

medici & medici

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. 12 - Maggio 2006
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

12
MAGGIO

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

INFORMAZIONI

*Assegnazione Il Contributo
di studio "Dr. Giorgio Fanesi"*

BUONA SANITA'

Marche... la mappa della salute

*Definizione delle indicazioni
cliniche sull'uso della PET*

*Prevenzione e diagnosi precoce
nel tumore del testicolo*



Gentile Dottoressa, Egregio Dottore,

ha intenzione di comprare una casa o un appartamento e sta cercando una banca cui appoggiarsi per accendere un mutuo?

Se questo è quello di cui ha bisogno, siamo lieti di informarLa che oggi il Sanpaolo Banca dell'Adriatico, grazie a una specifica Convenzione rivolta agli iscritti all'Ordine dei Medici e di recente ampliata, Le ha riservato gli interessanti e vantaggiosi mutui della Linea Domus a condizioni del tutto particolari.

Fra queste, potrà ad esempio contare su uno sconto del 60% sulle spese di istruttoria, un tasso sul finanziamento decisamente agevolato, e ancora uno sconto sul compenso per l'eventuale estinzione anticipata del Suo mutuo.

Ad esempio le condizioni valide per il mese di **GIUGNO 2006** sono:

DURATA MUTUO	DOMUS TASSO FISSO		DURATA MUTUO	DOMUS TASSO FISSO	
	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO		TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO
5 anni	4,37%	18,58	15 anni	5,15%	7,99
7 anni	4,76%	14,02	20 anni	5,44%	6,85
10 anni	4,93%	10,57	25 anni	5,74%	6,29
12 anni	5,04%	9,27	30 anni	5,88%	5,92

DURATA MUTUO	DOMUS TASSO VARIABILE	
	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO
5 anni	EURIBOR 3 M. + 0,90%	18,34
7 anni	EURIBOR 3 M. + 0,90%	13,59
10 anni	EURIBOR 3 M. + 0,95%	10,06
12 anni	EURIBOR 3 M. + 1,00%	8,72
15 anni	EURIBOR 3 M. + 1,00%	7,36
20 anni	EURIBOR 3 M. + 1,10%	6,07
25 anni	EURIBOR 3 M. + 1,30%	5,40
30 anni	EURIBOR 3 M. + 1,40%	4,96

In più, grazie alla nostra esperienza di leader del settore, le formule di mutuo che Le offriamo sono davvero molte, e ciascuna è stata studiata per venire incontro a una Sua specifica esigenza.

Saremo quindi particolarmente lieti di riceverLa presso le nostre Filiali per parlare dei mutui Domus e di tutti gli altri prodotti del Sanpaolo. Non esiti quindi a contattarci, anche per fissare un appuntamento nell'orario a Lei più comodo.

TEAM DOMUS DI ANCONA - VIA MONTEBELLO 57/59 - TEL 071 2280302 - Sig. APPOLLONI ADRIANO

A presto, quindi, e con le nostre più vive cordialità.

SANPAOLO BANCA DELL'ADRIATICO SPA

Direttore Responsabile

Fulvio Borromei

Vice Direttore

Francesco Lattanzi

Coordinatore di Redazione

Maria Beatrice Bilò

Vice Coordinatore

Marco Silvestrelli

Redazione

Vincenzo Berdini

Federico Fabbri

Sergio Giustini

Riccardo Sestili

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Francesco Lattanzi

Segretario

Nicola Battelli

Tesoriere

Quirino Massimo Ricci

Consiglieri

Vincenzo Berdini

Maria Beatrice Bilò

Sergio Cascia

Marcello Maria D'Errico

Giordano Giostra

Sergio Giustini

Arcangela Guerrieri

Maria Giovanna Magiera

Stefano Polonara

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Federico Fabbri (od.)

Stefano Tucci (od.)

Revisori dei conti effettivi

Mario Perli

Giovanni Petruzzi

Giuliano Rocchetti

Revisore dei conti supplente

Maria Meleti

Commissione Odontoiatrica

Federico Fabbri

Tiziana Giampaoli

Francesco Montecchiani

Augusto Sertori

Stefano Tucci

In copertina:

Palazzo del Comune di Arcevia

Questo numero è stato chiuso il

31 maggio 2006

Non ci si assume la responsabilità

di eventuali errori di stampa

EDITORIALE

Assemblea annuale degli iscritti 4

INFORMAZIONI

*Bando di concorso per l'assegnazione del
Il Contributo di studio "Dr. Giorgio Fanesi"* 7

La PET/TC nell'Azienda

Ospedaliero-Universitaria di Ancona 9

Presentazione libro Sergio Giustini

*"ORDINE DEI MEDICI della Provincia
di ANCONA - LA SUA STORIA"* 9

Recanati: Corso di Aggiornamento

"Le nuove frontiere del doping sportivo" 10

FEDER.S.P.E.V. una importante realtà

associativa per i sanitari pensionati 11

S.I.O.I. 12

La musica che ci unisce

European Doctors Orchestra 13

DAL MINISTERO

Note di M. Perelli Ercolini 14

Indennità di malattia 15

Smaltimento farmaci stupefacenti 16

RUBRICA GIOVANI

ONSP... chi è costui? 17

BUONA SANITA'

Marche... la mappa della salute 18

*Definizione delle indicazioni cliniche
sull'uso della PET* 23

*Prevenzione e diagnosi precoce
nel tumore del testicolo* 27

CONGRESSI E CORSI

30

Assemblea annuale degli iscritti

17 dicembre 2005

Relazione del Presidente Dr. Fulvio Borromei

Care Colleghe e Colleghi, è con piacere che oggi vi incontro e saluto sia perché siamo a ridosso delle feste natalizie e mi permette di augurarvi Buon Natale a voi e alle vostre famiglie, ma anche perché termina con questa Assemblea il mio secondo mandato da Presidente di Ordine e mi permette quindi di esprimere alcune opinioni ed esporvi delle riflessioni che sono il frutto di sei lunghi anni di lavoro, di fatica, ma anche di soddisfazione.

Prima di entrare nel merito vorrei ricordare i colleghi scomparsi che nell'anno 2005 sono stati:

CARDONI ROMUALDO

CUGINI GIOVANNI

DE IASI ANTONIO

FUSARO RAFFAELE

LANDI EDUARDO

LATILLA MARIO

LEONARDI PAOLO

LOMIENTO DONATO

MARINI GUIDI

MERCURELLI SALARI DOMENICA

PIVETTI FAUSTO

POLITO MARIO

UNGARO GIOVANNI

Ci associamo al dolore dei familiari.

Un saluto di pronta guarigione anche ai colleghi ammalati.

E' questa una esperienza che mi ha permesso sia di conoscervi meglio, ma di conoscere meglio soprattutto la professione medica (intesa a tutto tondo).

Ho maturato idee, progetti che non sono scaturiti solamente dalla mia singola esperienza professionale, ma da una visione di insieme di una professione cambiata, ed inserita in un contesto che non è certamente quello di 30 - 40 anni fa.

Gli incontri con i professionisti, il cimentarmi con le loro problematiche, i loro contesti professionali, le politiche applicate alla professione sono state tutte occasioni per capire, crescere ed elaborare progetti indirizzati a risolvere le sorti di una professione da molti anni ormai osteggiata, offesa ed incompresa dove però sono bene evidenti anche alcune nostre responsabilità.

Nel primo editoriale dell'aprile del 2000 già scrivevo: "Non è retorico dire che questa è una professione particolare che necessita di un Ordine

che la guidi e la tuteli da opinioni qualunquistiche che la vorrebbero sottomessa ed indifferente. Per realizzare ciò è indispensabile che tutti i medici credano e riaffermino costantemente i valori etici e deontologici ai quali sono chiamati e si facciano forti di questi, per non soccombere a un relativismo strisciante che si presenta con tante facce e sfumature. Saggezza, equità, capacità di sintesi sono ingredienti importanti per costruire un Ordine che non sia cassa di risonanza di particolari (come alcuni vorrebbero), ma espressione di un luogo ideale dove la categoria ritrovi un forte senso di appartenenza".

Fin da allora cercai con varie iniziative, insieme al Consiglio, di dare visibilità alla nostra ISTITUZIONE sia nel campo della responsabilità (fino alla pubblicazione di una monografia ad hoc) che in campo formativo e relazionale interprofessionale. Una decisione dell'Antitrust di sanzionare la FNOMCeO e gli Ordini che erano rei della iniziativa di aver cercato di regolare e mediare in senso etico i rapporti dei medici-odontoiatri con le mutualità volontarie, evidenzia la criticità istituzionale dell'ordine professionale.

La FNOMCeO a proposito fece due deliberazioni, la prima l'8/11/1985 e la seconda il 3/10/1997: Linee guida di comportamento per gli Ordini e i medici nei rapporti con le mutualità volontarie; una parte degli Ordini seguì queste indicazioni tra questi anche Ancona, un'altra parte non vi aderì.

Con ciò si intendeva regolamentare il rapporto tra medici ed odontoiatri e le associazioni mutualistiche nel rispetto della congruità e della decorosità delle tariffe, garantendo uguali opportunità per tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'albo con i requisiti richiesti, evitando inoltre forme di accaparramento di clientela e di sleale concorrenza tra colleghi, ma con garanzie di libera scelta del medico da parte del cittadino. Principio dell'Albo Aperto e osservanza della tariffa minima.

L'Antitrust, considerando il medico come una impresa, ritenne che queste deliberazioni fossero di impedimento alle regole del libero mercato ed aprì una istruttoria nei confronti della FNOMCeO e di tutti gli Ordini firmatari di delibere conseguenti.

La FNOMCeO si vide costretta a rievocare la liberazione del 1997 con la 180 del 2000, ma ciò non servì perchè le sanzioni venissero comminate ugualmente.

Oggi dopo tanto tempo cito questo episodio per ribadire, in particolare ai giovani, e sottolineare quanto le criticità attuali abbiano fondamenti giuridici interpretativi del passato non affrontati e risolti.

Allora pensavo che una riforma ordinistica poteva essere il momento di riflessione, ma a tuttora non è stata voluta.

Ed oggi si paventa addirittura una abolizione dell'Ordine professionale.

Un Ordine che è stato completamente escluso anche dal campo formativo come la ECM, crisi culminata anche con le dimissioni di nostri componenti dalla Commissione ECM NAZIONALE.

Tutto ciò non sarebbe potuto succedere se intorno a questa istituzione ci fosse stata la vigilanza, la partecipazione, il sostegno di tutto il corpo professionale con le sue rappresentanze associative che purtroppo guardano a volte maggiormente il particolare, perdendo una visione di insieme. Per questo nel mio ultimo editoriale dico che abbiamo perso nel tempo la capacità e il ruolo di autogovernarci.

Il nostro impegno (di tutto il Consiglio) in questi anni è stato massimo per affrontare le sfide possibili ed è culminato con una realizzazione culturale-storica di un'opera: *"ORDINE DEI MEDICI della Provincia di ANCONA – LA SUA STORIA"* a cura del dr. Sergio Giustini, nostro Consigliere.

Cito questa iniziativa perchè proprio ripercorrendo la nostra storia vogliamo trovare gli spunti, le motivazioni per una ripresa istituzionale dell'Ordine.

Per fare ciò dobbiamo puntare sulle future generazioni di medici-chirurghi e odontoiatri. Formarli ad una visione politica generale della professione. Non è più possibile immaginare di chiudersi nel particolare, nel proprio studio, nel proprio reparto perchè un mondo che si è comunque globalizzato non può essere affrontato soprattutto nel sociale e nel sanitario senza una coscienza politica di insieme.

In questa politica di insieme i nostri valori etici e deontologici sono tuttora attuali.

E' quindi gioco forza rivolgersi ai giovani con un programma che li veda coinvolti e partecipi.

Insisteremo nella comunicazione con i colleghi, che ha comunque avuto un importante rilancio sia attraverso il bollettino, che con il nostro sito (visitato da numerosissimi medici) e attraverso la Mailing List molto apprezzata per la rapidità con cui vengono divulgate le informazioni agli iscritti. Anche la recente presentazione del libro *"ORDINE DEI MEDICI della Provincia di ANCONA –*

LA SUA STORIA" a cura del dr Sergio Giustini, oltre che a rappresentare un momento culturale di rilevanza storiografica, ha avuto nel suo più intimo scopo quello di comunicare sia con i medici che con i cittadini.

Ci proponiamo di proseguire la strada di presentazione di opere di vario tipo culturali, scientifiche di nostri iscritti come quella del Prof. Fua' Corrado: *"Condizioni Sanitarie delle Marche – Durante il conflitto 1940-1943"* e quella del Prof. Floriano Bonifazi – dr.ssa Maria Beatrice Bilò - dr. Gianenrico Senna: *Reazioni allergiche e pseudo allergiche da farmaci"*.

Tutelare la dignità professionale nelle situazioni lavorative più critiche (disagi e precarietà) sarà un obiettivo del nuovo Consiglio (giovani medici, continuità assistenziale, medici dell'urgenza ed emergenza ed altre).

Stilare documenti etici comportamentali tra professionisti per migliorare la rapportualità, con il contributo dell'Ordine come garante dei ruoli di ogni soggetto interessato.

Mettere a disposizione per i giovani medici contributi di studio che permettano loro di fare delle esperienze formative interessanti, come è già avvenuto per le colleghe che hanno usufruito del contributo di studio dr. Giorgio Fanesi.

Vista l'efficacia e il gradimento di tale iniziativa, questa verrà riproposta stabilmente negli anni futuri e ne proporremo altre (è in fieri una borsa studio a nome del Prof. Bianchi).

L'Ordine continuerà a proporsi come garante in campo formativo, ma si attiverà per essere esso stesso Provider per temi suoi propri (etica e deontologia) e per temi di rilevanza culturale-professionale e trasversali a tutta la professione, promuovendo una politica ECM più etica e deontologica e proponendo dei corsi in tali tematiche accreditati e gratuiti per gli iscritti.

Si attiverà una camera di conciliazione ordinistica dove potranno decantare le conflittualità a vantaggio di soluzioni più eque per le parti e meno cruento per il medico.

Questo progetto è in studio con il nostro consulente legale dell'ordine e ci consulteremo con altri Ordini che l'anno realizzata.

Ci occuperemo maggiormente di Bioetica. Abbiamo anche in programma la pubblicazione di scritti su questa tematica. Abbiamo in stampa una monografia del dr. Massimiliano Marinelli.

E' inoltre indispensabile analizzare, studiare e rapportarsi con le nuove professioni sanitarie, sia per una proficua collaborazione ma anche per una seria definizione dei ruoli.

Vorremmo mettere in evidenza e sollevare il problema assicurativo dei medici che hanno sempre maggiore difficoltà a tutelarsi e questa cresce

con il crescere del proprio rischio professionale. Riteniamo che ciò sia anche un problema politico perché mette a repentaglio l'intero sistema sanitario impedendo ai medici di operare con la dovuta severità che la professione richiede e minando anche la tutela della salute dei cittadini.

Ci si propone di attivare iniziative che possano promuovere una reale integrazione ospedale-territorio, sviluppando una rapportualità tra medici ospedalieri, universitari e del territorio improntati sul rispetto, pari dignità e collaborazione.

Dobbiamo ricercare una collaborazione e un rapporto con la stampa affinché possa emergere una informazione più puntuale e rispondente alla reale situazione sanitaria della nostra sanità.

L'Ordine si è attivato affinché anche nelle Marche potesse realizzarsi l'Esame di Stato per i neolaureati come previsto dal decreto ministeriale, ma c'è la necessità, dopo due anni di impegno volontario dei medici, di riconoscere fattivamente il ruolo dei tutors sia ospedaliero che della medicina generale. Inoltre vorremmo attivare un osservatorio permanente su questa procedura, anche confrontandoci con gli altri Ordini sedi di facoltà medica, affinché questo possa essere meglio strutturato e rappresenti un ulteriore momento formativo.

Per elevare ulteriormente il grado di incidenza propositiva del nostro Ordine anche a livello nazionale, vorremmo individuare delle tematiche analizzate, studiate in loco che possano poi essere raccolte, implementate anche da altri Ordini provinciali, determinando così una leadership del nostro Ordine di Ancona.

Per realizzare questo programma c'è bisogno di consiglieri che credano nel loro ruolo e che si impegnino nel concretizzare e realizzare le linee progettuali che ci siamo dati, proprio per questo in ambito del Consiglio (ma anche esternamente) si individueranno dei referenti di area, di problematica, di specialità che con la loro applicazio-

ne e consulenza porteranno a conoscenza del Consiglio problematiche professioni meritevoli di posizioni politiche ordinistiche.

Vogliamo investire sugli uomini-consiglieri che con le loro appartenenze associative, la loro esperienza, la loro professionalità, rappresentano un valore aggiunto per il Consiglio. Ci auspichiamo quindi un Ordine più professionalizzato, più concorde ed armonico per affrontare e risolvere i tanti problemi che affliggono la professione medica e per rilanciarla sia a livello sociale che politico professionale.

Le future parole d'Ordine saranno:

- Reingegnerizzazione
- Professionalizzazione

per promuovere una azione politica e efficace ed efficiente che possa confrontarsi con la dirigenza nell'interesse della dignità professionale e la difesa della salute dei cittadini.

Per realizzare questo programma ci siamo dati anche degli strumenti economici, evidenziando alcuni capitoli di spesa come prioritari: aggiornamento organi istituzionali, spese per le pubblicazioni, per le borse di studio ai giovani colleghi, per convegni, manifestazioni, consulenza legale. Per terminare vorrei rivolgere un saluto ai nostri impiegati dell'Ordine per il loro impegno lavorativo, un saluto a tutto il Consiglio uscente, al Vice-Presidente e al Segretario che per impegni professionali lasciano il loro incarico, al Tesoriere che con la sua dedizione e capacità gestisce i nostri bilanci e ci mette a disposizione gli strumenti economici per operare.

Un augurio a tutto il nuovo Consiglio eletto in particolare ai nuovi entrati, al nuovo Vice-Presidente Dr Francesco Lattanzi, al nuovo Segretario Dr Nicola Battelli e al Presidente della Commissione Odontoiatrica Dr Federico Fabbri per un proficuo lavoro istituzionale allo scopo di raggiungere gli obiettivi che ci siamo dati.

Sono ottimista. Grazie



Bando di concorso per l'assegnazione del II Contributo di studio "Dr. Giorgio Fanesi"

Art. 1

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona indice il concorso per l'assegnazione di un contributo di Studio annuale denominato "Dr. Giorgio Fanesi", in memoria del tesoriere dell'Ordine scomparso prematuramente, per giovani medici ed odontoiatri che siano interessati ad effettuare una esperienza professionale all'estero (paesi dell'Europa e dell'Africa) per almeno un mese.

Art. 2

Possono partecipare all'assegnazione di cui all'art. 1:

- iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona che non abbiano superato i 35 anni compiuti alla data della scadenza del bando.

Tale criterio viene adottato dall'Ordine per favorire i medici più giovani e facilitare le loro esperienze professionali.

Art. 3

Vengono messi a disposizione nell'anno 2006-2007 n° 5 sussidi di studio da usufruire entro e non oltre il 31/12/2007.

La somma complessiva netta a disposizione per l'eventuale diritto (medico o odontoiatra) è di 3.000 euro per tre mesi (da frazionarsi nel caso in cui il periodo di formazione sia inferiore a tale durata).

Art. 4

Gli aspiranti ai suddetti contributi debbono presentare una domanda presso la segreteria dell'Ordine o a mezzo posta raccomandata, redatta su carta semplice, diretta al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona - Via Michelangelo Buonarroti, 1 - 60125 Ancona, entro il **16/06/2006**.

La domanda di ammissione si considera prodotta in tempo utile se consegnata a mano o spedita entro il suddetto termine, in tal caso farà fede il timbro postale.

Art. 5

Nella domanda gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità:

- cognome e nome;
- data e luogo di nascita;
- il domicilio eletto ai fini del concorso con espressa menzione dell'impegno di comunicare all'Ordine tempestivamente ogni variazione;
- di non usufruire contemporaneamente di altri premi per la stessa finalità di studio;
- di non aver provvedimenti disciplinari in corso presso la commissione Medica e/O Odontoiatrica dell'Ordine;
- di non aver riportato condanne penali.

La domanda dovrà essere corredata di:

- descrizione particolareggiata del progetto che si intende effettuare nel paese estero e le sue finalità;
- curriculum vitae.

Nella domanda i candidati dovranno specificare la data di partenza, la sede ove presterà il periodo di studio ed i referenti nel paese estero ospitante.

Al rientro in Italia i medici o odontoiatri dovranno esibire documentazione dello stage effettuato. Il fac-simile di domanda è prelevabile presso la segreteria dell'Ordine o dal sito internet www.ordinemedici.ancona.it.

Art. 6

La commissione esaminatrice sarà composta da 5 componenti del Consiglio direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri eletti dal Consiglio stesso. I candidati verranno valutati in base al progetto che intendono svolgere e, al fine dell'individuazione dei vincitori, verranno presi in considerazione:

Voto di laurea (max 20 punti)

- | | |
|-------------------|----------------------|
| • 100 = 1.2 punti | • 106 = 8.4 punti |
| • 101 = 2.4 | • 107 = 9.6 |
| • 102 = 3.6 | • 108 = 10.8 |
| • 103 = 4.8 | • 109 = 12.00 |
| • 104 = 6.0 | • 110 = 16.00 |
| • 105 = 7.2 | • 110 e lode = 20.00 |

Specializzazioni (max 13 punti)

- specializzazione con attinenza bassa al progetto di ricerca = 2 punti
- specializzazione con attinenza media al progetto di ricerca = 4.5 punti
- specializzazione con attinenza alta al progetto di ricerca = 6.5 punti

Anzianità di iscrizione all'Ordine dei Medici 1 punto per ogni anno di iscrizione

Esperienze professionali in istituzioni internazionali o nazionali (max 6 punti)

- in istituzioni internazionali: 2 punti
- in istituzioni nazionali: 1 punto

Pubblicazioni scientifiche (max 10 punti)

- pubblicazioni in estenso su riviste internazionali: 3 punti
- pubblicazioni in estenso su riviste nazionali: 1 punto
- abstract o atti di convegni/congressi internazionali: 0.5 punti
- abstract o atti di convegni/congressi nazionali: 0.25 punti

Età anagrafica (a parità di punteggio sarà favorito il più giovane)

La commissione assegnerà fino ad un massimo di 50 punti in base al progetto

La graduatoria verrà pubblicata presso la segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Ancona entro il 15/7/2006.

Art. 7

L'Ordine non si assume nei confronti dei vincitori dei contributi di studio alcun onere di tipo assicurativo su eventuali responsabilità professionali, né risponde di eventuali rischi legati al viaggio o alla permanenza nel paese prescelto o per possibili malattie contratte durante lo stage.

Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei

FAC-SIMILE DOMANDA

Al Presidente Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia
Via Michelangelo Buonarroti, 1 - 60125 ANCONA

Il sottoscritto Dr. _____

Nato a _____ (prov. _____) il _____

Residente a _____ in Via _____ n° _____

Recapito eletto ai fini del concorso Via _____ n° _____

Comune di _____ Tel. _____

CHIEDE

di partecipare al concorso per l'assegnazione del II° Contributo di studio "Dr. Giorgio Fanesi" bandito dall'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Ancona accettandone tutte le condizioni ivi stabilite.

Dichiara sotto la propria responsabilità (ai sensi dell'art.2 legge 4/1/1968 n°15):

- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- di essere in possesso del diploma di specializzazione in _____ ;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di ANCONA;
- di non aver partecipato ad altri bandi di concorso per le stesse finalità;
- di non avere riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti disciplinari in corso presso la Commissione Medica e/o Odontoiatrica dell'Ordine.

Allega alla presente:

- elenco pubblicazioni scientifiche;
- certificazione di altri stage all'estero (qualora effettuati);
- descrizione particolareggiata del progetto di studio che si intende effettuare con finalità, data presunta di partenza e sede di destinazione.

data _____ firma _____

La **PET/TC** nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ancona

di Giorgio Ascoli

A partire dal giorno 1° Dicembre 2005 e con frequenza di due giorni per settimana (il giovedì e venerdì) è iniziata l'attività di Diagnostica di Medicina Nucleare con una apparecchiatura ad emissione di positroni PET/TC. Per i prossimi mesi, in attesa di completare gli ambienti dove sarà installata una apparecchiatura PET fissa, ci avvarremo di una macchina ibrida PET/TC GE Discovery montata su mezzo mobile, che come prestazioni è comunque pari ad una attrezzatura fissa.

Questo nella necessità di iniziare ad offrire una risposta diagnostica alla popolazione della nostra Provincia, ricordando che è attualmente in funzione nel territorio della nostra Regione soltanto un'altra apparecchiatura analoga presso l'Ospedale di Macerata. Per l'approvvigionamento del radiofarmaco ci serviremo della produzione del ciclotrone installato presso il Centro ACOM di Montecosaro, a sottolineare la interazione presente nella nostra Regione tra le varie professionalità.

Gli esami diagnostici che possiamo fornire riguardano per il momento prevalentemente pazienti oncologici, restando in attesa di po-

ter disporre di altri radiofarmaci per la diagnostica cardiologica e neurologica. La disponibilità di tale attrezzatura all'interno del Dipartimento di Scienze Radiologiche consente ancor di più la integrazione delle discipline di diagnostica per immagini nella stadiazione dei pazienti oncologici e nel controllo del follow up dei pazienti in terapia, sia farmacologica che radioterapica. Con la Radioterapia la nuova metodica si integra grandemente nel controllo, anche dopo pochi cicli, della risposta alla cura ed eventualmente della necessità di modificazioni, come anche nella formulazione dei piani di radioterapia sulla scorta delle informazioni morfologiche e funzionali che ci può fornire.

Nel ringraziare la Direzione Generale per il grande supporto che ci ha fornito nel raggiungere tale obiettivo e il Dipartimento di Scienze Radiologiche con il quale collaboreremo nello sfruttamento ottimale di tale apparecchiatura, penso che una nuova potenzialità indispensabile è stata aggiunta all'offerta sanitaria che l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona è ora in grado di offrire.

Presentazione libro Sergio Giustini "ORDINE DEI MEDICI della Provincia di ANCONA - LA SUA STORIA"

Nel pomeriggio di sabato 22 ottobre 2005 ore 17.00 presso l'Aula del Rettorato dell'Università di Ancona, alla presenza di Autorità, Colleghi Medici e della cittadinanza, si è svolta la presentazione del libro "ORDINE DEI MEDICI della Provincia di ANCONA - LA SUA STORIA" a cura del dr. Sergio Giustini. Il Dr. Giustini, consigliere del nostro Ordine dei Medici ed Autore di varie pubblicazioni di natura storico-culturale sulla città di Ancona e provincia, con questa nuova fatica ha ripercorso le tappe storiche che hanno visto nascere, crescere e svilupparsi il nostro Ordine. Si tratta di un inestimabile contributo alla conoscenza della storia dell'Ordine, cui il nostro Collega si è dedicato con grande competenza, passione e pazienza, riuscendo a "riesumare" notizie ed avvenimenti inediti di elevato valore storico. Dall'opera inoltre traspare il desiderio dell'Autore e del Consiglio tutto di valorizzare le funzioni e il ruolo dell'Ordine e di risvegliare il senso di appartenenza di tutti i suoi iscritti, giovani e meno giovani. La pubblicazione può essere richiesta presso la segreteria dell'ordine per coloro che ne fossero interessati.

Recanati: Corso di Aggiornamento “Le nuove frontiere del doping sportivo”

di Fabio Santelli

Si è svolto nella giornata di Venerdì 21 aprile 2006 a Recanati presso la Villa Colloredo Mels un interessante Corso dal Titolo “Le Nuove Frontiere del Doping Sportivo”. Un argomento sempre attuale purtroppo per le note dolorose ripercussioni sociali, che periodicamente vengono scoperte, e per essere stato organizzato proprio dopo le recenti Olimpiadi Invernali di Torino 2006. Gli organizzatori Dr. Fabio Santelli Presidente del Comitato Regionale Marche della FMSI ed il Dr. Gabriele Brandoni Consigliere regionale, insieme al Presidente della SIMel Marche Dr. Italiano Maccaroni, ed al Segretario Dr. Roberto Testa, sono riusciti a portare a Recanati tutti i maggiori esperti Italiani dell’Antidoping.

Il Dr. Luigi Formica di Macerata Consigliere Nazionale della FMSI ha introdotto la prima parte della mattinata; il Dr. Francesco Leonelli di Roma, responsabile dell’attività antidoping della FMSI, il Dr. Cesare Micheli della Procura Nazionale Antidoping, la Dott.sa Roberta Pacifici dell’Istituto Superiore di Sanità, e soprattutto il Prof. Luigi Frati Rettore Università la Sapienza, e Preside della 1° Facoltà di Medicina e Chirurgia di Roma, hanno parlato di Antidoping ognuno rispettivamente per l’attività che viene svolta, nel loro rispettivo campo.

Il Dr. Fabio Santelli ha voluto ricordare il Prof. Ruggero Rossi, già direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport di Perugia, tragicamente scomparso a seguito di un incidente stradale nell’agosto dello scorso anno, grande paladino dell’antidoping italiano, Presidente regionale del CONI Umbria, più volte venuto nella nostra regione per parlare agli studenti delle scuole superiori del fenomeno del doping. Oggi, per l’occasione, era stata invitata tutta la famiglia e i suoi più stretti collaboratori, e alle parole pronunciate in suo ricordo ci sono stati momenti di grande commozione. La mattinata è proseguita con le relazioni del Dr. Cesare Boria cardiologo di Jesi, del Prof. Antonio Gigante della Clinica Ortopedica dell’Università Politecnica delle Marche, e del Prof. Giulio Pinchi dell’Univer-

sità degli studi di Perugia.

Nella seconda parte del corso la SIMel, Società Italiana di Medicina di Laboratorio con il Presidente della Sezione Marche Dr. Italiano Maccaroni ed il Segretario Dr. Roberto Testa, ha fornito notizie importanti riguardo alle metodiche in uso nella diagnosi delle sostanze dopanti. Questa parte del Corso dedicata alle metodiche di laboratorio ha visto relatori di fama internazionale: il Prof. Giuseppe Lippi di Verona che ha parlato dell’eritropoietina, il Dr. Alberto Dolci di Milano che ha parlato dell’ormone della crescita GH, il Dr. Gilberto Coppa di Ancona che ha parlato di steroidi anabolizzanti, e l’interessantissima panoramica sulle nuove sostanze dopanti descritte dal Prof. Francesco Botrè della Direzione del Laboratorio Antidoping FMSI di Roma. Dalle relazioni sono emersi dei dati scoraggianti: nonostante il continuo miglioramento della capacità diagnostica del Laboratorio Antidoping, al contempo si è registrato un incremento del numero di nuove sostanze pericolose usate per scopi illeciti. La Commissione di Vigilanza sul Doping nella Legge 376/2000 ha censito quasi 200 nuove molecole che non figuravano negli elenchi del CIO. Alcune nuove sostanze, ha illustrato il Prof. Lippi, possono essere acquistate facilmente tramite Internet, sia in un negozio di prodotti chimici, e con una spesa di pochi euro, si possono acquistare grandi quantitativi di tali sostanze tutte gravemente pericolose per l’organismo. Il messaggio conclusivo è emerso nella tavola rotonda che ha concluso la giornata: nonostante tutti gli sforzi, ci saranno sempre dei loschi personaggi che cercheranno di propinare delle sostanze tossiche spacciandole per sicure, anzi miracolose, per vincere delle gare, o migliorare le prestazioni atletiche; l’importante è continuare a compiere il nostro lavoro e proseguire nella strada intrapresa con tutto il nostro impegno cercando anche tramite corsi o campagne di promozione rivolte ai giovani studenti, a far sì che siano loro stessi ad evitare di cadere nelle facili trappole.

S.I.O.I.

Società Italiana Odontoiatria Infantile

La S.I.O.I. - Società Italiana di Odontoiatria Infantile (Presidente: Prof. Roberto Gatto) - si propone di promuovere, divulgare, valorizzare l'Odontoiatria infantile mediante lo svolgimento di attività culturali e scientifiche, la collaborazione con Istituti ed Associazioni affini in Italia ed all'estero, nonché attraverso l'esplicitazione di ogni altra attività utile a favorire il progresso scientifico dell'Odontoiatria infantile.

Possono farne parte:

medici specialisti in Odontostomatologia, i laureati in Odontoiatria e i Medici Chirurghi iscritti all'Albo degli Odontoiatri, gli specialisti in Pediatria, Igiene, Otorino, Anestesiologia, gli specializzandi in Odontostomatologia o in Ortognatodonzia, in Chirurgia maxillo-facciale, gli studenti del corso di laurea in Odontoiatria, gli Igienisti, i Logopedisti.

L'iscrizione avviene mediante le modalità ed i termini riportati nell'allegato prospetto.

La presente informativa ha la finalità di promuovere, con un adeguato numero di iscrizioni, una sezione marchigiana della SIOI, al fine di poter attivare adeguati programmi di rilevamento epidemiologico, educazione comportamentale e prevenzione in un'ottica di collaborazione interdisciplinare, come già sperimentato nel distretto di Offida-Zona Territoriale 13-Ascoli Piceno ASUR Marche, dove all'evento formativo accreditato ECM del 9-4-2005

**FAC-SIMILE
DOMANDA**



**DOMANDA DI ISCRIZIONE
ALLA
Società Italiana di Odontoiatria Infantile**

DATI ANAGRAFICI

Cognome: _____ Nome: _____ CAP: _____
 Via: _____
 Città: _____ Provincia: _____
 Telefono: _____ Cellulare: _____
 Codice Fiscale: _____ P. IVA: _____

Licenza in Medicina e Chirurgia -- Data: / /
 Specializzazione in Odontostomatologia -- Data: / /
 Università: _____
 Laurea in Odontoiatria e Polise Dentaria -- Data: / /
 Università: _____
 Specializzazione -- Data: / / in _____
 Università: _____
 Laureando CLICPO -- Anno: _____
 Università: _____
 Specializzazione -- Anno: _____
 Università: _____

Candido Universitario
 Candido Ospedaliero
 Militare o Campo Penitenziario

Presentato dai Soci Ordinari (Non compilare)

Cognome e Nome: _____ Firma: _____
 Cognome e Nome: _____ Firma: _____

Allegati:

1. Certificato di iscrizione all'Albo dei Medici e degli Odontoiatri o Tessera UNIVENTURE
2. Quadro di iscrizione

* Carte stampate separatamente € 0,50 (con copertina stampata) e € 0,50 (con copertina stampata) e € 0,50 (con copertina stampata)

* Carte stampate separatamente € 0,50 (con copertina stampata) e € 0,50 (con copertina stampata)

La carta stampata può essere ritirata e recata presso: Segreteria della Società Italiana di Odontoiatria Infantile - Via Roma 100 - 00187 Roma (Tel. 06/47811111 - Fax 06/47811112)

30/06/2005 14:00:00

“Progetto di fluoroprofilassi sistematica nel Distretto di Offida”, ha fatto seguito ed è in attuale fase di realizzazione pratica l'intervento preventivo a carico dei bambini dai 3 ai 6 anni d'età, in collaborazione con i Pediatri di Libera Scelta sul territorio.



La musica che ci unisce

European Doctors Orchestra

di Laura Mantoan

La medicina e la musica: sembra una combinazione alquanto strana, ma è in realtà un legame antico tra due arti, divinizzato da Greci e Romani nella figura di Apollo, dio della medicina e della musica, legame che si perpetua fino ai nostri giorni prendendo forma europea nell'orchestra dei medici "European Doctors Orchestra" o, in breve, "EDO".

L'orchestra europea dei medici "European Doctors Orchestra" è un'orchestra sinfonica fondata nel 2004 da Miklòs Pohl, primario di chirurgia plastica al St. George's Hospital di Londra e violinista per passione. Affascinato dall'incredibile numero di medici che annualmente partecipavano a stage di musica e suonavano in orchestre da camera nella nativa Hobart in Australia, Miki Pohl nel 1993 decise di fondare l'orchestra dei medici australiani (Australian Doctors Orchestra, ADO), complesso sinfonico che ebbe grande successo nelle maggiori città del quel paese e che ha recentemente celebrato il 13esimo anniversario. Trasferitosi in Inghilterra, Dr. Pohl riuscì poi a realizzare anche in Europa il suo sogno di una grande orchestra sinfonica composta da medici di tutte le età provenienti da tutti i paesi dell'unione e da tutte le branche mediche, compresa la medicina di base.

Ogni sei mesi dunque, i circa 100 medici partecipanti si incontrano per un fine settimana di prove che culmina in un concerto la domenica sera. Il concerto invernale normalmente si tiene in Inghilterra a novembre, quello estivo in una capitale europea a giugno. Finora è stata Londra la capitale del concerto inaugurale nel novembre 2004 e di quello del novembre 2005, mentre Bucarest, in Romania, ha ospitato il concerto europeo nel giugno 2005. Sarà invece Budapest teatro del prossimo concerto, con un programma tutto ungherese: György Vashegyi, giovane direttore ungherese di fama internazionale, condurrà la sinfonia di Brahms Nr. 1 in Do Minore, un pezzo di un compositore ungherese contemporaneo e il Doppio Concerto per Violino e Violoncello di Brahms con Alex Balanescu al violino e Nick Holland al violoncello.

È possibile registrarsi gratuitamente alla pagina web di EDO (www.edo.uk.net), indicando lo strumento suonato e il proprio livello. Non c'è prova d'ammissione e i partecipanti pagano una quota di iscrizione se intendono partecipare al concerto. Il soggiorno nelle varie sedi viene organizzato dal comitato organizzativo del paese ospitante, ma le spese di vitto ed alloggio sono a carico dei partecipanti. Fanno parte del programma varie attività per movimentare le serate dopo le prove e i concerti.

Un paio di mesi prima del concerto, i partecipanti riceveranno il programma su CD e gli spartiti via e-mail, in modo da potersi esercitare prima del faticoso week-end che prevede prove tutto il venerdì, tutto il sabato e la domenica mattina e si conclude con il concerto di domenica pomeriggio o sera. Tutti i concerti vengono ripresi ed è possibile acquistare un DVD a ricordo della bella esperienza musicale (vedi il videoclip del concerto di Londra 2005 sul sito web).

Il comitato organizzativo è composto da rappresentanti volontari dei vari paesi che dedicano il loro tempo libero e tutte le loro energie per fare in modo che ogni incontro sia un vero successo. Il programma, i solisti e il direttore d'orchestra vengono scelti per ogni concerto dal comitato organizzatore. Il ricavato di ogni concerto viene devoluto ogni volta ad un ente di beneficenza. Nei tre concerti passati ne hanno beneficiato "Save the Children UK", "PARK" (Parliamentary Appeal for Romanian Children) e "Whizz-Kidz".

Avendo partecipato come violinista all'ultimo concerto, ho avuto la sensazione di suonare in un'orchestra di altissimo livello, ma aperta a tutti, ed ho vissuto un'esperienza unica e stimolante che mi ha permesso di conoscere culture diverse e stringere amicizie europee. Un invito dunque a tutti i colleghi e musicisti italiani a visitare il sito "EDO" ed a partecipare al prossimo fine settimana musicale ed al concerto che si terrà dal 9 all'11 giugno 2006 a Budapest, in Ungheria. Chissà che con il vostro aiuto non si possa organizzare, in un prossimo futuro, un concerto italiano.

Note

di Marco Perelli Ercolini

PENSIONI: TOTALIZZAZIONE AL VIA

Sulla Gazzetta Ufficiale numero 39 del 16 febbraio 2006 è stato pubblicato il Decreto legislativo 2 febbraio 2006 numero 42 "Disposizioni in materia di totalizzazione dei periodi assicurativi". I provvedimenti entrano in vigore dal 3 marzo. Conseguentemente le domande possono essere presentate da tale data. Tuttavia la facoltà di totalizzare la pensione si applica dal 1 gennaio 2006. Per i medici non sembra ci siano novità innovative circa la possibilità di totalizzazione per i periodi coincidenti con l'iscrizione all'Albo data la contemporanea iscrizione al Fondo generale ENPAM.

LECITO ESCLUDERE GLI OSPEDALIERI DAL RICETTARIO SSN

Secondo la V sezione del Consiglio di stato (decisione 362/2006) la Regione può vietare ai medici ospedalieri l'utilizzo del ricettario unico regionale per la prescrizione dei farmaci rimborsabili dal SSN.

IL II PILASTRO VISTO DAI GIOVANI PROFESSIONISTI

In un recente convegno sulla previdenza presso La Sapienza di Roma, i giovani professionisti hanno affossato la previdenza complementare: prima di puntare sul secondo pilastro, per garantire conti sostenibili delle Casse e pensioni adeguate nel lungo periodo, sarebbe necessario pensare al bilancio della previdenza di base. Secondo i giovani la costituzione di un fondo di previdenza integrativa non farebbe che amplificare quelli che sono i problemi dell'attuale sistema previdenziale, tra cui un gettito contributivo totale troppo oneroso: non ha senso costituire un fondo di previdenza integrativa che sia la copia del primo pilastro, soprattutto chiedendo altra contribuzione scarsamente commisurata ai contributi versati e con molte incertezze legate al mercato finanziario.

SOSTITUZIONE DEL MEDICO COMPETENTE

Secondo la nota prot. 25/1/0001768 del 23 febbraio 2006 del Ministero del lavoro di risposta all'istanza di interpello dell'Ascom di Forlì che chiedeva alcuni chiarimenti sull'Art. 17, comma 2, del dlgs 626/94, solo l'assenza per malattia o per altri impedimenti oggettivi, consente la sostituzione del medico competente. L'incarico

di medico competente ha infatti natura strettamente fiduciaria, implicando obblighi e precise responsabilità personali e deve essere svolto personalmente dal medico competente incaricato, che peraltro può farsi assistere da altri specialisti, in qualità di collaboratori, qualora le specifiche condizioni di rischio lavorativo necessitino di visite o indagini particolari.

La sostituzione dovrà essere operata dal datore di lavoro e il sostituto risponderà personalmente del proprio operato e provvederà non solo all'effettuazione materiale della visita, ma anche al rilascio del certificato di idoneità alla mansione, assumendo la piena responsabilità della valutazione operata.

NO AI DOPPI TURNI DI LAVORO

E' la giornata il «periodo» di 24 ore su cui determinare il riposo giornaliero (11 ore consecutive). Lo precisa il Ministero del Lavoro nella nota protocollo n. 1769 del 23 febbraio 2006, in risposta ad apposita istanza di interpello.

Ogni lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore e tale riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo, fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata. Inoltre l'obbligo non va interpretato "per ogni periodo di 24 ore" come fosse per ogni periodo di 24 ore a partire dall'inizio della prestazione lavorativa, ma su base giornaliera. Unica eccezione potrebbe essere rappresentata dalle attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata, ipotesi che tuttavia non ricorre nel caso di organizzazione del lavoro a turni. Tale disciplina può essere derogata (articolo 17, comma 1, del dlgs n. 66/2003) solo mediante contratti collettivi o accordi conclusi a livello nazionale tra organizzazioni sindacali comparativamente più rappresentative o conformemente alle imprese nazionali, mediante contratti collettivi conclusi al secondo livello di contrattazione oppure disposta dal Ministero del lavoro mediante un proprio provvedimento.

MATERNITA': CONGEDI PER AFFIDI

Col messaggio 5748 l'IMPS precisa che anche nei casi di collocamento temporaneo del minore in famiglia può essere fruito il congedo di maternità. Il congedo deve essere fruito nei primi tre mesi successivi all'effettivo ingresso

del minore in famiglia. Il beneficio è previsto solo se l'interessata si è effettivamente assentata dal lavoro nel suddetto periodo, eventualmente anche a titolo diverso: ferie, aspettativa o altro, nel qual caso il motivo dell'assenza andrà modificato a seguito del riconoscimento

in parola a cura dell'interessata e del datore di lavoro. Qualora, viceversa, la lavoratrice abbia espletato l'attività lavorativa, il diritto al congedo può essere riconosciuto limitatamente all'eventuale periodo residuo, sempre che non siano trascorsi i predetti tre mesi.

Indennità di malattia

1. AVENTI DIRITTO ALL'INDENNITÀ

- Operai di tutte le categorie produttive del settore privato ed impiegati del commercio.

2. A CHI RIVOLGERSI PER OTTENERE IL CERTIFICATO

- Al medico curante: giorni feriali;
- alla guardia medica: giorni festivi e prefestivi;
- alle strutture ospedaliere per le giornate di ricovero e per quelle in cui è stata eseguita la prestazione di pronto soccorso. Per le giornate successive è necessario rivolgersi al medico curante a meno che l'eventuale certificazione rilasciata dalla struttura ospedaliera contenga una prognosi di incapacità lavorativa.

3. IL CERTIFICATO DI MALATTIA

- Il lavoratore deve inviare il certificato di malattia all'INPS ed una copia al datore di lavoro (anche nel caso di certificato rilasciato da struttura ospedaliera);
- la trasmissione all'INPS può avvenire in uno dei seguenti modi:
 - consegna diretta allo sportello INPS
 - invio con lettera raccomandata (con ricevuta di ritorno);
- il certificato deve contenere l'indicazione dell'estratto e completo recapito del lavoratore al fine di consentire l'effettuazione delle visite di controllo. L'omessa o incompleta indicazione della reperibilità comporta la perdita dell'intera indennità di malattia fino alla comunicazione dell'estratto recapito;
- la consegna o la spedizione del certificato deve avvenire entro due giorni dalla data del rilascio (in caso di invio tramite posta fa fede il timbro dell'ufficio postale). In caso contrario, il lavoratore perde il diritto all'indennità di malattia per ogni giorno di ritardo, salvo che adduca e comprovi una giustificazione seria ed apprezzabile.

4. RISPETTO DELLE FASCE ORARIE DI REPERIBILITÀ

- Il lavoratore, durante la malattia, è tenuto a

rispettare le seguenti fasce di reperibilità:

- tutti i giorni, compresi i festivi
 - dalle ore 10 alle ore 12
 - dalle ore 17 alle ore 19.
- L'obbligo di osservanza delle fasce di reperibilità è generale ed inderogabile e pertanto:
 - nessuno (né INPS, né ospedali, né medici) può rilasciare "autorizzazioni" preventive a non rispettare le fasce
 - la preventiva comunicazione dell'assicurato all'INPS del proprio allontanamento dal domicilio durante le fasce non garantisce la non effettuazione della visita di controllo, accertandosi che non vi siano impedimenti che possano ostacolarla (ad esempio, controllare il buon funzionamento del citofono e del campanello, etc.). Se, nel caso della malattia, il lavoratore si sposta in un luogo diverso di domicilio indicato sul certificato medico, deve informare preventivamente e tempestivamente l'INPS e il datore di lavoro.

5. SANZIONI PER L'ASSENZA A VISITA DI CONTROLLO

- Prima assenza: perdita totale dell'indennità per i primi 10 giorni;
- seconda assenza: perdita del 50% dell'indennità per l'ulteriore periodo;
- terza assenza: perdita totale dell'indennità dalla data dell'ultima visita;
- il lavoratore assente alla visita domiciliare di controllo è tenuto a presentarsi alla visita ambulatoriale presso il Centro medico INPS nel giorno e nell'ora indicati sull'invito lasciato dal medico fiscale, a meno che in quel giorno non sia avvenuta la ripresa dell'attività lavorativa: anche se in sede di visita ambulatoriale viene confermato lo stato di malattia del lavoratore, sarà comunque applicata la prevista sanzione per l'assenza domiciliare;
- avverso i provvedimenti sanzionatori dell'INPS in materia di malattia può essere proposto motivato e documentato ricorso al Comitato Provinciale dell'INPS entro 90 giorni dalla notifica del provvedimento.

6. IPOTESI DI GIUSTIFICABILITÀ DELL'ASSENZA A VISITA DI CONTROLLO

- a cause di forza maggiore che determinino l'assoluta inevitabilità dell'assenza dal domicilio durante le fasce di reperibilità;
- situazione che abbia reso imprescindibile ed indifferibile la presenza personale dell'assicurato per evitare gravi conseguenze per se o per i componenti del nucleo familiare (a condizione che l'allontanamento non pregiudichi il normale decorso della malattia). In ogni caso il lavoratore deve produrre idonea documentazione giustificativa;
- concomitanza di una visita medica generica e/o specialistica. In tal caso il lavoratore può essere giustificato per l'assenza se prova, fornendo idonea documentazione, che sarà valutata dall'INPS:
 - l'urgenza della visita concomitante (a tal fine deve produrre certificato medico, contestuale o emesso in data immediata-

mente successiva a quella della visita, da cui risulti non solo ora e giorno di effettuazione della visita, ma anche la specifica indicazione di una situazione di urgenza supportata da dati clinici obiettivi)

– ovvero l'impossibilità (o non ragionevole possibilità) di effettuare la visita medica al di fuori delle fasce di reperibilità, in considerazione della coincidenza tra le fasce stesse e l'orario dello studio (o ambulatorio) medico e della distanza fra lo studio e l'abitazione del lavoratore. In particolare il lavoratore può essere giustificato se prova l'impossibilità di spostare la visita ad altro momento compatibile con il rispetto delle fasce (in caso di coincidenza solo parziale fra l'orario di ambulatorio e le fasce stesse), o la motivata indisponibilità del medico a riceverlo al di fuori delle fasce, ovvero a visitararlo a domicilio (in caso di coincidenza totale per tutti i giorni della settimana).

Smaltimento farmaci stupefacenti residuati a domicilio del paziente per interruzione del trattamento o decesso

Dipartimento dell'Innovazione - Direzione Generale dei farmaci e dispositivi medici

Con la nota citata a margine, codesto Ordine Provinciale chiede se esistono previsioni normative per lo specifico caso in oggetto.

La normativa vigente (artt. 23,24, e 25 del D.P.R. n. 309/1990) prevede modalità complesse di smaltimento o cessione solo per le giacenze di stupefacenti scadute o inutilizzabili in possesso di soggetti autorizzati alla produzione, alla sperimentazione ed al commercio, farmacie o sostanze confiscate nell'azione di contrasto al traffico illecito.

Lo smaltimento deve avvenire con l'assistenza delle forze di polizia in apposite strutture che abbiano i requisiti (ai soli fini della tutela ambientale) di cui al D.M. Sanità 15/9/1998, ovvero impianti di incenerimento per rifiuti speciali non pericolosi (tra cui i farmaci scaduti). Il D.P.R. n. 254/2003, art. 2 comma h) elenca i rifiuti sanitari smaltibili per incenerimento negli impianti di cui sopra ed include i farmaci stupefacenti in generale, superando la previsione del precedente D.M. n. 219/2000, secondo cui facevano eccezione i farmaci oppiacei scaduti o inutilizzati che erano considerati rifiuti sanitari pericolosi richiedenti lo smaltimento in impianti di incenerimento appositamente autorizzati ai sensi del D.Lgs. n. 22/1997.

In mancanza di specifiche disposizioni al ri-

guardo, i cittadini che si ritrovano ad essere occasionalmente detentori di farmaci prescritti a singoli pazienti che hanno cessato la terapia, essendo in possesso di limitati quantitativi di farmaci parzialmente utilizzati, non possono essere assimilati ai soggetti di cui all'art. 23 del D.P.R. n. 309/1990.

Considerato che attualmente tali farmaci finiscono probabilmente per la maggior parte nei cassonetti per rifiuti urbani (quindi discarica), sarebbe opportuno (con l'eventuale aiuto dei medici prescrittori e dei farmacisti dispensatori) invitare i cittadini ad un corretto smaltimento.

A parere di questo Ufficio, tenuto conto che il sistema obbligatorio di raccolta dei farmaci scaduti confluisce in ogni caso ad impianti riconosciuti idonei allo smaltimento, i cittadini possono conferire i residui di farmaci stupefacenti a seguito di interruzione di terapia negli appositi contenitori presenti nelle farmacie senza obblighi di presa in carico o scarico da parte del farmacista. Eventualmente, potrebbe essere utile a prevenire abusi, rendere tali farmaci inutilizzabili od almeno irriconoscibili rimuovendo etichette o fogli illustrativi. Questa Direzione Generale, comunque, si sta impegnando per introdurre una disposizione legislativa che consenta di disciplinare in modo compiuto questa materia.

ONSP... chi è costui?

di Bianca Lattanzi

ONSP è la sigla di un sogno divenuto realtà... l'Osservatorio Nazionale Specializzandi Pediatria, primo (e per il momento unico) esempio di come gli Specializzandi possono rendersi protagonisti della loro formazione, diventando parte attiva della comunità scientifica e non solo spettatori silenziosi, che ricevono passivamente quanto "piove dall'alto".

L'Osservatorio è costituito e gestito dagli Specializzandi in Pediatria di tutte le Scuole italiane e si occupa di tutto quello che riguarda la formazione. Per lavorare con l'ONSP non è necessaria alcuna iscrizione, basta essere appunto Specializzandi in Pediatria!

Lo scopo essenziale dell'Osservatorio, fondato a Montecatini Terme nel 2002 durante il 58° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria, è promuovere lo scambio di informazioni tra le diverse Scuole attraverso eventi nei quali gli Specializzandi rivestano un ruolo attivo, e contemporaneamente migliorare i percorsi formativi nelle singole Scuole, rendendoli quanto più possibile omogenei tra loro.

All'interno dell'ONSP sono nati dei Gruppi di Lavoro che si occupano di problematiche specifiche del vasto mondo della pediatria, come ad esempio la Pediatria di famiglia, la Pediatria d'Urgenza-Emergenza, la Pediatria nei Paesi in Via di Sviluppo, ecc.

I gruppi di lavoro hanno lo scopo di raccogliere più informazioni possibili su quel settore e diventare punto di riferimento per chiunque voglia intraprendere una strada specifica. Inoltre, attraverso il suo sito internet (www.onsp.it), l'ONSP permette di scambiare esperienze, tenersi aggiornati sui congressi, corsi di formazione in programma e anche, per i neo-specialisti, di cercare una sistemazione dopo la Specializzazione attraverso lo spazio riservato alle segnalazioni di posti vacanti.

Sicuramente l'evento che riassume in sé tutto lo spirito dell'Osservatorio è il Congresso Nazionale ONSP, che si svolge a Sciacca, e che quest'anno festeggia la sua terza edizione. E' questa l'occasione più importante per incontrare Specializzandi in Pediatria di tutte le Scuole italiane e per scambiare idee ed opi-

nioni anche con i più illustri Professori, che intervengono regolarmente in questa occasione mettendo la loro esperienza e le loro capacità didattiche al nostro servizio.

Si, perché non esiste formazione senza maestri e lo slogan della prima edizione del Congresso dell'ONSP è stato proprio **"Abbiamo bisogno di Maestri!"**.

Lo spirito dell'Osservatorio è quello di camminare insieme, Specializzandi e Professori, lungo la strada che porta ad una formazione migliore, perché se è vero che noi Specializzandi siamo il futuro della Pediatria è fondamentale investire al massimo nella nostra formazione, già durante gli anni della Specializzazione, sfruttando tutte le opportunità che vengono oggi offerte in Italia e all'estero ad ogni Specializzando.

INFORMAZIONI UTILI

Presidente:

Silvia Di Michele s.dimichele@unich.it
CHIETI

Direttivo Nazionale:

Roberto Aufieri r.aufieri@tiscali.it
ROMA

Angelo Di Giorgio adigiorgio@hotmail.it
CATANIA

Bianca Lattanzi biancadoc@hotmail.it
ANCONA

Adriana Rocco adryrocco@libero.it
NAPOLI

Vincenzo Rametta vincram@libero.it
PADOVA

Francesca Vaienti francisvaienti@yahoo.it
MODENA

Past President:

Michele Salata michelesalata@hotmail.com
PADOVA

In ogni scuola di Specializzazione è inoltre presente un Referente ONSP.

I nominativi e gli indirizzi per contattarli sono reperibili al sito www.onsp.it

Marche: la mappa della salute

di Flavia Carle e Marcello M. D'Errico

Il Rapporto Osservasalute giunto alla sua terza edizione, costituisce ormai un appuntamento annuale, quasi un evento nel panorama della sanità italiana. Il Rapporto pubblicato dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** è frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat e coordinati dal Direttore dell'Osservatorio Prof. Walter Ricciardi dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma.

Nella Marche i referenti regionali dell'Osservatorio sono il Prof. Marcello D'Errico della Cattedra di Igiene e Sanità Pubblica e la Prof.ssa Flavia Carle del Centro di Epidemiologia, Biostatistica e Informatica Medica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche.

Tra le aree di eccellenza della Regione emerge l'attività di donazione di organi: infatti nel 2004 si è registrato nelle Marche **il più alto tasso di donatori a livello nazionale**. Il progressivo aumento dei donatori è confermato dal tasso annuale di donazione: 36 per 1.000.000 di residenti con 53 donatori effettivi e 32,6 per 1.000.000 di residenti con 48 donatori utilizzati. Le ragioni di questo eccellente risultato stanno nel fatto che gli ospedali sono stati più motivati all'attività di prelievo e nelle rianimazioni c'è stata una migliore identificazione dei potenziali donatori, oltre al fatto che hanno migliorato le loro performances i singoli Coordinatori locali.

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di

trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario. Un'altra area di eccellenza è stata l'attivazione in quasi tutti gli ospedali della regione di programmi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere, dato che le Marche condividono con la regione Friuli.

Per quanto riguarda gli altri indicatori di salute si riportano, per ciascuno di essi, in sintesi i dati nazionali e quelli della Regione.

POPOLAZIONE

Nel triennio 2002-2004, la popolazione anagraficamente residente in Italia è aumentata al ritmo medio annuo dell'8,5%, ben più della crescita quasi nulla (+0,2%) registrata tra il 1991 ed il 2001. Saldo naturale, natalità e mortalità hanno mantenuto gli stessi valori medi del decennio precedente. In Italia, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +8,5; il saldo naturale (nascita-morte) è -0,3; il saldo migratorio è del +8,7 per 1.000 abitanti.

Nelle Marche, per il periodo 2002-2004 il saldo medio annuo totale naturale e migratorio della popolazione residente è del +10,6; il saldo naturale (nascita-morte) è -1,8; il saldo migratorio è del +12,4. Questi dati evidenziano una regione con natalità inferiore ma con un incremento demografico maggiore rispetto alla media nazionale attribuibile ai flussi migratori.

ANZIANI E VECCHI

La quota di popolazione definita anziana (65 e più anni) e di quella vecchia (75 e più anni) è in Italia tra le più elevate nel mondo. Un quinto dei residenti ha ormai superato il sessantacinquesimo compleanno e poco meno di un decimo il settantacinquesimo.

Per quanto riguarda le Marche, la popolazione con 65 e più anni è aumentata del 22,2% pari a circa 334.000 nuovi "anziani". Mentre la popolazione "vecchia" è del 10,8% pari a circa 163.000 persone.

Un aspetto importante ai fini dell'assistenza e della cura degli anziani è dato dal tipo di fami-

glia in cui vivono. In particolare, le situazioni più problematiche per l'assistenza pubblica possono presentarsi soprattutto nel caso in cui gli anziani vivano da soli, in famiglie unipersonali non conviventi (non coniugati), che in generale non possono contare sull'assistenza di propri figli, ma anche le persone in altro stato civile come i vedovi, che hanno visto interrotta, probabilmente in tarda età, una convivenza fatta anche di mutuo sostegno ed assistenza.

Nelle Marche, nel 2004, si stima che siano 69.000 le famiglie unipersonali non conviventi formate da persone over 65 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 del -4,4 e costituisce il 12% del totale delle famiglie marchigiane. Mentre le famiglie unipersonali degli over 75 sono 50.000 con una variazione percentuale nel periodo 2001-2004 di +19,7%, rappresentando l' 8,6% del totale delle famiglie marchigiane: di queste l'87,1% sono donne. Questi dati sono superiori alla media nazionale.

SOPRAVVIVENZA E MORTALITÀ

Dall'analisi dell'Osservasalute si conferma un progressivo aumento delle aspettative di vita per entrambi i sessi. Confrontando i dati 1998-2000 con quelli del triennio 1991-1993 emerge che in entrambi i periodi le donne vivono in media 5,5 anni in più degli uomini. I dati riferiti all'ultimo decennio del '90 (periodi 1991-1993 e 1998-2000) indicano un relativo avvicinamento della speranza di vita maschile e femminile: le donne vivono in media 6 anni in più degli uomini e vedono così ridotto (0,5 in meno) il vantaggio di 6,5 anni ancora esistente agli inizi degli anni '90. Nel triennio 1998-2001 si assiste, infatti, a un aumento dell'aspettativa di vita in entrambi i sessi rispettivamente di 2,1 anni per gli uomini e 1,6 anni per le donne. Sia per gli uomini sia per le donne il contributo maggiore alla ridu-

zione della mortalità e all'allungamento della vita è venuto dalle età oltre i 65 anni, la cui diversa dinamica sul territorio (maggiore riduzione in alcune zone e minore in altre) discrimina anche le province con migliore o peggiore performance. Tra le cause di morte, sono le malattie del sistema circolatorio a rivestire lo stesso ruolo discriminante, subito seguite dai tumori che, nelle province dove complessivamente la mortalità ha incontrato maggiore resistenza a ridursi, è addirittura aumentata.

TUMORI

Complessivamente la mortalità per tumore rappresenta in Italia la prima causa di morte nell'età adulta e la seconda nel segmento anziano della popolazione ed è circa il 30% del totale dei decessi. Si stima che nel 2005 siano occorsi oltre 250.000 nuovi casi (135.000 negli uomini e 117.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato (popolazione europea) di 356 casi ogni 100.000 uomini e 266 casi ogni 100.000 donne.

Per quanto riguarda le Marche sono stati registrati 6.900 nuovi casi (3.900 negli uomini e 3.000 nelle donne) che corrispondono ad un tasso standardizzato di 355 per gli uomini e 260 per le donne.

Tumore alla mammella

Il tumore alla mammella è il tumore più frequente nelle donne dei paesi occidentali, per le quali il rischio di ammalarsi nel corso della vita giunge fino al 10-11%. Si stima che in Italia i Tumori alla mammella nell'anno 2001 siano stati circa 35.000 casi e che essi corrispondano a un tasso standardizzato di 102 casi ogni 100.000 donne e che di queste ne muoiano circa 11.000.

Nelle Marche ci sono stati 1.000 nuovi casi pari a un tasso standardizzato di 106,5 ogni 100.000 donne.

Speranza di vita alla nascita nelle province e nelle regioni per sesso - Anni 1991-1993 e 1998-2000

Regione/Provincia	1991-93		1998-2000	
	M	F	M	F
Marche				
PS Pesaro-Urbino	75,7	82,5	77,2	83,1
AN Ancona	76,3	82,1	77,8	83,9
MC Macerata	76,0	82,2	78,2	83,6
AP Ascoli Piceno	76,2	81,7	78,0	83,5
Italia	74,4	80,9	76,5	82,5

MASCHI

Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991

Regione / Provincia		S.Circolat.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	Marche	44,8	36,5	34,2	31,0	6,9	6,1	23,0	19,3
PS	Pesaro-Urbino	44,0	35,1	36,2	32,1	7,4	6,9	24,1	20,9
AN	Ancona	43,7	36,8	35,5	32,6	6,2	6,2	21,9	19,8
MC	Macerata	47,0	36,0	33,8	29,8	6,8	5,8	22,8	17,4
AP	Ascoli Piceno	44,8	37,8	31,1	29,3	7,5	5,4	23,6	18,9
	Italia	50,1	40,2	37,0	33,8	7,1	5,7	28,3	23,8

FEMMINE

Mortalità per sesso, causa e provincia, anni 1991-1993 e 1999-2001. Medie dei trienni. Tassi standardizzati (per 10.000) con la popolazione italiana del 1991

Regione / Provincia		Cardiov.		Tumori		Violente		Altre	
		91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01	91-93	99-01
	Marche	30,3	24,0	17,6	16,0	3,1	2,6	13,9	11,7
PS	Pesaro-Urbino	29,2	23,2	17,4	16,6	2,7	2,9	14,8	12,8
AN	Ancona	29,5	23,3	18,4	16,6	3,1	2,5	13,3	11,5
MC	Macerata	31,1	24,5	17,3	16,0	3,0	2,6	12,9	10,9
AP	Ascoli Piceno	31,7	25,3	16,9	14,6	3,4	2,3	14,8	11,4
	Italia	34,0	27,0	18,7	17,3	3,1	2,4	16,5	14,5

Tumore del colon retto

In Europa il tumore del colon retto è la seconda neoplasia più comune in entrambi i sessi. In Italia nel 2005 ne sono stati diagnosticati circa 41.000 nuovi casi. Importanti le differenze tra le regioni italiane. Le stime più recenti indicano che i tassi di incidenza più bassi si verificano in Sicilia e Calabria e i tassi più alti in Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna.

Nelle Marche sono stati registrati 750 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 63 (per 100.000), mentre tra le donne sono stati rilevati 500 nuovi casi con un tasso standardizzato di 37 casi (per 100.000).

Tumore del Polmone

Il cancro polmonare è una delle neoplasie maligne più frequentemente diagnosticate nel mondo. In Italia è la prima causa di morte per i maschi e la terza per le femmine.

Nel 2005 si stima vi siano stati circa 32.500 nuovi casi. Differenti i tassi di incidenza tra le regioni italiane, e contrariamente ad altri tumori, toccano il livello massimo in una regione del Sud (la Campania) e il livello minimo

in una regione del nord (il Trentino Alto Adige). In tutte le Regioni dagli anni '90 si è osservata una tendenza alla diminuzione dell'incidenza tra gli uomini e una crescita tra le donne in quasi tutte le regioni.

Nelle Marche si sono verificati 600 nuovi casi tra gli uomini con un tasso standardizzato di 52 su 100.000 persone, 150 tra le donne con un tasso standardizzato di 13 casi su 100.000.

Tumore allo stomaco

Il carcinoma gastrico rappresenta la quinta forma comune di cancro in Europa.

La frequenza di tumore gastrico è in riduzione nel mondo occidentale e in generale nelle aree ricche del mondo. In Italia nel 2005 si sono verificati 13.545 nuovi casi di tumore allo stomaco di cui 8.215 tra gli uomini, con un tasso standardizzato di 21 su 100.000, e 5.330 tra le donne con un tasso standardizzato di 9. Scarse le differenze tra le Regioni.

Nelle Marche il numero dei nuovi casi tra gli uomini è di 300, con un tasso standardizzato 26, mentre tra le donne è di 200 con un tasso standardizzato di 14.

INCIDENZA AIDS

Dal 1994 al 2004 sono stati notificati 31.506 casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,85 nuovi casi ogni 100.000 abitanti. Per quanto riguarda i tassi di incidenza si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1996/97 a livello di tutti gli ambiti regionali. Il trend coincide con l'ingresso in Italia di farmaci antiretrovirali che hanno ridotto il rischio di progressione in AIDS degli HIV positivi aumentando pertanto la quota dei soggetti sieropositivi.

Nelle Marche nel 2004 sono stati registrati 37 nuovi casi di AIDS con un tasso standardizzato di 2,98 nuovi casi ogni 100.000 abitanti.

DIPENDENZE DA SOSTANZA

In Italia si assiste a un aumento di utilizzo di sostanze stupefacenti soprattutto in età scolastica (15-19 anni). In questa fascia d'età è altissima è la prevalenza del consumo di cannabinoidi, 33,1% dei ragazzi e 23,3% delle ragazze (rapporto M/F superiore a 1,5/1). I dati sono particolarmente allarmanti nelle regioni del Centro Nord. Rispetto ai dati di precedenti rilevazioni emerge un aumento complessivo del consumo di cannabinoidi che coinvolge l'intera nazione. Gli altri dati ricavati dallo stesso campione sono per quanto riguarda la cocaina 6,3% dei ragazzi e 3,5% delle ragazze; l'eroina 4,2% dei ragazzi e 2,7% delle ragazze; allucinogeni 5,5% dei ragazzi e 2,8% delle ragazze.

Nelle Marche i consumatori di sostanze illegali nella popolazione giovanile, 15-19 anni, sono così suddivisi: Cannabinoidi ragazzi 30,7% e ragazze 27,5%; Cocaina ragazzi 7,1% e ragazze 3,5%; Eroina: ragazzi 3,2% e ragazze 3,4%; Allucinogeni: ragazzi 4,1% e ragazze 2,6%; Stimolanti: ragazzi 6,2% e ragazze 2,5%.

MORTALITÀ INFANTILE

Il tasso di mortalità infantile è un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita e della qualità delle cure materne - infantili. Il tasso di mortalità infantile è anche considerato una misura proxy della salute della popolazione essendo correlato a condizioni socio - economiche, ambientali, culturali oltre che alle condizioni sanitarie del paese. La mortalità infantile comprende la mortalità neonatale (entro le prime 4 settimane di vita) e la postneonatale (dopo le prime

quattro settimane ed entro il primo anno di vita). Nel 2002 il tasso di mortalità infantile nazionale è di 4,1 nati vivi; mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -5,8%.

Per quanto riguarda le Marche il tasso standardizzato di mortalità infantile per 1.000 abitanti è di 4,0 mentre la variazione media annua dal 1990 al 2002 è pari a -4,5%.

INCIDENTI STRADALI

Gli incidenti, sia domestici che stradali, rappresentano attualmente un problema emergente della Sanità pubblica in Italia. Gli incidenti stradali nel nostro paese causano circa 8.000 decessi all'anno, il 2% del totale; inoltre gli incidenti della strada comportano 600.000 prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e 170.000 ricoveri ospedalieri. La metà dei decessi avviene prima dei 41 anni d'età ed il 25% prima dei 23 anni. Negli ultimi trent'anni si calcola che siano morti in Italia, per questa causa, circa 300.000 persone, un terzo delle quali con età compresa tra i 15 e i 29 anni. Dai risultati si nota che vi è un tasso di mortalità maschile (nel 2002 tasso standardizzato 1,99 x 10.000 casi) superiore a quello femminile (nel 2002 tasso standardizzato 0,48x 10.000casi). In Italia, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 1,99 per gli uomini e 0,48 per le donne.

Nelle Marche, il tasso standardizzato di mortalità del 2002 è così suddiviso nei due sessi: 2,06 per gli uomini e 0,56 per le donne.

INCIDENTI DOMESTICI

Per incidenti domestici si intendono tutti gli incidenti che possono comunemente accadere all'interno delle mura domestiche propriamente dette, compresi quelli avvenuti nell'ambito delle pertinenze dell'abitazione (cortili, garage, spazi condominiali etc). Gli incidenti domestici interessano il 53,2% degli italiani, il 20,1% delle donne e il 6,2% degli uomini ogni anno. La maggior parte degli incidenti (79,1%) riguarda le donne e le casalinghe, che sono il gruppo più implicato (4 incidenti su 10). Le età più interessate sono la terza età (21,4% delle persone oltre i 75 anni) ed i bambini molto piccoli (11,7% dei bambini tra 0 e 4 anni). Gli incidenti domestici avvengono per il 33% per attività svolte in cucina, per il 28,4% a causa di cadute e per il 20% a causa delle strutture edilizie; solo il 3% è dovuto agli avvelenamenti. Le persone infortunate

nell'ultimo trimestre del 2002 in Italia sono 712 su 886 incidenti per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,2 casi.

Nelle Marche le persone infortunate nell'ultimo trimestre del 2002 sono 16 su 17 casi per cui si può stimare che la media per infortunato sia di 1,0 casi.

ASSISTENZA TERRITORIALE

Il distretto è la struttura operativa periferica della ASL e rappresenta il primo punto per il soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino. Esso svolge una funzione di governo della domanda, coordinamento ed organizzazione dei servizi sociosanitari oltre che di erogazione diretta di attività e prestazioni. All'interno di questo scenario si colloca la rilevanza dei ricoveri e nello specifico quelli del Diabete Mellito e dell'Asma bronchiale che sono patologie cronic-degenerative che riconoscono fattori di rischio, meccanismi patogenetici, quadro clinico e complicanze distinte. La rilevanza dei ricoveri associati a queste patologie è utilizzata per valutare l'appropriata gestione delle stesse, soprattutto in ambito territoriale. In Italia, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è

stato pari allo 0,25 e 0,54 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

Nelle Marche, nel triennio 2001/03, il tasso standardizzato medio annuo dei ricoveri per Asma è stato pari allo 0,18 e 0,22 per le CLTD (Complicazioni a Lungo Termine del Diabete Mellito) ogni 1.000 abitanti residenti.

TRAPIANTI

Il trapianto di organi e tessuti, associato alla scoperta di nuovi farmaci che migliorano la tolleranza dell'organo trapiantato nel ricevente, è uno dei progressi più rilevanti nella cura di un grande numero di malattie per le quali non esistono cure alternative.

La promozione delle donazioni, dei trapianti e della valutazione di qualità dell'attività di trapianto organi, cellule staminali e tessuti sono obiettivi importanti del sistema sanitario. I dati al 31/12/2004 dimostrano un aumento dell'attività di donazione e trapianto ottenuto nel nostro paese. Nel giro di dieci anni l'Italia è passata dagli ultimi al secondo posto in Europa e al terzo nel mondo. Anche dal punto di vista qualitativo si registrano ottimi risultati. Il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 2042; di questi sono stati effettivi 1203 e utilizzati 1120.

Nelle Marche il tasso dei donatori al 31/12/04 era di 69; di questi sono stati effettivi 53 e utilizzati 48.

In conclusione le Marche si pongono nel panorama nazionale come una Regione in "Buona Salute" e con alcune aree di eccellenza per la qualità dell'assistenza. Infatti essa si caratterizza per livelli di salute pari o superiori alla media italiana. La quota di popolazione anziana è aumentata del 22% rispetto al 2003, a testimonianza dell'elevata qualità della vita. Il tasso di mortalità infantile risulta inferiore alla media nazionale ed in costante diminuzione. Più elevato della media nazionale il tasso di mortalità per incidenti stradali mentre risulta inferiore il dato relativo agli incidenti domestici grazie a campagne informative realizzate nelle scuole. La qualità dell'assistenza territoriale si dimostra particolarmente elevata testimoniata dai tassi di ricovero per patologie quali asma e diabete mellito.

*Estratto da: Rapporto Osservasalute, 2005
Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane
Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane
Ed. Prex, Milano, 2005
www.osservasalute.it*



Definizione delle indicazioni cliniche sull'uso della PET

di Giorgio Ascoli

In un'era in cui la spirale crescente dei costi sanitari impone una razionalizzazione degli stessi e della loro allocazione, la definizione delle indicazioni per l'impiego clinico di una metodica ad elevate prestazioni ma anche ad elevato costo come la PET (Tomografia ad Emissione di Positroni) impone due fondamentali valutazioni:

- 1) l'utilità clinica;
- 2) l'analisi costo/efficacia.

VALUTAZIONE DEI SETTORI DI APPLICAZIONE DELLA PET

L'esperienza condotta nei Centri italiani e internazionali **risente** fortemente delle specializzazioni e della cultura locale e non consente una **proiezione sui volumi** reali di attività per applicazioni di tipo prettamente clinico. L'analisi dei dati della letteratura corrente internazionale consente di ipotizzare una distribuzione delle applicazioni cliniche della PET nel modo seguente:

- **Patologie neoplastiche (85% ca);**
- **Patologie cardiache (10% ca);**
- **Patologie neuropsichiatriche (5% ca.).**

IMPIEGO DELLA PET NELLA DIAGNOSTICA CLINICA ONCOLOGICA

Premessa

È ormai ben documentata la capacità della PET con fluorodesossiglucosio (FDG) nel differenziare il tessuto neoplastico maligno dal tessuto normale in virtù delle modificazioni metaboliche tra i due.

La recente introduzione di strumenti PET per "scansione totale corporea" (WB) ha notevolmente ampliato lo spettro delle possibili indicazioni cliniche della PET **passando dalla fase della sola diagnosi differenziale maligno/benigno alle fasi di stadiazione, ristadiazione, valutazione dell'efficacia terapeutica, della neoplasia e delle sue diffusioni loco-regionali o a distanza.**

Da queste premesse discende l'importanza

del ruolo clinico della PET in oncologia che si concretizza in due obiettivi:

- contribuire al miglior utilizzo delle risorse disponibili mediante un percorso diagnostico più rapido ed efficace;
- determinare un beneficio per il singolo paziente semplificando procedure e tempi del percorso diagnostico-terapeutico.

Da ciò deriva che la PET è utile nella:

- **Identificazione** della natura maligna della lesione anche mediante parametri quantitativi (SUV = Standard Uptake Values).
- **Stadiazione:** identificazione della fase evolutiva della malattia e quindi della scelta terapeutica.
- **Ristadiazione:** identificazione dello stato di malattia a distanza dalla prima diagnosi.
- **Monitoraggio della risposta alla terapia:** valutazione dell'efficacia dell'intervento terapeutico e della opportunità della sua prosecuzione.

CAMPI DI APPLICAZIONE IN ONCOLOGIA

1) SENOLOGIA: Neoplasia della mammella

a) Staging pre-operatorio: studio del cavo ascellare

È stato dimostrato che la PET ha un alto valore predittivo ed una accuratezza diagnostica intorno all' 86% nell'identificazione dei linfonodi metastatici del cavo ascellare.

b) Tumore della mammella in fase avanzata: monitoraggio della risposta alla chemioterapia

La PET è in grado di valutare precocemente la risposta alla chemioterapia, anticipando notevolmente i tempi di valutazione rispetto alle metodiche tradizionali, attualmente effettuate ogni 3 cicli. La valutazione mediante PET della risposta al trattamento è già possibile dopo il primo ciclo, e rappresenta un vantaggio notevole in termini di ricaduta economica e beneficio per la paziente, perché consente l'accurata selezione delle pazienti in cui proseguire il trattamento da quelle non rispondenti alla terapia.

2) GASTROENTEROLOGIA:**Neoplasia del colon-retto****Recidiva da tumore del colon retto**

In questo settore la PET si dimostra in grado di rilevare la presenza di recidiva locale da tumore del colon retto con una accuratezza diagnostica ed una specificità che si avvicinano al 100%.

Inoltre mediante scan total body è anche possibile individuare la presenza di metastasi epatiche sincrone, snellendo notevolmente l'iter diagnostico di questo tipo di pazienti ed ampliando la possibilità di cura chirurgica anche per le metastasi isolate (ed esempio del fegato).

3) PNEUMOLOGIA:**Neoplasia del polmone****Diagnosi dei noduli polmonari solitari**

Nell'ambito delle neoplasie polmonari l'utilizzo della PET trova il suo razionale principalmente nella diagnosi differenziale delle lesioni nodulari periferiche isolate. Il percorso diagnostico comunemente utilizzato prevede l'esecuzione di esami radiologici standard quali RX torace e TAC, i quali però spesso non risultano dirimenti ai fini di una diagnosi definitiva e necessitano di un ulteriore approfondimento diagnostico mediante metodiche invasive come la broncoscopia o toracosopia con prelievi biotipici.

La caratterizzazione dei noduli polmonari isolati è stata ampiamente studiata con la PET, che si è dimostrata in grado di fornire una accuratezza diagnostica variabile dal 90 al 100% in diversi studi.

4) ONCOEMATOLOGIA:**Linfomi**

In questa malattia la stadiazione iniziale accurata (la **PET WB ha un'accuratezza superiore al 95%**) è determinante per la prognosi e la scelta terapeutica. Praticamente la PET WB di prima istanza (dopo la diagnosi iniziale) può determinare una notevole abbreviazione dei tempi di stadiazione ed un importante risparmio di procedure diagnostiche.

Ristadiazione e monitoraggio della terapia:

Le stesse considerazioni del punto precedente sono valide per queste fasi del follow-up.

5) MELANOMA

La **PET WB è di provata** utilità, nei casi Clarke 5 quando la radiografia del torace e TC addome siano negative.

Indicazioni cliniche specifiche e loro classificazione:

Classe I: in caso di Clarke 5, qualora RX torace e ECT addome non indicassero localizzazioni secondarie.

6) NEOPLASIE GERMINALI DEL TESTICOLO**7) NEOPLASIE DELLA PROSTATA****8) NEOPLASIE CEREBRALI****Ripresa di malattia e monitoraggio della terapia:**

la procedura PET fornisce informazioni certe (accuratezza vicina al 100%) nella fase di follow-up post-operatorio e/o post radioterapico, per le due condizioni citate non valutabili con TC e/o RM.

La capacità della PET di misurare il grado di malignità in base al grado di attività metabolica (SUV) ha una specifica indicazione nei pazienti ad alto rischio chirurgico.

ALTRI TIPI DI NEOPLASIA

La PET può risultare di notevole interesse in alcune neoplasie di minore incidenza, nelle quali tuttavia uno snellimento del processo diagnostico può essere auspicabile in termini di rapporto costo/beneficio. Tra queste patologie si colloca ad esempio la neoplasia dell'ovaio la cui ristadiatione richiede attualmente un "second look" chirurgico (invasivo e sottostimante) per identificare la presenza di "malattia residua" operabile o di "malattia persistente" da sottoporre a terapie farmacologiche complesse e costose.

IMPATTO DIAGNOSTICO DELLE IMMAGINI PET TOTAL BODY (WB)

La possibilità di ottenere immagini PET total body, riveste una notevole importanza nella diagnosi e staging di tutti i tipi di tumore. La ricerca delle possibili sedi di metastasi viene attualmente effettuata mediante l'esecuzione di un complesso iter di follow up che fa parte del management di ogni tipo di neoplasia. In campo esclusivamente assistenziale dovrebbe essere quindi presa in considerazione la possibilità

di inserire la PET total body nel routinario follow up di questi pazienti. Tale procedura permetterebbe tra l'altro di sveltire ulteriormente l'iter diagnostico e di concentrare su eventuali siti positivi le metodiche di imaging tradizionali, permettendone un più oculato utilizzo.

Questo approccio in particolare potrebbe dimostrarsi estremamente importante nella problematica del tumore primitivo sconosciuto, dove l'utilizzo delle comuni metodiche di diagnosi si dimostra spesso inefficace e ha una ricaduta economica di notevole entità.

IMPIEGO DELLA PET NELLA DIAGNOSTICA CLINICA CARDIOLOGICA

La PET è attualmente utilizzata come efficace strumento clinico nell'iter diagnostico di pazienti con sospetta cardiopatia ischemica, per l'elevata sensibilità e specificità, e nel "decision making" clinico di pazienti con disfunzione ventricolare sinistra, in quanto metodica di riferimento per la diagnosi di miocardio vitale (condizione indispensabile per la preventiva valutazione di efficacia degli interventi di rivascularizzazione caratterizzati da alto costo ed alta invasività).

IMPIEGO DELLA PET NELLA DIAGNOSTICA CLINICA NEUROPSICHIATRICA

Premessa

Le applicazioni della PET in campo neuropsichiatrico prevedono sia l'impiego di traccianti marcati con fluoro-18 oltre l'FDG (FluoroDOPA, neurotrasmettitori e leganti recettoriali) sia protocolli basati sul radionuclide a emivita brevissima ossigeno-15 (acqua, ossigeno molecolare, ossido di carbonio) in particolare associato a paradigmi di stimolazione somatosensoriale. Le indicazioni maggiormente supportate da evidenze cliniche e scientifiche sono rappresentate da:

- **Epilessia focale farmacoresistente;**
- **Malattie cerebrovascolari;**
- **Demenze.**

EPILESSIA FOCALE FARMACORESISTENTE

Nei pazienti con focus epilettogeno nel lobo temporale il protocollo di indagini non invasi-

ve comunemente utilizzato (RM ed EEG, SPET, test neuropsicologici) in associazione alla semeiologia della crisi non sempre permette la localizzazione del focolaio.

MALATTIE CEREBROVASCOLARI

Nell'ambito delle malattie cerebrovascolari alcune condizioni di malattia possono ricevere importanti informazioni dall'impiego della PET, in particolare per la possibilità di misurare il flusso regionale e il coefficiente di estrazione di ossigeno.

DEMENZE

Le evidenze accumulate sono sufficienti per proporre lo studio del flusso ematico cerebrale in condizioni di riposo e di attivazione nella diagnosi precoce della Malattia di Alzheimer. Lo studio del metabolismo cerebrale consente inoltre la diagnosi differenziale tra demenza e pseudodemenza depressiva.

In estrema sintesi sono state riportate nelle pagine precedenti le indicazioni più appropriate per l'utilizzazione della metodica di diagnosi con emissione di positroni.

E' da aggiungere che l'attrezzatura di cui disponiamo è una macchina a tecnologia ibrida in quanto accoppia la tecnologia di Medicina Nucleare a emissione di positroni - PET - con la tecnologia TC, che consente mediante una acquisizione TC multistrato una velocizzazione dell'indagine significativa, una perfetta fusione delle due immagini con ideale posizionamento spaziale sia della acquisizione morfologica che di quella metabolica, la correzione per attenuazione della indagine tomoscintigrafia e tutto questo moltiplica la possibilità diagnostica della metodica.

Ci riteniamo a disposizione per ogni necessario ulteriore approfondimento per giungere ad uno sfruttamento ottimale, ma soprattutto appropriato del nuovo strumento diagnostico.





S.O.D. DI Medicina Nucleare
RICHIESTA DI ESAME PET ONCOLOGICO
CON ¹⁸F-FDG

Il presente formulario va compilato in tutte le sue parti allegando la documentazione richiesta, altrimenti non verrà preso in considerazione.

N.B.: si rammenta inoltre che la decisione sull'esecuzione dell'indagine spetta al Medico Nucleare, secondo il D.S.L. no 230, art 111.

TIPO DI ESAME: 1) PET TOTAL BODY 2) PET SEGMENTARIA

NOME DEL PAZIENTE:

Data di nascita indirizzo:

Tel: cellulare:

Provenienza:

Medico referente: tel:

QUESITO CLINICO E DIAGNOSI (accertata o presunta):

.....

.....

.....

NOTIZIE ANAMNESTICHE:

.....

.....

.....

.....

Claustrofobia: SI / NO Barellato: SI / NO Autosufficiente: SI / NO

Diabete: SI / NO Terapia insulinica/terapia orale

PESO: kg; ALTEZZA: cm

Escludere gravidanza o allattamento

TERAPIE IN ATTO:

.....

ESAMI RADIOLOGICI E/O MEDICO-NUCLEARI ESEGUITI: **allegare fotocopie**

MARKERS TUMORALI:

tipo data risultato

.....

.....

.....

INTERVENTI CHIRURGICI: SI / NO (.....)

Progressa chemioterapia: SI / NO (data ultima

Progressa Radioterapia: SI / NO (data ultima

Data:

Il Medico richiedente (timbro e firma)

Data e ora dell'esame verranno comunicati telefonicamente o via fax

Prevenzione e diagnosi precoce nel tumore del testicolo

di G. Muzzonigro, V. Menditto, D. Minardi

TUMORE DEL TESTICOLO: IL PROBLEMA DELLA DIAGNOSI PRECOCE

Il tumore del testicolo è la neoplasia più frequente nei maschi giovani tra i 15 ed 35 anni e la sua incidenza negli ultimi anni è in continuo aumento. In Italia ogni anno 11000 persone comprese in questa fascia di età si ammalano di tumore e le neoplasie del testicolo rappresentano il 19% di questi casi. Il cancro del testicolo colpisce dunque nella stragrande maggioranza dei casi un giovane che si vede colpito non solo nella propria salute, ma, vista la sede, nella più intima sfera emotiva e sessuale e nei suoi progetti di vita. Il perfezionamento delle tecniche diagnostiche e la maggior efficacia dei protocolli terapeutici hanno permesso, nell'ultima decade, di innalzare la sopravvivenza ad oltre il 90%, portando così il cancro testicolare a diventare la neoplasia solida con la miglior prognosi quoad vitam. Tuttavia la chirurgia, la chemioterapia e la radioterapia, nonostante l'affinamento delle tecniche (per es. linfadenectomia retroperitoneale e radioprotezione), possono avere un importante impatto sulla "qualità di vita" del paziente, ed in particolare sulla fertilità.

La **diagnosi precoce** è la più importante forma di prevenzione secondaria, perché consente:

- di impiegare protocolli terapeutici meno aggressivi e dunque meno tossici;
- di applicare al meglio le strategie di crio-preservatione del seme, rispondendo al desiderio di paternità del paziente;
- di favorire la serenità psicologica del paziente di fronte ad una situazione traumatica tramite un approccio multi-disciplinare.

Fino a poco tempo fa un importante mezzo di diagnosi precoce era fornito dalla leva militare e la visita "dei tre giorni" ha rappresentato per anni una sorta di "involontario" screening di massa. Oggi che la leva non ha più carattere estensivo sull'intera popolazione maschile italiana, è necessario intensificare gli sforzi affinché ogni ragazzo prenda coscienza della problematica e sia sensibilizzato al controllo dei

propri testicoli attraverso un'autopalpazione periodica, in analogia con ciò che dovrebbero fare le donne con il proprio seno.

In effetti la rarità, in termini assoluti, della malattia non consente di prendere in considerazione programmi di screening; la stessa U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) non raccomanda lo screening del testicolo con l'esame obiettivo o l'auto-palpazione negli adolescenti asintomatici e negli adulti. In alternativa una massiccia campagna informativa sui mass-media potrebbe generare ansie e preoccupazioni ingiustificate rispetto ai possibili benefici. Ciò su cui si dovrebbe veramente puntare è di non ritardare il sospetto di tumore del testicolo; un esempio su tutti è rappresentato da un giovane con probabile orchite o orchiepididimite che non si risolve entro 2 settimane e che dovrebbe essere valutato il prima possibile da uno specialista urologo e sottoposto ad ecografia testicolare.

AUTOPALPAZIONE DEI TESTICOLI

Alcune evidenze hanno suggerito già da diversi anni il possibile ruolo di campagne pubblicitarie divulgative sul problema tanto che il National Men's Resource Center ha proposto un manuale di "istruzioni per l'uso" all'autopalpazione dei testicoli:

A partire dai 15 anni, un esame una volta al mese consente di individuare l'eventuale insorgenza di una formazione sospetta. Ecco le raccomandazioni del National Cancer Institute per l'autopalpazione (l'esame andrebbe effettuato dopo una doccia o un bagno caldo, che rilassano lo scroto):

- a) Porsi di fronte a uno specchio e verificare che non vi siano rigonfiamenti sullo scroto.*
- b) Esaminare ogni testicolo con entrambe le mani, mettendo indice e medio nella zona inferiore e pollice in quella superiore. Eseguire un movimento rotatorio delicato (non bisogna sentire alcun dolore) e non allarmarsi se un testicolo sembra un po' più grosso dell'altro: è del tutto normale.*
- c) Trovare l'epididimo, cioè la morbida struttura tubulare che si trova dietro al testicolo e*

che trasporta lo sperma e che a un occhio inesperto potrebbe essere scambiato per una massa sospetta. Ricordare che nell'epididimo non si formano tumori, quindi non preoccuparsi se si trovano piccole masserelle.

d) Se invece le formazioni sono nella parte posteriore (molto più frequentemente) o in quella anteriore del testicolo, chiedere subito parere al medico. L'anomalia può essere

dovuta a un'infezione, ma se fosse causata da un tumore non bisogna perdere tempo.

e) Ricordarsi che tutte le masse che possono muoversi liberamente all'interno del testicolo non sono di origine maligna.

TUMORE DEL TESTICOLO: PROGETTO DEL DOTTORATO DI RICERCA "MEDICINA E PREVENZIONE" DELL'UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

L'Università Politecnica delle Marche ha istituito dall'Anno Accademico 2005-2006 il Dottorato di Ricerca in "Medicina e Prevenzione" diretto dal Prof. Muzzonigro ed uno dei progetti che è stato avviato riguarda proprio la sensibilizzazione dell'ambiente medico, in particolare quello afferente alla Medicina Generale alla diagnosi precoce del tumore del testicolo, la prevenzione, la terapia e la gestione della qualità della vita dei malati tramite l'impiego della carta stampata e di conferenze. In tal senso la presente pubblicazione, frutto di un'idea del Prof. Muzzonigro, realizzata dal Dott. Menditto e dal Dott. Minardi e resa possibile dal Dott. Borromei, ha lo scopo di portare a conoscenza di tutti gli iscritti dell'Ordine dei Medici di Ancona dello stato dell'arte della prevenzione e della diagnosi precoce delle neoplasie testicolari ed accennare agli sviluppi che in tale ambito ci riproponiamo di attuare. In particolare ci sembra importante proporre il cosiddetto "decalogo" nato dalla collaborazione della Società Italiana di Andrologia con l'Associazione per la Lotta ai Tumori dell'Età Giovanile e che riassume sinteticamente alcune raccomandazioni utili nella diagnosi precoce del tumore del testicolo. In breve queste sono le **10 "regole"** da tenere in considerazione:

1. **I tumori del testicolo ogni anno colpiscono circa 5 maschi ogni 100.000 abitanti. Esistono molteplici tipi di tumori del testicolo e sono quasi tutti maligni. L'età più colpita è quella compresa fra i 20 ed i 40 anni.**
2. **Nonostante la loro elevata malignità, i tumori del testicolo sono i tumori più guaribili in assoluto. In mani esperte, le probabilità di guarigione possono superare il 90%, comprendendo tutti i casi, da quelli diagnosticati in fase più precoce a quelli più avanzati.**
3. **I tumori del testicolo sono più frequenti nei portatori di testicolo ritenuto con:**
- rischio massimo nella ritenzione addominale;

YOUR "IN THE SHOWER" GUIDE TO: TESTICULAR SELF-EXAM

PUNCH OUT AND HANG ON SHOWER HEAD

THE NATIONAL MEN'S RESOURCE CENTER™

P.O. Box 800, San Anselmo, CA 94979

SELF EXAM FOR TESTICULAR CANCER

EXAMINATION

Testicular cancer, the most common cancer in men ages 15 thru 35, is among the easiest to cure when detected early. A once-a-month simple self-examination can help catch this cancer at its early stage.

The most convenient time to examine yourself is when taking a shower or bath. The warm water causes the skin to relax, making the examination of the underlying tissue easier.

FIRST

Examine your TESTICLES. Slowly roll each testicle between the thumb and fingers. Try to find any hard, non-tender lumps.

MORE ➤

Self examination guide courtesy of the National Men's Resource Center

- **rischio aumentato anche nel testicolo controlaterale a quello ritenuto.**
- 4. **Misura preventiva: correggere la ritenzione testicolare entro il primo anno di vita sia per ridurre il rischio di cancerizzazione, che per facilitare la diagnosi precoce dopo la riposizione scrotale.**
- 5. **L'autoesame è fondamentale per la diagnosi precoce.**
- 6. **Di regola un tumore del testicolo si manifesta come un nodulo duro e insensibile.**
- 7. **Nel 20% dei casi può accompagnarsi a dolore acuto e rapido aumento di volume, di regola dovuto ad una emorragia intratumorale.**
- 8. **In alcuni casi, un rimpicciolimento del testicolo può precedere la comparsa del tumore.**
- 9. **L'esame clinico e l'ecografia testicolare sono gli esami fondamentali per la diagnosi.**
- 10. **Valori elevati di α -FT (alfa-fetoproteina) e/o β -hCG (beta-gonadotropina corionica umana) ematici confermano la diagnosi di tumore, ma valori normali non la escludono.**

Il programma che si intende portare avanti nell'ambito della nostra Ricerca sulla diagnosi precoce e l'infertilità nella neoplasia del testicolo si sviluppa essenzialmente su tre punti:

- **diffusione** delle principali e più aggiornate conoscenze riguardanti il tumore del testicolo: potrebbe essere efficace una graduale informazione individuale da parte del medico di Medicina Generale, che inviti a sua volta i giovani all'autoesame e si renda poi disponibile qualora venga rilevata un qualche tipo di anomalia;
- **favorire una maggiore attenzione** da parte del Medico di Medicina Generale, del Pediatra o dello Specialista a quei soggetti che presentino uno, o più fattori di rischio, riconosciuti per lo sviluppo del tumore del testicolo: testicolo ritenuto (RR \geq 3.8); ernia infantile (RR=2.6); infertilità (RR=1.6), basso peso alla nascita; malformazioni congenite testicolari (atrofia testicolare); sindrome di Klinefelter; traumi; precedente tumore del testicolo (dal 2 al 5 per cento di probabilità di sviluppare lo stesso tumore nell'altro testicolo nei 25 anni successivi alla diagnosi).
- **implementazione** della prevenzione secondaria applicata ai pazienti che sono già stati affetti da tumore del testicolo al fine di individuare precocemente un'eventuale recidiva (che purtroppo può essere anche

molto tardiva) ed ai loro familiari più stretti, in particolare laddove possa essere sospettata una familiarità più "stringente" della neoplasia.

Circa la familiarità per tumore del testicolo ed il possibile ruolo fisiopatologico della predisposizione genetica, si deve precisare che essa è riscontrabile solo nel 2% dei casi; sembrano essere associati a queste forme familiari la mutazione nel cromosoma Xq27 e l'amplificazione di un gene sito nel braccio corto del cromosoma 12 derivata dalla sua duplicazione (isocromosoma 12p) oppure dalla sua traslocazione in altri cromosomi. La mutazione del q27 del cromosoma X si osserva soprattutto nei tumori testicolari secondari a testicolo ritenuto e nel tumore testicolare bilaterale. Pur trattandosi di una condizione non molto frequente, lo studio di quei geni che "aggregano" in una famiglia e predispongono alla neoplasia ha un immediato risvolto nella pratica clinica. Infatti le più recenti applicazioni biologiche (citogenetica, FISH, PCR) offrono la possibilità di eseguire prevenzione nell'ambito di famiglie in cui sia stato diagnosticato un caso di neoplasia: un esempio è offerto dall'individuazione di soggetti a rischio tramite la ricerca della mutazione del cromosoma 12 in familiari di pazienti affetti dal tumore del testicolo.

CONCLUSIONI

In conclusione, nelle ultime due decadi il tumore del testicolo è diventato una sorta di "paradigma" di neoplasia curabile grazie alla disponibilità di trial clinici ben disegnati e correttamente condotti che hanno permesso di definire con sempre maggiore cura la terapia standard del tumore del testicolo. Attualmente a nostro parere la sfida dei Sanitari deve essere spostata nei confronti delle esigenze dei pazienti affetti da tumore del testicolo, correlate alla loro qualità della vita: quesiti come la fertilità in primo luogo, ma anche la disfunzione erettile. Anche in questo ambito le evidenze scientifiche sono in continuo aumento, così come si sta affermando l'utilità di un approccio multi-disciplinare che impieghi al meglio le diverse risorse terapeutiche: la chirurgia, la radioterapia e la chemioterapia, l'assistenza psicologica al paziente.

Terminiamo con Lance Armstrong, un'icona sportiva ed un modello di chi giovane, sano ed addirittura campione è stato colpito dal tumore del testicolo, si è curato, è guarito ed è tornato in sella!

GIOCHI MONDIALI DELLA MEDICINA E DELLA SANITA'

Montecatini Terme
1-8 luglio 2006

PER INFORMAZIONI

Dott. Giovanni Giovannini

Delegato JMMS per l'Italia

Tel 057 278688

Fax 057 2771535

e.mail: frabentravel@frabentravel.com



PROCESSI ORGANIZZATIVI PLUS

*Pianificazione,
programmazione e gestione
dei Servizi e delle Strutture,
gestione per progetti,
organizzazione del lavoro*

25 CREDITI ECM PER TUTTE LE PROFESSIONI

Sestri Levante
22-23 giugno
3-4 luglio 2006

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Direzione MEDICARE

Via Dante, 121 - 26100 Cremona
Tel 0372 33142 - Fax 0372 33834
direzione@medicareformazione.it
www.medicareformazione.it



**DIPARTIMENTO DI MEDICINA INTERNA,
MALATTIE IMMUNO-ALLERGICHE
E RESPIRATORIE**

Direttore: Dr. Floriano Bonifazi

SEMINARI DI DIPARTIMENTO DEL SABATO

**con partecipazione attiva dei Medici
di Medicina Generale**

25/03/2006

Le Vertigini periferiche

10/06/2006

Valutazione funzionale pre-operatoria
del paziente candidato a resezione polmonare
Chirurgia videotoroscopica uniportale
nella diagnosi e nel trattamento della patologia
pleuro-polmonare e mediastinica

1/07/2006

Integrazione Ospedale territorio nella gestione
dello scompenso cardiaco cronico instabile

09/09/2006

Sindrome orticaria-prurito
Febbre persistente: che fare?

14/10/2006

Nuove tecnologie in Pneumologia
Interventistica; Inquadramento clinico
e terapeutico delle Polmoniti

28/10/2006

Update su allergia a farmaci

11/11/2006

Embolia Polmonare

16/12/2006

Farmaci biologici e malattie autoimmuni
Razionalizzazione delle richieste
degli esami immunologici

Sede Università-Aragosta
sabato mattina (ore 9.30-12.30) crediti ECM
Per informazioni telefonare ai numeri
071 5963254 - 071 5963175



**MEDICINA
LEGALE
ASSICURATIVA**

GIORNATE DORICHE
2006
ANCONA
13-16 giugno

Facoltà di Economia "Giorgio Fuà"
**UNIVERSITÀ POLITECNICA
DELLE MARCHE**

Terzo Convegno nazionale di
Medicina Legale Assicurativa,
promosso dall'Istituto
Nazionale di Previdenza Sociale
con il patrocinio dell'Università
Politecnica delle Marche

INPS
Direzione regionale Marche

INPS
con il patrocinio della



Allo evento sono stati
assegnati **14 crediti ECM**

La quota di iscrizione
è di euro 120 + IVA

Segreteria organizzativa:
Promozione Viaggi
tel. 071 202123

PRESIDENTE: G. Muzzonigro



6 Luglio 2006
Hotel Jolly
Ancona

1° riunione annuale SIA
Sezione Interregionale Marche, Emilia Romagna
e Repubblica di San Marino

FERTILITA'
e SESSUALITA'
I grandi temi dell'Andrologia

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
CONGREDIOR - Ancona
Tel 071 2071411 - Fax 071 2075629
www.congredior.it - info@congredior.it

medici & medici



www.ordinemedici.ancona.it
segreteria@ordinemedici.ancona.it