente che l'immigrato ricerca e dal disequilibrio delle diverse dimensioni umane nascono i problemi di salute e alterazioni che soprattutto nei minori sono state descritte anche come *choc transculturale*.¹

Può apparire strano adottare un concetto di salute derivato dalla cultura cattolica in soggetti provenienti dalle più disparate nazioni, culture e religioni. Tuttavia il termine *spirito* non deve essere interpre-

tato necessariamente in chiave religiosa: esiste una spiritualità laica che in qualche modo si riferisce alla sfera più intima di senso e di valore degli individui, rappresentando *l'umanità* nel senso più pieno del termine.

Ebbene tale sfera di sentimenti possono differire tra loro, a seconda delle radici culturali di provenienza. Un intervento medico che non riesca a cogliere tali aspetti, si limiterà a curare, o peggio ancora ad eliminare il sintomo senza intervenire nella promozione o nel ripristino della salute.

Ecco la necessità per l'operatore sanitario di ricercare per quella soggetto il migliore possibile punto d'equilibrio, intervenendo se opportuno in ogni dimensione del concetto di salute proposto: corpo, psiche, spirito e ambiente.

LA NARRATIVE-BASED MEDICINE

La Medicina basata sulle evidenze (EBM) rappresenta la modalità operativa migliore per operare delle scelte terapeutiche oggettive che possano fondarsi su dati significativi e trasparenti.

Inoltre, fornisce un formidabile modello di aggiornamento per i medici nell'ambito della prescrizione farmaceutica. Tale modello si concretizza in testi e in progetti che in Italia sono stati fatti propri dall'Agenzia italiana del

1 - Bambini, donne e famiglie in immigrazione: dati statistici per un inquadramento psico-sociale.

Manuela De Marco e Franco Pittau.



Farmaco. Nasce così il testo Clinical Evidence², ormai nella sua terza edizione, che è proposto come *un prezioso strumento per orientare le scelte terapeutiche sulla base delle evidenze scientifiche più accreditate e favorire un impiego sicuro e appropriato dei medicinali*.³

Tuttavia la Medicina basata sulle evidenze cliniche è molto di più che una modalità operativa e un modello di aggiornamento, rappresentando una scelta *teoretica* ben precisa.

La EBM rappresenta per la Medicina ciò che la Filosofia della Scienza è per la Filosofia stessa.

Come la Filosofia della Scienza intende, in

primo luogo, chiarire le nozioni strutturali del discorso scientifico e indagare sul processo di sviluppo della conoscenza scientifica, così la EBM rappresenta la modalità scientifica per eccellenza con la quale la Medicina, produce se stessa, giorno per giorno *trial dopo trial*, incrementando la conoscenza che diviene un patrimonio disponibile per tutti.

Naturalmente, la EBM non racchiude in sé tutta la Medicina che straborda per quel tanto di soggettivo, di unico ed irripetibile che esprime la persona malata. Accanto alla EBM e, talvolta, in contrapposizione nasce una Medicina basata sulla narrazione: Narrative-Based Medicine (NBM).⁴

La ricchezza innovativa della NBM sta nell'orientamento del punto di vista del medico verso nuove opportunità teoriche. Se la EBM rappresenta per la medicina la filosofia della scienza e si muove nell'ambito della filosofia analitica, la Medicina Basata sulla Narrazione trova il suo punto di riferimento nell'ermeneutica.

L'ermeneutica è *anche*, secondo una definizione di Gadamer è *l'arte di saper ascoltare: io dico "l'arte (di saper ascoltare)" per alludere alla grande difficoltà di imparare a farlo*.

Saper ascoltare significa che gli uomini imparino ad ascoltare gli altri, astenendosi dal volerne anticipare il pensiero (credendo magari di averlo già inteso), e siano quindi disposti a prestare attenzione. L'arte dell'ermeneutica è l'arte di lasciarsi rivolgere la parola, e con ciò il rispetto per gli altri.

In questa deferenza c'è anche una sorta di rifiuto di quella smisurata e opprimente autostima che insegna a non considerare gli altri al pari di se stessi.

La descrizione della malattia che siamo chiamati a *saper ascoltare* è per esempio un passaggio importante nelle vite dei pazienti. La descrizione dà il significato, il contesto e la prospettiva della storia del soggetto malato e fornisce una struttura per l'avvicinamento ai problemi dei pazienti.⁵

La Medicina narrativa, tuttavia, non è pratica spontanea ma necessità di abilità testuali ed interpretative e di atteggiamenti empatici che possono essere appresi in un progetto formativo.

Di questo e delle potenzialità della NBM si spera di poterne parlare in maniera più estesa successivamente.

2 - Clinical Evidence *conciso* edizione italiana ha come base i numeri 10-11 dell'edizione originale di Clinical Evidence, la traduzione è stata fatta in accordo con il BMJ e con il centro Cochrane italiano.

3 - Cinque A., Clinical Evidence, prefazione V 2005.

4 - Good B.; narrare la malattia, lo sguardo antropologico sul rapporto medico paziente Edizioni di Comunità Torino, 1999.

5 - Masini V., Medicina narrativa, Franco Angeli 2005.



dal Ministero

INFLUENZA: VIA LIBERA DELL'AIFA AI NUOVI VACCINI

Il Consiglio di Amministrazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco – su direttiva del ministro Storace – ha approvato oggi i nuovi vaccini per l'attuazione della Campagna vaccinale contro l'influenza.

Rispettando il Piano e i tempi previsti dalla Campagna promossa dal ministero della Salute, i vaccini saranno disponibili già nei primi giorni di ottobre e saranno dispensati gratuitamente dalle Aziende Sanitarie Locali ai soggetti a rischio sulla base dei Piani di vaccinazione definiti dalle Regioni e dalle singole ASL.

Saranno inoltre disponibili a pagamento anche nelle farmacie, ma ad un prezzo che non potrà essere aumentato dalle Aziende produttrici, inferiore del 25-27% rispetto al costo attuale dei vaccini in fascia C.

MINISTRO STORACE PER CORRETTA APPLICAZIONE LEGGE 149

Il Ministero della Salute, alla ripresa post-feriale, porrà alle associazioni dei consumatori un protocollo di intesa per la corretta applicazione della legge 149 sugli sconti in farmacia.

Tra i punti all'esame del ministro Storace, l'impegno ad adottare direttive in ordine all'applicazione degli sconti effettivamente praticati nelle farmacie; chiare indicazioni se una determinata farmacia pratichi gli sconti ed in quale misura vengono applicati; esemplificazione delle concrete modalità di pubblicizzazione degli sconti; campagna di informazione del Ministero per far conoscere al cittadino il suo diritto di chiedere sconti e verifica attraverso le associazioni che uguale sconto sia praticato a tutti i cittadini; invito del Ministero alla collaborazione rivolto a tutte le associazioni civiche e di malati cronici al fine della riuscita della legge e alla segnalazione di anomalie per successivi controlli; informazioni al cittadino perché questi pretenda dal farmacista di essere informato della presenza in commercio di medicinali aventi uguale composizione in principio attivo, forma, dosaggio, ecc; valutazione e verifica periodica del rispetto di applicazione della legge in tutto il territorio nazionale; elaborazione proposte per eventuale revisione della legge.

STORACE: I PAZIENTI CON MALATTIE RARE DEBBO AVERE LA STESSA POSSIBILITÀ DI CURA DI TUTTI GLI ALTRI MALATI

Il CdA AIFA approva la fornitura gratuita di farmaci per la terapia Glicogenosi di tipo 2

«La fornitura gratuita di medicinali per la cura di terapie rare è una decisione assai rilevante poiché garantisce che i pazienti affetti da una malattia rara abbiano possibilità di cura come i malati con patologie maggiormente diffuse per le quali sono disponibili più farmaci in ragione della maggiore remuneratività del mercato».

Con queste parole il ministro della Salute Francesco Storace, commenta l'approvazione da parte dell'AIFA dell'utilizzo del Fondo nazionale per i "Farmaci orfani". Il Cda dell'Agenzia italiana del farmaco, infatti, ha dato attuazione all'utilizzo di questo fondo destinato all'impiego, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, di farmaci orfani per la cura della malattie rare.

L'Aifa ha approvato l'accesso al fondo "Farmaci orfani" per consentire la fornitura del medicinale Myozyme all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Burlo Garofalo di Trieste al fine di assicurare, in via sperimentale, la terapia a base di alfa glucosidasi nelle forme giovanili di Glicogenosi di tipo 2.

La Glicogenosi di tipo 2 è una malattia grave e rara che nella forma infantile colpisce i bambini nei primi mesi di vita o sin dalla nascita ed è caratterizzata da un elevato tasso di mortalità.

Il trattamento sarà iniziato presso l'Unità di Malattie Metaboliche dell'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste in 5-8 pazienti, e successivamente potrà essere proseguito presso le strutture sanitarie di riferimento territoriali con le quali verrà mantenuto uno stretto collegamento per il monitoraggio clinico.



Il Cda dell'Aifa autorizza 65 nuove specialità medicinali

**STORAGE: IMMETTERE NUOVI FARMACI
PER TUTELARE SALUTE CITTADINI**

**A disposizione molecole innovative per il
trattamento di malattie come l'ipercolesterolemia,
l'osteoporosi, il diabete mellito, l'HIV**

«Il farmaco è un bene etico che riveste una importanza strategica per la salute. Per questo autorizzarne all'immissione in commercio, in tempi certi ed in linea con l'Europa, nuovi farmaci per importanti patologie, riveste una importanza fondamentale per tutelare la salute dei cittadini».

Con queste parole il ministro della Salute, **Francesco Storace**, ha commentato l'autorizzazione all'immissione in commercio di 65 nuovi farmaci da parte del Consiglio di amministrazione dell'Aifa.

Grazie all'attività dell'Agenzia Italiana del Farmaco, con queste nuove autorizzazioni, è salito a 439 il numero di nuovi medicinali che il Servizio Sanitario Nazionale ha messo gratuitamente a disposizione dei malati da ottobre 2004 ad oggi. In particolare,

sono stati approvati 54 farmaci innovativi, 10 farmaci orfani per il trattamento di malattie rare, 263 equivalenti-generici, 13 farmaci per la terapia del dolore. Questo importante risultato è stato possibile anche grazie allo snellimento delle procedure che ha consentito di ridurre da 300 a 90 giorni i tempi necessari alla registrazione dei medicinali, portando l'Italia ad essere competitiva rispetto all'Europa.

In questo modo è stato possibile anche l'ingresso sul mercato di 221 farmaci equivalenti che con il loro costo inferiore di almeno il 20% (come prevede la normativa vigente) rispetto alle specialità di marca hanno consentito di liberare risorse per ammettere alla rimborsabilità, e quindi dispensare gratis ai malati, medicinali innovativi per la cura di gravi patologie come il cancro, l'Aids, l'epatite cronica B.

Con le nuove autorizzazioni all'immissione in Commercio varate oggi i cittadini avranno a disposizione medicinali innovativi per il trattamento di malattie come l'ipercolesterolemia, l'osteoporosi, il diabete mellito, l'HIV.

CORSO ITINERANTE IN OSSIGENO-OZONO TERAPIA

Osimo, 5 Novembre 2005



Fontana di Piazza Boccolino - Osimo

Segreteria Organizzativa:

X-RAY SERVICE

Tel. +39.030.3197173 - Fax +39.030.3197171 - E-mail info@xrayservice.it





Rubrica Giovani

di **Rossana Berardi e Nicola Battelli**

Cosa farò da grande? L'attività ospedaliera

Dall'inizio dell'anno il tema della nostra rubrica è stato il quanto mai importante ed attuale per i giovani medici: **"cosa farò da grande?"**

Nello scorso numero abbiamo affrontato gli aspetti principali inerenti la **Libera Professione**, in questo proseguiremo esplorando quelli relativi all'**Attività Ospedaliera**. Concluderemo poi con il numero di fine anno analizzando il mondo della **Ricerca**.

La dirigenza sanitaria è disciplinata dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n.29, e successive modificazioni ed integrazioni.

L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

All'**atto della prima assunzione**, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. A tali fini il dirigente responsabile della struttura predispone e assegna al dirigente un programma di attività finalizzato al raggiungimento degli obiettivi prefissati ed al perfeziona-

mento delle competenze tecnico professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza.

Il dirigente è sottoposto a **verifica triennale**; quello con incarico di struttura, semplice o complessa, è sottoposto a verifica anche al termine dell'incarico.

I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di salvaguardia del trattamento economico fisso dei dirigenti.

I dirigenti sanitari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato, sono assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo. I contratti collettivi di lavoro stabiliscono il trattamento economico aggiuntivo da attribuire ai dirigenti sanitari con **rapporto di lavoro esclusivo**.

Il rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari comporta la totale disponibilità nello svolgimento delle funzioni dirigenziali attribuite dall'azienda, nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza, con impegno orario contrattualmente definito.

Il rapporto di lavoro esclusivo comporta l'esercizio attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali.

L'orario di lavoro dei dirigenti è di n. 38 ore settimanali, al fine di assicurare il mantenimento del livello di efficienza raggiunto dai servizi sanitari e per favorire lo svolgimento delle attività gestionali e/o professionali, correlate all'incarico affidato e conseguente agli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale, nonché quelle di didattica, ricerca ed aggiornamento.

Alla dirigenza sanitaria si accede mediante **concorsi pubblici per titoli ed esami**.

I bandi di tali concorsi vengono pubblicati in Gazzetta Ufficiale e possono facilmente essere reperiti anche presso i principali Ordini dei Medici delle varie province italiane o in alcuni siti web come www.concorsi.it o, nell'ambito della nostra regione, <http://www.lavoro.marche.it/> oppure <http://www.comune.jesi.an.it/informagiovani/lavoro/>

Speriamo che anche questa volta le informazioni fornite possano esserVi utili!

Ricordiamo come sempre il nostro indirizzo di posta elettronica invitandoVi a inviarci i Vostri suggerimenti e consigli:

rubricagiovani@ordinemedici.ancona.it



BUONA SANITÀ

La patologia tiroidea

INTRODUZIONE

Le malattie della tiroidea rappresentano circa il 75-80% di tutta la patologia endocrina e comprendono una ampia gamma di patologie ad elevata prevalenza nella popolazione generale adulta. Dati epidemiologici dimostrano, infatti, che circa il 50-60% della popolazione di età superiore ai 60 anni presenta, all'ecografia del collo, un nodulo della tiroide e di questi il 5-8% è un carcinoma. L'ipotiroidismo è riscontrabile, soprattutto nella forma sub-clinica, nel 20% delle donne in età maggiore ai 30 anni mentre l'ipertiroidismo ha una prevalenza del 4-5% nel sesso femminile e del 0.5% nel sesso maschile. Considerando la regione Marche si può stimare che su 1.500.000 di abitanti circa 600.000 soggetti siano portatori di una qualsiasi patologia della tiroide. Gran parte di questi pazienti è seguito dalle strutture dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona dove si possono trovare tutte le competenze specifiche. Inoltre presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona giungono pazienti provenienti anche dalle regioni vicine e dal sud Italia. Per rispondere a tali esigenze la Clinica di Endocrinologia ha istituito degli ambulatori specifici per queste malattie compreso un ambulatorio per la patologia neoplastica tiroidea.

Vista l'elevata frequenza ed incidenza, le malattie della tiroide sono patologie di grande impatto sociale con costi sanitari, per la diagnosi e per le terapie, spesso elevati. Fondamentale risulta pertanto la scelta degli esami da effettuare per poter porre la giusta diagnosi evitando l'esecuzione di inutili esami che oltre a fare aumentare la spesa sanitaria sono causa di lunghe liste di attesa soprattutto per alcuni tipi di accertamenti.

UNITÀ' MULTIDISCIPLINARE INTERDIPARTIMENTALE PER LA PATOLOGIA TIROIDEA

Le attuali necessità gestionali delle Aziende Sanitarie, nel complesso panorama economico-finanziario, impongono livelli organizzativi che non devono essere affidati alla buona volontà o all'esperienza del singolo operato-



di Augusto Taccaliti e Sandro Faragona

re. Esse richiedono la programmazione di corrette linee guida atte ad ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici al fine di ridurre l'impatto economico ed offrire un livello di prestazioni di alta qualità.

A tale scopo dal febbraio del 2005 si è costituita presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona l'Unità Multidisciplinare Interdipartimentale per la Patologia Tiroidea con lo scopo di dare all'utente, in tempi estremamente rapidi, un servizio diagnostico terapeutico, che si avvale dell'applicazione delle linee guida delle varie Società Scientifiche Nazionali ed Internazionali.

L'Unità Multidisciplinare Interdipartimentale è costituita da tutte le figure professionali operanti all'interno dell'Azienda, in particolare:

l'endocrinologo, il chirurgo, il radiologo, il citopatologo, il medico nucleare, il laboratorista, l'anatomopatologo. Inoltre l'Unità si avvale della collaborazione del radiologo interventista, del radioterapista, dell'oculista e del chirurgo maxillo-facciale ed otorinolaringoiatra per le problematiche specifiche.

Valutando le linee guida, sono stati stabiliti due percorsi: uno diagnostico ed uno terapeutico.





PERCORSO DIAGNOSTICO

Con il percorso diagnostico il paziente accede ai vari servizi attraverso Percorsi Ambulatoriali Complessi (P.A.C.) cioè, oltre ad effettuare la visita medica specialistica endocrinologica o chirurgica, esegue gli accertamenti idonei per il problema tiroideo specifico. Il PAC diagnostico può essere attivato da qualsiasi figura professionale che partecipa all'Unità Multidisciplinare Interdipartimentale.

Un esempio: il Medico di Medicina Generale nel sospetto di una patologia tiroidea invia il paziente a visita specialistica endocrinologica o chirurgica. Dalla visita specialistica vengono poi attivati i P.A.C., che si diversificano a seconda della tipologia della malattia, e che possono comprendere sia il prelievo ematico per la determinazione degli ormoni tiroidei e per la ricerca degli anticorpi anti-tiroide, sia gli esami strumentali come l'ecografia tiroidea con o senza ago-aspirazione per esame citologico delle lesioni nodulari, o la scintigrafia.

I risultati vengono poi inseriti in un "Data Base" gestito dall'endocrinologo e dal chirurgo (vedi Allegato 1). La possibilità di avere le notizie anamnestiche e gli esami informatizzati, pur nel rispetto della privacy, dà un enorme vantaggio perché permette sia la rapida consultazione dei dati sia una facile valutazione del comportamento clinico del singolo paziente e, inoltre, l'analisi globale dell'andamento dei pazienti diversificati per patologia.

I P.A.C. diagnostici comprendono, pertanto, tutti gli accertamenti indispensabili per poter porre una corretta diagnosi sull'etiologia del problema tiroideo che sono stati valutati e selezionati sulla base delle linee guida delle varie società scientifiche nazionali ed internazionali. Inoltre i P.A.C. permettono al paziente

di eseguire tutti i servizi necessari in una sola giornata, con notevole risparmio di tempo per l'utente.

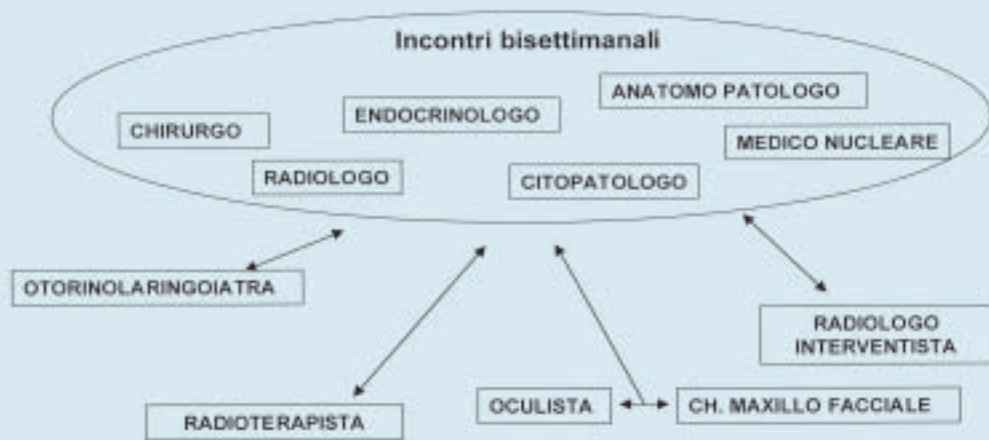
PERCORSO TERAPEUTICO

Tutte le figure professionali si incontrano ogni 15 giorni per discutere dei casi che presentano delle difficoltà diagnostico-terapeutiche e/o per meglio definire il trattamento da proporre al paziente (vedi Allegato 2). Si discute, ad esempio, su come affrontare i casi di noduli tiroidei con esame citologico di sospetto per patologia carcinomatosa. Oltre ad essere valutata la situazione clinica generale del paziente, si discute sul tipo di intervento chirurgico da effettuare, se eseguire una tiroidectomia totale oppure o se sia sufficiente limitarsi alla emitiroidectomia.

In altri casi, come nella patologia iperfunzionante, se per quel determinato paziente sia più utile un'opzione terapeutica farmacologica o chirurgica o radiometabolica.

Ancora, nei pazienti affetti da oftalmopatia basedowiana, spesso viene chiesto il parere del collega oculista o del chirurgo maxillo-facciale o del radioterapista, per valutare, nei casi di esoftalmo grave e severo o resistente al trattamento farmacologico, il trattamento più idoneo.

Oltre alla discussione dei nuovi casi o di casi particolari, viene periodicamente fatta la revisione dell'operato dell'equipe valutando il risultato del lavoro effettuato e confrontandolo con i dati della letteratura; nel caso di situazioni discordanti vengono valutate le possibili incongruenze. Nel caso in cui ci sia l'indicazione al trattamento chirurgico, il paziente viene convocato in Ambulatorio, con un preavviso di circa una settimana, per una valutazione pre-ricovero.



In questa fase vengono eseguiti:

1. Visita Anestesiologica e compilazione della Cartella Anestesiologica;
2. Esami ematochimici di routine, più fT3, fT4, TSH, Tireoglobulina, Calcitonina, PTH;
3. ECG;
4. Eventuale Rx del Torace;
5. Se necessario Visita Cardiologia ed ev. Eco-cardiografia;
6. Ripetizione di Ecografia del collo, se la precedente è stata eseguita altrove;
7. Visita ORL con laringoscopia indiretta o diretta con registrazione per lo studio della motilità delle Corde Vocali;
8. Visita Chirurgica e compilazione della Cartella Clinica;
9. Ripetizione delle informazioni sull'atto chirurgico, compresi i rischi potenziali e sottoscrizione del Consenso Informato.

Queste attività richiedono, se eseguite tutte, una mattinata, ma comunque evitano una o più giornate di ricovero. Il paziente alla fine viene informato sul giorno e l'ora del ricovero con le istruzioni del caso.

Il giorno del ricovero è lo stesso in cui il paziente verrà sottoposto ad intervento chirurgico. Solamente nel caso in cui il P. risieda fuori Regione o comunque a più di cento Chilometri di distanza, preferiamo ricoverarlo il giorno precedente.

La Chirurgia Tiroidea ad Ancona ha una lunga tradizione.

Fin dalla fine degli anni sessanta esisteva una fattiva collaborazione (che prefigurava un po' questo nostro nuovo Centro per la cura delle malattie della Tiroide) fra Centro Oncologico di Posatora e la Divisione di Chirurgia Generale dell'Ospedale Umberto I. Entrambe queste strutture erano dotate di medici esperti in questo campo specifico e di strutture, per quei tempi, tecnologicamente avanzate (Medicina Nucleare, Radioterapia).

La possibilità di fornire un'assistenza valida e completa in ogni suo momento diagnostico e terapeutico aveva fatto di Ancona un polo di attrazione per i pazienti tireopatici di tutto il Centro e Sud Italia, oltre che per quelli provenienti dalla Città e dalla Regione.

Forse non tutti sanno che la Divisione di Chirurgia Generale, da cui prende origine l'attuale Sezione di Chirurgia Tiroidea dell'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, ha una delle più ricche casistiche d'Italia di interventi chirurgici sulla tiroide: più di seimila casi negli ultimi trent'anni, di cui più di mille per neoplasie maligne.

La pratica costante e la continua applicazione hanno dato, nel tempo, notevoli risultati.

Innanzitutto, a questa Scuola si sono formati molti Chirurghi fra i più esperti ed affidabili; la stessa tecnica chirurgica si è sviluppata spontaneamente nelle mani degli operatori e, con il supporto di nuovi strumenti tecnologicamente avanzati, è divenuta sempre più incisiva, razionale e bella.

Comunque la chirurgia della tiroide deve essere affi-

data a centro specializzati dotati di personale specializzato anche perché non è scevra da complicanze. Generalmente il paziente viene dimesso in seconda giornata post-operatoria (talora anche in prima), dopo rimozione del drenaggio e della sutura che viene rimpiazzata con steri-strips. Prima viene comunque sottoposto a laringoscopia di controllo e istruito sulla eventuale terapia sostitutiva.

Successivamente sarà sottoposto a follow-up che varierà, secondo che la patologia sia maligna o benigna.

La possibilità di una dimissione precoce è legata alla assenza di complicanze e queste devono essere monitorizzate attentamente per prevenire eventi critici.

Le complicanze più comuni in Chirurgia Tiroidea, a parte quelle generiche proprie di ogni intervento chirurgico, sono:

1. L'emorragia;
2. La paralisi di una corda vocale legata ad un danno del nervo ricorrente;
3. L'ipocalcemia da danno paratiroideo.

L'emorragia post-operatoria è un evento piuttosto raro (<1% dei casi operati), ma è estremamente pericolosa per il fatto che avviene in uno spazio chiuso e se non trattata immediatamente può portare ad asfissia o arresto cardiaco da stimolazione vagale.

Essa avviene generalmente nelle prime ore dopo l'intervento se non addirittura nell'immediato post-operatorio.

A tal fine il paziente deve essere sorvegliato (controllo del drenaggio, della medicazione, della respirazione) e se si apprezza una tumefazione del collo, si deve riaprire senza indugio la ferita chirurgica per evacuare la raccolta ematica, senza aspettare di portare il paziente in sala operatoria.

La lesione ricorrente, in sé, non pregiudica una dimissione precoce, ma richiede comunque uno studio del Paziente e inevitabilmente prolunga la degenza. Si riscontra nel 2-3% dei casi (temporanea) e nel 1% (definitiva).

Se temporanea, essa è dovuta ad un danno (traumatismo, disidratazione, flogosi) del nervo laringeo inferiore o ricorrente e permette un ritorno alla normalità dopo circa un centinaio di giorni, durante questo periodo è utile una terapia logopedica.

Se definitiva, essa è dovuta ad una sezione del nervo stesso o ad un danno comunque irreversibile (coagulazione etc.) e comporta una paralisi definitiva della CV omolaterale e relativa disfonia. Anche in questo caso la terapia logopedica può portare notevole giovamento con compenso della CV controlaterale, per cui spesso, dopo alcuni mesi, si ha un recupero della fonazione a livelli quasi normali.

Per questo motivo eseguiamo di routine una laringoscopia, sia preoperatoria per individuare casi in cui una paralisi di una CV sia preesistente, sia post-operatoria per documentare la conservazione della funzione vocale o un danno della motilità (temporaneo o definitivo).

La paralisi di entrambe le CV è invece una catastrofe chirurgica perché comporta la diminuzione critica dello spazio respiratorio con rischio di asfissia e richiede l'esecuzione di una tracheotomia d'urgenza. Fortunatamente questa complicanza è estremamente rara e riguarda comunque casi complessi (neoplasie infiltranti, voluminosi strumi mediastinici, reinterventi con o senza pregresse paralisi laringee).

Un discorso a parte riguarda la possibile lesione della branca esterna del nervo Laringeo Superiore.

Questa branca innerva il muscolo crico-tiroideo e manda alcuni rami al muscolo costrittore infe-



riore del faringe. Questo nervo non è di facile individuazione e spesso viene trascurato dal chirurgo. La sua lesione, frequentemente misconosciuta, porta ad una paralisi del crico-tiroideo che è tensore della corda vocale e come conseguenza ad una affaticabilità della voce che abbassa il suo tono (il P. riferisce che dopo un po' che parla la voce si abbassa) e talora a disfagia per i liquidi.

L'ipocalcemia paratireopriva è la complicanza più comune di una tiroidectomia totale ed è legata ad un danno temporaneo o definitivo delle paratiroidi che regolano l'omeostasi del Calcio.

Essa può manifestarsi solo a livello laboratoristico (valori normali 8,5-10,5 mg/dl), se la diminuzione è più consistente con parestesie (formicolii periorali e alla punta delle dita) e può arrivare nei casi più gravi fino a forme tetaniche con spasmo laringeo.

Anch'essa può essere temporanea (fino al 20-30% dei casi) o definitiva (4-5%) se persiste dopo 6-8 mesi dall'intervento chirurgico.

L'ipocalcemia si instaura in maniera insidiosa, gradualmente, spesso dopo due-tre giorni dopo l'intervento. Un dosaggio della calcemia può non essere significativo.

Noi abbiamo messo a punto un sistema originale per depistare l'ipocalcemia; esso consiste nel dosaggio del PTH (paratormone) la mattina successiva all'intervento; abbiamo dimostrato che se il decremento del PTH è inferiore a certi valori, si avrà un rapido ritorno a valori calcemici normali, senza bisogno di terapia sostitutiva, con valori intermedi si potrà dimettere il paziente con una modica terapia sostitutiva e con valori ancora più bassi il P. dovrà essere monitorizzato attentamente e sottoposto a terapia sostitutiva piena + Calciferolo e controllato ripetutamente nel tempo per il rischio che l'ipoparatiroidismo sia definitivo.

Il follow up è affidato ai Colleghi della Clinica di Endocrinologia che potranno coinvolgerci nuovamente in caso di comparsa di adenopatie metastatiche o recidive locali.

Generalmente dopo la dimissione non ci sono problemi che richiedano l'intervento del Chirurgo salvo che, raramente, l'evacuazione di una raccolta sierosa o la correzione di qualche difetto di cicatrizzazione.

NOVITA' DIAGNOSTICO E TERAPEUTICHE

La medicina ha fatto degli enormi passi in avanti nel campo della diagnostica e della terapia grazie alle innumerevoli acquisizioni e scoperte sia nell'ambito della fisiopatologia sia innovazioni dovute all'ingegneria bio-medi-

ca che permettono l'applicazione di nuovi strumenti nel trattamento di diverse malattie.

Le nuove conoscenze oncologiche e genetiche e lo sviluppo delle tecniche di biologia molecolare e genetica hanno svolto un ruolo fondamentale nel permettere la diagnosi laboratoristica di alcune malattie geneticamente trasmesse dando la possibilità di identificare i portatori di malattia.

Il carcinoma midollare della tiroidea è una neoplasia che può manifestarsi sia in forma sporadica che in forma familiare distinta in tre entità cliniche diverse: la Neoplasia Endocrina Multipla di tipo 2° (MEN2A), la MEN2B ed il carcinoma midollare della tiroide familiare (FMTC). Tutte le tre le forme familiari sono determinate dalla mutazione germinale del gene RET dimostrabile studiando il DNA proveniente da una qualsiasi cellula di un soggetto. Da alcuni anni presso i laboratori della Clinica di Endocrinologia si effettua la **Diagnosi Genetica** per questa forma di neoplasia. La ricerca delle mutazioni del gene RET si esegue studiando il DNA estratto dal sangue venoso periferico e con successiva amplificazione e sequenziamento degli esoni del gene in esame. Nel caso in cui nel soggetto malato venga identificata una mutazione questa viene ricercata nei consanguinei in modo da poter identificare i portatori di malattia ma non ancora ammalati, permettendo così un trattamento precoce della neoplasia e, se effettuato in età pediatrica, anche ad interventi di profilassi.

La chirurgia della tiroide, come altre branche chirurgiche, è divenuta sempre meno invasiva e traumatizzante e può giovare di ricoveri brevi sino al "One Day Surgery". Da qualche tempo, anche presso il nostro centro, si è iniziato ad utilizzare anche l'approccio mini-invasivo (**MIVAT**) dedicato a casi di neoformazioni tiroidee di piccole dimensioni che, grazie alla diagnosi sempre più precoce, stanno diventando sempre più di frequente riscontro. Tale tecnica che riproduce in ogni suo momento la tecnica tradizionale, viene eseguita con l'ausilio di ottiche utilizzate in chirurgia laparoscopica e strumenti chirurgici dedicati e permette di praticare una lobectomia o una tiroidectomia totale attraverso un taglio di pochi centimetri. Si riduce in tal modo il traumatismo con riduzione del dolore post-operatorio e si ottiene un buon risultato estetico, che è apprezzato dalle giovani pazienti che costituiscono una percentuale importante della popolazione che necessita di un intervento chirurgico sulla tiroide.

A tutto'oggi, sia le indicazioni che la scelta del tipo di intervento, hanno fatto altrettanti progressi, portandoci ad essere a livello delle più qualificate Istituzioni Italiane ed Europee.

La termocoagulazione laser ecoguidata (**LTA**) è un nuovo presidio terapeutico introdotto, all'inizio, come trattamento delle lesioni epatiche. Da quest'anno presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona, in particolare la Radiologia Interventistica in collaborazione con la Clinica di Endocrinologia, effettua questo tipo di trattamento anche nei pazienti che presentano dei noduli tiroidei. Il paziente viene ricoverato in regime di Day Hospital, ed il trattamento necessita di 30 minuti circa di terapia. Vengono utilizzati due aghi ultrasottili da 21 G inseriti nei noduli lungo il loro asse maggiore. All'interno dell'ago viene inserita una fibra ottica al quarzo piatta. La fonte laser ad onda continua funziona con un'energia di 1800 J ad una potenza di 5 W. Tutti i trattamenti vengono effettuati in presenza di un anestesista. Dopo la LTA i pazienti possono far ritorno al proprio domicilio senza rischi, dal momento che la rara eventualità di una persistenza del dolore cervicale può essere facilmente controllata con terapia steroidea per os di due giorni. I casi da sottoporre a trattamento con LTA sono molto selezionati e comprendono pazienti affetti da patologia nodulare, citologicamente benigna, che non rispondono al trattamento con l-tiroxina o non lo tollerano, e che sono a rischio per l'intervento chirurgico. I pazienti devono presentare sintomi compressivi locali come sensazione di mancanza d'aria, disfonia, disfagia o presentare alterazioni estetiche. Con il trattamento LTA si può raggiungere una riduzione del volume nodula-

re anche del 50% determinando un netto miglioramento del quadro sintomatologico.

Pertanto, le malattie della tiroide hanno dato lo spunto all'istituzione di un percorso diagnostico e terapeutico integrato. Presso l'Azienda Ospedali Riuniti è stato così istituito, fra i primi in Italia, una Unità Multidisciplinare Interdipartimentale per la Patologia Tiroidea, che pur avendo visto la luce dall'inizio dell'anno 2005, è già pienamente operativa ed ha dato risultati promettenti. La possibilità di offrire un servizio al massimo livello in tempi brevi è quanto di meglio la sanità moderna possa dare al cittadino. L'Unità Interdipartimentale per le Malattie della Tiroide sta ottenendo ottimi risultati con l'obiettivo di diventare un centro di riferimento non solo della Regione Marche.

I referenti sono:

Anatomia Patologica: Prof. ssa M. Scarpelli

Chirurgia: Dott. S. Faragona

Citopatologia: Prof. A. Vecchi, Dott. P. Gusella

Endocrinologia: Prof. M. Boscaro, Dott. A. Taccaliti

Laboratorio: Dott. A. Recchioni

Maxillo Facciale: Dott. P. Balercia

Medicina Nucleare: Dott. M. Nonni

Oculista: Dott. G. Frongia

Otorinolaringoiatria: Dott. A. Napolitano

Radiologia: Dott. G. Argalia

Radiologia Interventista: Dott. E. Antico

Radioterapista: Dott. M. Cardinali



Comunicato *O.N.A.O.S.I.*

QUOTE CONTRIBUZIONE ONAOSI 2005/2010

Approvata delibera riduzione quote

In data **27 maggio 2005** i Ministri vigilanti, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, **hanno approvato in via definitiva**, così come previsto dall'art. 3 comma 2 del D.lg.vo 30/6/1994 n°509, **la delibera del CdA n°13 del 20/3/2005** che fissa per il periodo 2005-2010 le quote contributive così come dallo schema sotto riportato. In via preliminare gli stessi Ministeri hanno approvato il bilancio tecnico attuariale all'1/1/2005. Gli schemi sotto riportati riepilogano per mese e per anno gli importi:

contributo **annuale**:

- € **12,00** per i contribuenti con meno di 5 (cinque) anni complessivi di iscrizione al rispettivo ordine professionale;
- € **12,00** per i contribuenti che, a prescindere dall'età anagrafica e dalla anzianità di iscrizione all'ordine professionale frequentino un corso di prima specializzazione in discipline sanitarie;
- € **12,00** per i contribuenti che, a prescindere dall'età anagrafica e dalla anzianità di iscrizione all'ordine professionale, abbiano un reddito complessivo annuo inferiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore ad € 28.000,00 (ventottomila/00);
- € **36,00** per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000,00 (ventottomila/00);
- € **120,00** per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00);
- € **72,00** per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000,00 (ventottomila/00);
- € **120,00** per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00);
- € **12,00** per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, o, in alternativa, un contributo una tantum di € 60,00 (sessanta/00), salvo che non abbiano regolarmente versato contributi all'Onaosi per 30 (trenta) anni, nel qual caso sono esentati da obblighi contributivi, senza perdita del relativo status;

ciò equivale ad una contribuzione **mensile** di:

- € **1,00** (uno/00) al mese per i contribuenti con meno di 5 (cinque) anni complessivi di iscrizione al rispettivo ordine professionale;
- € **1,00** (uno/00) al mese per i contribuenti che, a prescindere dall'età anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'ordine professionale frequentino un corso di prima specializzazione in discipline sanitarie;
- € **1,00** (uno/00) al mese per i contribuenti che, a prescindere dall'età anagrafica e dall'anzianità di iscrizione all'ordine professionale, abbiano un reddito complessivo annuo inferiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00);
- € **3,00** (tre/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000,00 (ventottomila/00);
- € **10,00** (dieci/00) al mese per i contribuenti aventi un'età inferiore ai 33 anni e un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00);
- € **6,00** (sei/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 14.000,00 (quattordicimila/00) ed inferiore a € 28.000 (ventottomila/00);
- € **10,00** (dieci/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età superiore ai 33 anni e inferiore ai 67 anni, aventi un reddito imponibile pro-capite annuo superiore a € 28.000,00 (ventottomila/00);
- € **1,00** (uno/00) al mese, per i contribuenti aventi un'età superiore ai 67 anni, o, in alternativa, un contributo una tantum di € 60,00 (sessanta/00), salvo che non abbiano regolarmente versato contributi all'Onaosi per 30 (trenta) anni, nel qual caso sono esentati da obblighi contributivi, senza perdita del relativo status.

I suddetti importi saranno automaticamente rivalutati, in ragione d'anno (e a partire dal 2006), nella misura dell'indice annuale FOI (fonte ISTAT), ai soli fini dell'adeguamento all'inflazione.

Gli importi hanno valore annuale e non sono frazionabili e anno valore a partire dall'anno 2005.

Come preannunciato nell'ottobre del 2004, l'Ufficio di Presidenza della Fondazione ONAOSI ha elaborato una proposta che è stata sottoposta al Consiglio di Amministrazione, e da questo approvata all'unanimità in data 13 novembre 2004, relativa all'introduzione di una soglia di reddito che potesse venire incontro ai sanitari con una quota contributiva estremamente ridotta:

- agli specializzandi (soprattutto medici) che sono obbligati a non esercitare alcuna attività lavorativa oltre la frequenza della scuola stessa;
- ai giovani non iscritti agli ordini che, a causa della difficile situazione economica, si trovano in oggettive difficoltà per formare un reddito;
- al disagio economico di alcuni sanitari, indipendentemente dall'età anagrafica;
- a coloro che si trovino in situazioni di invalidità fisica o psichica, indipendentemente dall'età anagrafica, tali da avere ridotte capacità lavorative al fine di conseguire un reddito oltre un certo valore.

Dr. Umberto Rossa

*Consigliere di Amministrazione ONAOSI
Delegato alla Comunicazione*



Congressi e Corsi

Associazione Medici Cattolici Italiani
A.M.C.I.
SEZIONE DI ANCONA

CORSO DI FORMAZIONE: LA COMUNICAZIONE NELLA PROFESSIONE DEL MEDICO

5-6 novembre 2005
Aula Congressi - Casa Salesiani
Via Don Bosco 7 - LORETO

RICHIESTI ECM PER MEDICI

A.M.C.I.
ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI - ANCONA

e

A.M.M.I.
ASSOCIAZIONE MOGLI MEDICI ITALIANI - ANCONA

Invitano tutti i medici e le loro famiglie alla

**Santa Messa celebrata
dall'Arcivescovo Mons.
EDOARDO MENICHELLI**

Martedì 18 ottobre 2005
FESTA DI SAN LUCA - Patrono dei Medici
Alle ore 18.30 nella Cattedrale
di S. Ciriaco - ANCONA

Università Politecnica delle Marche
IN COLLABORAZIONE CON LA
Fondazione Universitaria Iberoamericana

MASTER UNIVERSITARIO ON-LINE DI I LIVELLO

Master Internazionale in Nutrizione
e Dietetica Applicata

MASTER UNIVERSITARIO ON-LINE DI II LIVELLO

Master Internazionale in Nutrizione e Dietetica

INFORMAZIONI:
univpm@funiber.org - www.funiber.org/univpm

Ordine Provinciale di Roma dei
Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri

"FORMAZIONE IN PSICOTERAPIA, QUALITA' DELLA DIDATTICA, PRATICA PSICOTERAPEUTICA E PSICOTERAPIA PRATICA

Roma - Venerdì 7 ottobre 2005
ore 9.00 - 14.00

Aula Magna della Facoltà di Medicina
e Chirurgia dell'Università degli Studi
di Roma "La Sapienza"
Policlinico Umberto I

ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI
REGIONE MARCHE

II CONVEGNO REGIONALE

SALUTE E ASSISTENZA SANITARIA: DIRITTI FONDAMENTALI DELLA PERSONA. ISTANZE ETICHE E PROPOSTE DI RIORGANIZZAZIONE SANITARIA

Ancona - 8 ottobre 2005
Università Politecnica delle Marche,
Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Polo Didattico (Palazzo Aragosta),
Ospedale di Torrette (Ancona)

3 CREDITI ECM PER MEDICI
In corso accreditamento ECM per infermieri

Associazione Mogli Medici Italiani
A.M.M.I.
SEZIONE DI ANCONA

CONFERENZA SUL TEMA NAZIONALE AMMI

"MEDICO-MANAGER O MEDICO CURANTE? L'UMANIZZAZIONE IN SANITA' COME OBIETTIVO IMPORTANTE DA PERSEGUIRE"

27 ottobre 2005
ore 17.00

Sala Circolo Ufficiali Marina Militare
Via San Martino, 59 - Ancona

Medici & Medici

