

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. 14 - Marzo 2007
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

14
MARZO

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



INFORMAZIONI

- *Dove va la Pediatria*
- *Pronto Soccorso ingiustamente maltrattato*
- *Ticket in Pronto Soccorso*

BUONA SANITA'

- *Urologia e malattie tumorali dell'apparato urinario e genitale maschile*
- *8 marzo 2007 Giornata Mondiale del Rene*
- *Ulteriori progressi della Sanità Anconetana*

Marzo 2007

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 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 **MARZO 2007** sono:

DOMUS TASSO FISSO			DOMUS TASSO FISSO		
DURATA MUTUO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO	DURATA MUTUO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO
5 anni	4,94%	18,84	20 anni	5,39%	6,82
10 anni	5,10%	10,66	25 anni	5,63%	6,22
15 anni	5,21%	8,02	30 anni	5,73%	5,82

DOMUS TASSO VARIABILE		
DURATA MUTUO	TASSO	RATA MENSILE PER MILLE EURO (*)
5 anni	EURIBOR 1 M. + 0,90%	18,71
10 anni	EURIBOR 1 M. + 0,95%	10,46
15 anni	EURIBOR 1 M. + 1,00%	7,78
20 anni	EURIBOR 1 M. + 1,10%	6,51
25 anni	EURIBOR 1 M. + 1,30%	5,87
30 anni	EURIBOR 1 M. + 1,40%	5,46

(*) Euribor 1 mese rilevato il 27/02/2007 pari al 3,745%

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 Petruzzini
Giuliano Rocchetti

Revisore dei conti supplente
Maria Meleti

Commissione Odontoiatrica
Federico Fabbri
Tiziana Giampaoli
Francesco Montecchiani
Augusto Sertori
Stefano Tucci

In copertina:
Ancona, panorama dal Duomo

Questo numero è stato chiuso il
9 marzo 2007
Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa

EDITORIALE

<i>Relazione del Presidente</i>	
<i>Assemblea degli iscritti del 07-12-06</i>	4

INFORMAZIONI

<i>Dove va la Pediatria</i>	6
<i>Pronto Soccorso ingiustamente maltrattato</i>	8
<i>Assurda proposta di Modifica della</i>	
<i>Visita Medico Sportiva Agonistica</i>	9
<i>Ticket in Pronto Soccorso</i>	11
<i>Prescrizione di esami diagnostici: regole</i>	
<i>comuni per migliorare l'appropriatezza</i>	12
<i>Questo articolo nasce da una</i>	
<i>conversazione telefonica</i>	13
<i>Appunti sulla pubblicità sanitaria</i>	15
<i>Progetto "Cibo e salute"</i>	16

RUBRICA GIOVANI

<i>Consulta Specializzandi SItI</i>	18
<i>L'impegno degli Ordini e della FNOMCeO</i>	
<i>a favore degli Specializzandi</i>	19

BUONA SANITA'

<i>Urologia e malattie tumorali dell'apparato</i>	
<i>urinario e genitale maschile</i>	20
<i>8 marzo 2007 Giornata Mondiale del Rene</i>	23
<i>L'adolescente. Il medico di famiglia e il disagio</i>	
<i>giovanile: depressione e disturbi correlati</i>	25
<i>Ulteriori progressi della Sanità Anconetana</i>	28
<i>Mai più bambini sordi</i>	29

CONGRESSI, CORSI, INIZIATIVE

30

Relazione del Presidente Assemblea degli iscritti del 07-12-06

di Fulvio Borromei - Presidente OMCEO di Ancona

Care Colleghe e Colleghi, per me è sempre un piacere vivere questo momento istituzionale con gli iscritti, perché mi permette di entrare in contatto diretto con voi, parlarvi di progetti, fare il punto della situazione della nostra istituzione.

Lo vivo come un evento di valore per cui incomincio a pensare a come formulare le mie idee, esprimere le mie conoscenze e come trasmettervele.

Di solito vi parlo dei progetti e delle iniziative realizzate, di cui possiamo vantarci come le recenti pubblicazioni (Bioetica e Filosofia della Medicina e OMCEO di Ancona la Sua Storia).

In questa circostanza la mia relazione sarà fondata su riflessioni e sulla narrazione di ciò che è accaduto e di ciò che sta accadendo in questo momento nella vita politica e sociale che riguarda il mondo medico tutto e le nostre istituzioni e in particolare l'Istituzione Ordinistica.

Il Decreto Bersani prima e la legge Bersani poi si è inserita d'impeto nel cuore professionale ordinistico cancellando le tariffe minime professionali (tralaltro ferme al 1992) e modificando in parte la legge sulla pubblicità sanitaria.

Ma il dettato più singolare è che ha obbligato la categoria professionale a rivedere il codice deontologico e sue implicazioni entro e non oltre il 31/12/06, imponendo di fatto e nella tempistica ciò che da sempre è di prerogativa professionale. Tutto ciò è avvenuto senza concertazioni di sorta, facendo trovare la professione di fronte al fatto compiuto.

Nel nuovo mandato ricevuto, dopo le ultime elezioni ordinistiche che vede alla presidenza il dr. Amedeo Bianco presidente OMNCEO di Torino e medico ospedaliero, il Comitato Centrale si era prefisso un programma che, per quanto riguarda la Riforma degli Ordini, era quello minimale di rivedere il regolamento attuativo ex DPR 221/50, per poi proseguire con più calma nella riforma generale.

L'accelerazione data dagli eventi legislativi ci ha imposto un più gravoso compito, cioè quello di lavorare per un progetto complessivo di riforma della disciplina giuridica delle professioni intellettuali e del sistema ordinistico professionale.

Il Comitato Centrale e il Consiglio Nazionale hanno vissuto sconcerto e amarezza per il metodo adottato per cui si è dovuto scegliere in fretta una strategia da applicare; dopo ampia discussione

nazionale si è deciso di seguire il metodo di argomentare le buone ragioni, dando prova che la professione medica è una professione particolare, peculiare e il Consiglio Nazionale FNOMCEO ha ritenuto e riteneva che questo fosse il metodo più consoni alla nostra storia di professionisti.

E' del 01/12/06 il primo via libero in Consiglio dei Ministri al disegno di legge per la riforma ordinistica che poi affronterà l'iter Parlamentare.

Riporto alcune dichiarazioni di stampa: Il Guardasigilli On. Mastella dice: "Nessun terremoto per gli ordini e collegi esistenti, nessuna volontà di abolirli, ma soltanto la necessità di procedere ad una loro riorganizzazione eventualmente attraverso accorpamenti per gruppi omogenei...".

Sempre nel disegno di legge (articolo 2 comma 1 lettera d) troviamo scritto: "Per gli ordini, albi, collegi, per cui non ricorrono specifici interessi pubblici sarà possibile la trasformazione in associazioni".

Non voglio addentrarmi nella normativa ma mi chiedo: sarà finalmente compreso che LA PROFESSIONE MEDICA in senso lato è una professione veramente diversa dalle altre?

Che il nostro Ordine non è mai stato un paletto ostativo all'ingresso di nuovi iscritti? E che quindi non ha mai rappresentato l'espressione di una casta chiusa e privilegiata?

Permettetemi una nota pessimistica. Credo proprio di no.

Sono molti i segnali che ho visto in passato e quelli che intravedo nel presente per essere scettico. Ci troviamo ormai di fronte ad una società secolarizzata dove il materialismo prevale su ogni considerazione di ordine etico, deontologico, dove sempre più si chiede al medico di essere una entità morale che la stessa società dall'altra ormai rinnega.

Tutto vuole essere regolato da norme e leggi dimenticando che più aumentano queste, minore è l'empatia etica che dovremmo approfondire nella nostra professione, andando verso una deriva difensiva dalla quale dobbiamo essere guardinghi per non perdere il senso del nostro impegno civile, umano, professionale.

Noi medici dobbiamo essere seri, preparati, responsabili, etici al di sopra del contingente. Dobbiamo svolgere con abnegazione il nostro ruolo, non facendoci coinvolgere da un materia-

lismo distruttivo, non siamo operatori ma discendenti di Ippocrate ed abbiamo il dovere di esserlo, costi quello che costi.

Fatto ciò poi possiamo accampare i nostri diritti in una società dove questi sono cresciuti a dismisura, dimentichi che nascono innanzitutto dai nostri doveri.

Visione anacronistica? Forse.

Oggi voglio seguire la mia anima e liberarla in un colloquio con voi, visto che costantemente la Ragione è offuscata dai fatti.

Sono presenti oggi medici che hanno svolto onorevolmente la loro professione e giovani che vi entrano dopo lunghi anni di studio e di lavoro, dove IL DOVERE per raggiungere lo scopo è stato il fondamento degli uni e degli altri.

Sono molte le occasioni per abdicare nella nostra vita quotidiana e professionale, ma abbiamo il dovere di continuare a lavorare con impegno per essere punto di riferimento dei cittadini, anche se fosse uno soltanto. Dobbiamo ricostruire una alleanza che non c'è più.

Noi non abbiamo timore di liberare la professione dalle incrostazioni del tempo, ma non possiamo adoperare, per farlo, il binomio: regole di mercato e cittadino consumatore.

Non che il mercato non abbia la sua importanza, ma è innaturale applicarlo alla salute perché il cittadino non deve consumare nulla, deve solamente crescere in cultura sanitaria, per conservare lo stato di salute, ridurre così le asimmetrie presenti tra il professionista e il paziente.

Questo deve essere consapevole del progetto salute che lo riguarda, dando un contributo fattivo nell'attenersi alle indicazioni condivise, che sono tanto importanti quanto i provvedimenti terapeutici necessari.

Lo stile di vita non è un optional applicabile o meno, è invece un tutt'uno con gli atti di cura e terapia.

Dicendo questo non voglio sicuramente riproporre un modello neopaternalista ormai superato e inefficace per raggiungere obiettivi di salute.

Mi auspico un confronto condiviso su ciò che produce salute e ciò che non la produce.

Anche le risorse sanitarie debbono essere utilizzate con appropriatezza e voglio volutamente in questo caso adoperare il termine UTILIZZARE per demonizzarne l'utilizzo e approdare invece ad un sistema adeguato agli obiettivi che ci siamo proposti per quel determinato paziente nelle condizioni sociali in cui vive.

Mi piace la proposta che il Presidente FNOM-CEO dr. Amedeo Bianco ha fatto e cioè di garantire i Livelli Essenziali Formativi e un ruolo attivo ordinistico in tutte le regioni italiane, perché altro tema ancora in piedi e da affrontare compiutamente è quello delle ECM.

Abbiamo assistito in questi anni di sperimentazione a tentativi autorevoli di formazione professionale, ma anche ad un sistema di CREDITERIA realizzata da soggetti non sempre abilitati a svolgere questo ruolo.

Mi piacerebbe vedere realizzato un sistema ECM premiante legato a progetti aziendali e/o regionali e/o nazionali che individuino degli obiettivi di salute per i cittadini, dove i medici partecipino con la loro professionalità al raggiungimento dei risultati previsti.

Mi auspicherei un sistema finanziato dallo Stato riconoscendogli così di fatto quella importanza che tanto viene enunciata.

Purtroppo abbiamo creato ventuno sistemi formativi regionali diversi uno dall'altro dove in alcune regioni L'ORDINE PROFESSIONALE è ben collocato nel sistema, rappresentando adeguatamente la professione, mentre in altre ha scarsa voce in capitolo.

In questa regione la nostra ISTITUZIONE si è sempre adoperata per catalizzare ogni processo professionale che permettesse di far funzionare al meglio il nostro sistema sanitario (come per la realizzazione dell'Esame di Stato) e ci auspichiamo che perlomeno in futuro questo lavoro non venga disperso e le Istituzioni Regionali ne tengano conto.

Abbiamo assistito ad indebite ingerenze di finanziarie, poi rivisitate, sui nostri capitoli di spesa, impedendoci di fatto a volte di utilizzare la nostra economia autonoma e non sovvenzionata pubblicamente, per progetti istituzionali.

Non posso a conclusione di questa mia relazione non menzionare la vicenda ONAOSI.

Questo Ente meritorio nato nel 1901, in seguito ad un emendamento della recente finanziaria, si potrebbe trovare in futuro in serie difficoltà di sopravvivenza. Fatto certamente grave.

Come potete comprendere non sempre la ragione e il buon senso fondate sulla storia, sull'analisi seria dei fatti hanno la meglio.

Per cui diventa a volte difficile argomentare facendo riferimento a questi principi.

Proprio per questo sono preoccupato; ci attende una lunga marcia, dove il senso di appartenenza, la giusta causa e la consapevolezza e la responsabilità del nostro ruolo devono farci da corazza per procedere comunque.

Inoltre il Presidente ricorda i colleghi defunti nell'anno 2006 che sono stati: il dr. Berti Giuseppe, il dr. Luzi Luigi, il dr. Manciforte Serafini Giancarlo, il dr. Passarini Goffredo, il dr. Arduini Andrea, il dr. Grati Graziano, il dr. Grechi Giuseppe, la dottoressa Bolzonetti Paola, il dr. Melchiorri Domenico, il dr. Antognini Franco. Rivolge inoltre un saluto augurale di pronta guarigione per tutti i colleghi ammalati.

Dove va la Pediatria (e dove dovrebbe andare un Ospedale Materno-Infantile)

di Fernando Maria de Benedictis

Direttore U.O.C. Pediatria Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione "G. Salesi" Ancona

In un'ottica indirizzata alla realizzazione di un ospedale specializzato materno-infantile del futuro (ma dobbiamo davvero crederci ad Ancona?) non si può non rivolgere uno sguardo al passato. Il futuro della pediatria è infatti nella sua storia.

Nel corso dei secoli la medicina è notevolmente cambiata, sia per l'interesse sempre maggiore rivolto ai problemi di salute (e non solo a quelli di "malattia"), sia per l'aumento delle conoscenze scientifiche e il progressivo sviluppo dei mezzi di diagnosi e cura. Tuttavia, mentre per la medicina dell'adulto l'oggetto non è cambiato - il malato e la malattia sono più o meno gli stessi oggi come ieri -, per la pediatria, il cui oggetto è rappresentato da un individuo in evoluzione, si è assistito a trasformazioni radicali.

La pediatria nasce formalmente agli inizi del secolo scorso e prende corpo in un momento storico, scientifico e filosofico estremamente complesso. Nonostante l'esistenza di validi presupposti teorici, una concezione abbastanza solida dell'infanzia - e forse anche della vita - non si era ancora formata nella coscienza dei più: l'evento della nascita e del periodo perinatale continuava ad essere avvolto nell'alone del rischio, la condizione di salute del bambino era precaria, vigeva un'elevata mortalità, un senso di compassionevole rassegnazione accomunava medici e genitori di fronte a patologie ritenute, non sempre a ragione, incurabili. Con il miglioramento delle condizioni igienico-ambientali e dello standard di vita della popolazione, una diversa presa di coscienza dell'intervento medico nei confronti dell'individuo in età evolutiva ha delimitato il panorama di competenza del "pediatra" e ha permesso l'inizio del declino della mortalità infantile.

La pediatria è una scienza medica e, come tale, cambia in funzione del progresso. Così come altre realtà legate alla tecnologia, la medicina e la pediatria negli ultimi 30 anni sono cambiate con un ritmo significativamente più veloce di quello del passato. Tuttavia in questo periodo i cambiamenti della pediatria, per motivi insiti nella natura stessa dell'essere umano, per le ripercussioni di un'autentica rivoluzione biomedica-

ca-pediatrica, per le campagne di prevenzione e i programmi di vaccinazione di massa, ed anche per i maggiori investimenti nel settore materno-infantile, sono stati più vistosi che per ogni altra branca del sapere medico. In pratica è cambiato radicalmente il "bisogno di salute" del soggetto in età evolutiva. Questa è certamente una delle ragioni per cui la Pediatria si presenta ancora oggi come la più dinamica tra le specialità mediche: è infatti abituata ad andare continuamente in crisi (*krisis* = decisione, scelta, cambiamento) ed ogni crisi la costringe ad una continua rifondazione di se stessa. Inoltre, poichè l'oggetto della sua indagine - il bambino - è un'entità in continua evoluzione che obbliga a una visione dinamica della realtà, il pediatra è "per natura" più predisposto ad affrontare il cambiamento. Ciò ha risvolti di notevole importanza in ogni contesto, organizzativo e programmatico, che consideri il pediatra al centro del sistema in cui egli si muove o esercita la propria operatività.

Il notevole progresso della ricerca scientifica ha permesso di spiegare su base genetica e biochimica la variabilità clinica e fenotipica di molte malattie pediatriche (asma, sindromi neurodegenerative, etc.) e di ipotizzare conseguentemente comportamenti medici non aprioristicamente generalizzati. Diversamente da quello che molti sono portati a pensare, la nuova pediatria proiettata verso un futuro di trattamenti "personalizzati" ha grande necessità di valorizzare le proprie radici storiche in chiave euristica. Nella pediatria che cambia, prima di ipotizzare nuovi modelli comportamentali, bisogna però avere la consapevolezza morale del problema che si affronta, conoscere la realtà dei bisogni emergenti e saper indovinare quelli che verosimilmente emergeranno in un prossimo futuro.

Una sintesi orientativa dei cambiamenti cui è andata incontro la Pediatria (e conseguentemente i pediatri) nell'ultimo trentennio potrebbe essere tentata come segue:

- vecchie malattie sono scomparse (poliomielite, difterite) o potrebbero presto scomparire (morillo, rosolia, malattie carenziali);
- nuove malattie compaiono (AIDS, tossicodi-

pendenze, nuove allergie, sofferenze da disadattamenti socio-ambientali, patologie da TV o da elettronica);

- malattie virtualmente quasi dimenticate (TBC, malaria) ricompaiono, soprattutto come conseguenza dei nuovi flussi migratori;
- malattie a prognosi infausta non sono, per lo meno in senso assoluto, più tali (oncematologiche, genetiche), oppure hanno avuto sensibili miglioramenti della loro storia naturale intesa come durata e qualità di vita (fibrosi cistica, malattie neuromuscolari);
- nuove tecniche diagnostiche (diagnosi prenatale, screening prenatali e/o per le famiglie "a rischio", tecniche di immagine non invasive) hanno radicalmente modificato l'approccio ai problemi clinici, grazie a biotecnologie a dir poco straordinarie;
- nuove modalità terapeutiche (terapia genica, trapianto di cellule staminali), di supporto intensivo (neonato, paziente critico) e chirurgiche (chirurgia neonatale o in utero, chirurgia di elevata specializzazione) permettono di mantenere la vita, ma creano inevitabilmente nuovi bisogni (interventi riabilitativi) e nuove problematiche bioetiche;
- nuove realtà sociali e socio-culturali richiedono modelli rinnovati di assistenza (immigrazione, adolescenza, rischi dell'attività sessuale).

Su queste basi - non c'è dubbio - va ipotizzato un ospedale specializzato che voglia davvero farsi carico dei bisogni di salute dell'individuo in età evolutiva. Ed è in questo esclusivo e tutt'altro che marginale contesto culturale che un ospedale dedicato al bambino trova la sua sfida. Per rendersi visibile all'esterno e per soddisfare i bisogni dell'utenza (**"Mission"**), un ospedale materno-infantile di eccellenza deve imporsi precisi obiettivi, la cui individuazione risponde a un'etica (equità), a valori (integrazione) e a intenti (promozione della salute) ispirati anche alla Carta dei Diritti del Bambino Malato. Tra questi principi ispiratori è importante ragionare non solo in termini di diagnosi e cura, ma anche di:

- umanizzazione, intesa come centralità del bambino e della famiglia;
- efficienza degli specialisti e loro elevata credibilità professionale;
- formazione continua, rivolta a tutto il team assistenziale;
- integrazione tra assistenza, ricerca e formazione;
- collaborazione - più che concorrenza - per

migliorare gli strumenti assistenziali ed implementare progetti comuni;

- "apertura mentale", che si traduce nel lavoro di gruppo su obiettivi condivisi, nella interdisciplinarietà, nello scambio, confronto e integrazione tra professionalità interne (specialisti nel settore) ed esterne (pediatri di libera scelta) all'ospedale, evitando individualismo e solipsismo, ma valorizzando le potenzialità dei singoli professionisti nel rispetto delle loro caratteristiche.

Per il raggiungimento degli obiettivi è indispensabile credere in una visione comune e condivisa, indirizzata a soddisfare prioritariamente le esigenze dell'assistito. In pratica, avere davvero la capacità di porre il paziente al centro del sistema, spostando la focalizzazione dall'unità operativa, intesa quale struttura erogatrice di prestazioni specialistiche, ai processi produttivi dell'ospedale. Ridisegnare concettualmente, dunque, un nuovo modello organizzativo dell'ospedale pensato sui bisogni di chi chiede e non già su quelli di un'Istituzione egoisticamente orientata su se stessa. In questa ottica l'ospedale materno-infantile del futuro non è quello delle degenze ma quello dei servizi. Il rispetto di questo principio deve tradursi non solo nella semplicistica riduzione del numero dei posti letto in ricovero ordinario e nella implementazione delle attività di day hospital e dei servizi ambulatoriali, ma in una reale volontà al potenziamento in termini di risorse. Ma dobbiamo davvero crederci ad Ancona?

Bisogna avere la forza di credere nei principi. Ogni azione indirizzata al cambiamento riduce la zona di certezza, intacca le aree di autonomia, impone la condivisione delle scelte e obbliga a rimettersi in gioco. Se si riesce a superare la difesa sterile dei privilegi individuali o legati all'Istituzione, se non si insinuano logiche lontane dai veri bisogni del bambino e se questi principi non restano confinati sul piano meramente concettuale ma si traducono in azioni, è possibile davvero realizzare la **"Vision"** di un ospedale materno-infantile: assumere ruoli tecnici (Ministero della Salute, Assessorati Regionali, Società Scientifiche, etc.) e sviluppare alleanze sia all'interno dell'organizzazione sia all'esterno nel contesto nazionale e internazionale, al fine di migliorare l'offerta dei servizi per la salute in un'ottica di processo continuo, caratterizzato dal raggiungimento di risultati e dalla individuazione di nuovi obiettivi. Senza dimenticare di dover permettere al bambino di "varcare la soglia del nostro ospedale senza avere paura". Ma questo ospedale ideale sarà davvero il "Salesi"?

Pronto Soccorso ingiustamente maltrattato

di Stefano Polonara

SOD Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza Ospedali Riuniti di Ancona

Da sempre, ma negli ultimi anni in particolare, sui mass-media compaiono denunce sull'inedeguatezza del Pronto Soccorso confondendo spesso le attese o un'accoglienza strutturalmente carente con la qualità delle cure prestate e con la professionalità degli operatori, colpevolizzando medici e infermieri che spesso sono anch'essi vittime di responsabilità altrui. Spesso l'insoddisfazione dei pazienti non è legata alla qualità delle cure ricevute ma al ritardo con cui le stesse sono erogate e ai disagi dell'attesa che influiscono negativamente sulla qualità percepita.

I Pronto Soccorso sono sempre più sovraffollati, stretti tra un territorio che non riesce più a svolgere una adeguata funzione di filtro e un ospedale con sempre meno posti letto per acuti.

Negli anni 80 le statistiche evidenziavano che nell'arco di una vita ogni cittadino si recava in PS da 2 a 3 volte; i dati a disposizione negli ultimi 5 anni indicano che da 1/3 a 1/2 della popolazione, a seconda che si tratti di aree rurali o metropolitane, si rivolge ogni anno al Pronto Soccorso.

Quali le cause di questo massiccio ricorso al Pronto Soccorso:

- L'invecchiamento della popolazione con maggiori necessità da parte dell'anziano di ricorrere al sistema dell'emergenza.
- Il bisogno maggiormente sentito dalla popolazione di avere risposte in tempi brevi alle proprie necessità sanitarie urgenti, vere o presunte, consapevole che l'unico modo per ottenere tempestivamente molti degli esami strumentali più in uso è il ricorso al Pronto Soccorso.
- Il mutato concetto di salute non più inteso come salvaguardia della vita ma come eliminazione dei sintomi o del semplice sospetto di malattia.
- La consapevolezza di trovare 24 ore su 24, solo in Pronto Soccorso, una risposta esauriente e a basso costo ai propri bisogni sanitari, tanto più se si appartiene a categorie socialmente deboli.
- L'aumento della traumatologia legata alle mutate abitudini di vita della popolazione.

Contribuisce al sovraffollamento l'allungamento dei tempi di processo all'interno del Pronto Soccorso, cioè il periodo che intercorre tra l'inizio della valutazione medica e l'eventuale ricovero o dimissione, attese a volte lunghe per la complessità delle patologie da affrontare, per i tempi delle consulenze e della esecuzione e refertazione radiologica, per la non disponibilità in alcune strutture della diagnostica radiologica e di laboratorio nell'arco delle 24 ore e per la non disponibilità di posti letto per il ricovero, il tutto aggravato da spazi architettonici spesso angusti e "comfort" inadeguato.

Nella maggior parte degli ospedali, al di fuori dei dipartimenti di emergenza, è molto scarsa la "cultura dell'urgenza", ogni unità operativa considera i posti letto di cui è dotata propri, non a disposizione di tutti i pazienti ed ecco che il ricovero cosiddetto programmato viene spesso prima del ricovero d'urgenza. Tutto ciò è fonte di conflittualità tra i medici di Pronto Soccorso e i colleghi dei reparti di degenza e di dispendio di tempo utilizzato in questa estenuante ricerca-contrattazione.

Nella regione Marche non sono stati sicuramente applicati gli articoli 16 e 22 della legge regionale 36/98 sul Sistema di Emergenza Sanitaria che prevedono una riserva di posti letto per l'urgenza.

Negli ospedali, pochi in verità, in cui l'urgenza ha la precedenza sull'elezione, ecco che subentrano altri problemi a rendere difficile la vita di chi opera in Pronto Soccorso e dei pazienti che vi affluiscono: spesso i letti di terapia intensiva e sub intensiva sono pochi, a volte sono occupati da pazienti non più intensivi ma che non è possibile trasferire perché gli ospedali periferici hanno difficoltà ad accoglierli, perché i pazienti rifiutano di essere trasferiti, perché i letti nelle unità operative di Medicina sono insufficienti e pieni di pazienti anziani che, risolta la fase di acuzie, dovrebbero essere trasferiti in reparti di lungo-degenza o al proprio domicilio, supportati da un'adeguata assistenza domiciliare: ecco che la catena si blocca e il paziente staziona ore in

Pronto Soccorso, con disagio per lo stesso, impegno di risorse assistenziali e indebolimento delle capacità operative della struttura. Questa situazione, già difficile nei periodi ordinari, diviene a volte drammatica in presenza di eventi straordinari, ma sicuramente prevedibili, come l'epidemia influenzale o il protrarsi di temperature elevate nel periodo estivo.

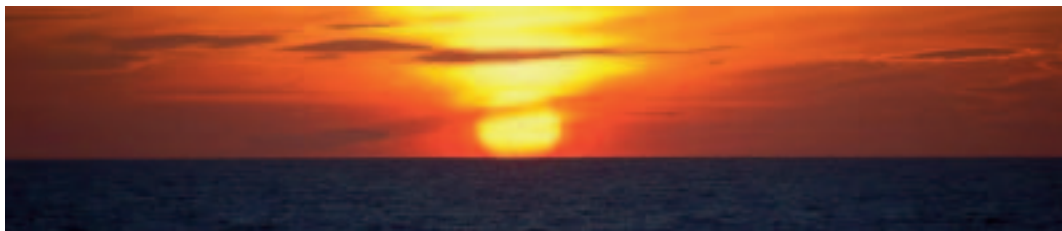
Da non sottovalutare infine che il numero eccessivo di pazienti da visitare, la difficoltà dei rapporti con i colleghi delle altre unità operative e la consapevolezza di essere colpevolizzati per carenze non proprie sono fonte di notevole stress per gli operatori e causa dell'elevato turn-over del personale dei Pronto Soccorso.

Quali le soluzioni:

- Maggiore integrazione tra ospedali e tra ospedale e territorio.
- Miglioramento e ampliamento, dove necessario, degli spazi per l'accoglienza, la diagnosi e il trattamento in Pronto Soccorso (organici adeguati, sale di attesa dimensionate all'afflusso, diagnostiche radiologiche e di laboratorio adeguate e disponibili h24, letti di osservazione breve intensiva e medicina d'urgenza).

- Adeguata disponibilità di posti letto per l'urgenza, dimensionati ai bisogni epidemiologici della popolazione afferente, e istituzione di regolamenti che prevedano il controllo e l'eventuale blocco dei ricoveri ordinari qualora non siano garantiti i letti per l'urgenza.
- Definizione di percorsi e attivazione di strutture per la post-acuzie.
- Accesso diretto agli ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali con richiesta motivata urgente del medico di famiglia.
- Utilizzo dei mass media per fornire alla popolazione informazioni sul corretto utilizzo del Pronto Soccorso.
- Riappropriazione da parte del medico di famiglia del ruolo centrale all'interno del SSN incentivando la medicina di gruppo e attivando percorsi o strutture che consentano al cittadino un rapido accesso alla tecnologia.

Di queste soluzioni alcune richiedono tempi lunghi e leggi ad hoc che auspichiamo vengano emanate quanto prima, altre potrebbero essere attuate in tempi brevi, se solo ci fosse la volontà di farlo, altre ancora sono già attive in alcune realtà con grande soddisfazione degli operatori e degli utenti.



Assurda proposta di Modifica della Visita Medico Sportiva Agonistica

di Fabio Santelli

Presidente Regionale Federazione Medico Sportiva Italiana

Con il presente articolo esprimiamo a nome di tutti i Medici dello Sport Marchigiani, la totale ed assoluta contrarietà alla proposta che sarà discussa prossimamente nella riunione della Commissione Salute delle Regioni relativa alle modifiche della Visita Medico sportiva Agonistica: In tale proposta caldeggiata da tre rappresentanti Regionali (Veneto, Toscana, Provincia autonoma di Bolzano) facendo riferi-

mento ad un dossier dalla faziosa provenienza e di non comprovata validità scientifica, si cerca di modificare l'attuale normativa nazionale sulle visite medico sportive agonistiche; in particolare alzare la validità della certificazione da uno a due anni, eliminare l'esame della spirometria, e regolamentare per tutti gli sport senza distinzione di sesso o disciplina sportiva l'inizio di tale visita a 12 anni di età.

Le motivazioni della nostra assoluta contrarietà sono numerose, tra le principali ricordiamo:

- La visita Medico sportiva agonistica rappresenta nel nostro Sistema sanitario, il primo ed unico screening, essendo venute meno la visita medica scolastica e la visita di Leva per i maschi. La visita medico sportiva di idoneità offre la possibilità di evidenziare tante piccole patologie e quindi provvedere a correggerle (ad esempio obesità, diabete, sindromi metaboliche, aritmie cardiache, varicoceli, visus ridotti, scoliosi, allergie ecc.), che comunque non costituiscono causa di non idoneità, ma proprio perché prese in tempo possono essere segnalate al Medico di Medicina generale o al Pediatra, o seguite anche dal Medico Sportivo. La visita sportiva rappresenta un intervento utilissimo per la salute ed un risparmio per la spesa sanitaria, grazie al monitoraggio effettuato con la visita annuale della popolazione giovanile.
- Nella fascia di età tra i 10 e i 18 anni (con differenza tra i sessi) avvengono delle trasformazioni fisiologiche importanti, dovute alla tempesta ormonale, per cui il controllo Medico Sportivo in affiancamento a quello di Medicina Generale o del Pediatra, è fondamentale per la valutazione dei benefici di uno sport o di uno sport rispetto ad un altro (compito basilare del Medico Sportivo, che non può demandato, o rivalutato ogni due anni). Basti pensare che in due anni in quella fascia di età ci può essere uno sviluppo staturale che varia dai 10 ai 30 cm, una bambina diviene donna ed un fanciullo un ragazzo.
- Le linee guida ufficiali della Comunità scientifica, non solo di Medicina dello Sport, ma di Cardiologia, Pediatria, Endocrinologia, Pneumologia, stabiliscono l'annualità come limite massimo di controllo (addirittura la Pediatria Americana suggerisce la semestralità).
- Tutte le Società di Cardiologia (ANCE-ANMCO-SIC-SICSPORT) insieme alla FMSI, Federazione Medico Sportiva Italiana, hanno prodotto le Linee Guida COCIS che rappresentano a tutt'oggi un documento scientifico (orgoglio Italiano) di riferimento Internazionale per le visite di idoneità sulla base dello sforzo cardio-polmonare in gara ed in allenamento e che sottolinea la periodicità annuale.
- Dal punto di vista Medico Legale, tutti i Medici sanno che per ogni contenzioso si fa riferimento alle Linee Guida Scientifiche Ufficiali, le quali sottolineano l'annualità come termine massimo di validità del certificato, quindi nessun Medico sportivo si assumerà la responsabilità morale e penale in caso di morti improvvise sui campi di gara.
- L'innalzamento indiscriminato a 12 anni dell'età minima per effettuare la visita medico sportiva agonistica per tutti gli sport, indipendentemente anche dal sesso, significa l'assoluta incompetenza del problema. Ogni sport, anzi ogni singola disciplina sportiva di un identico sport, dovrebbe avere una età specifica di inizio dell'attività agonistica, in base alle caratteristiche peculiari dello sport e del sesso degli atleti. A 12 anni di età le atlete di ginnastica e danza sono quasi a termine della loro carriera sportiva, mentre per la boxe i 12 anni sono troppo precoci.
- La Costituzione Italiana garantisce la tutela della Salute del Cittadino, quindi nessun motivo di tipo economico o politico può prescindere dal trascurare questo obiettivo, soprattutto quando la logica scientifica e la esperienza maturata nella più che decennale pratica quotidiana supportano tali convinzioni.
- La nostra presa di posizione non vuole essere un riconoscimento dell'evidenza medico-scientifica sull'ottusità burocratica, ma vuole invece rappresentare un profondo sentire sociale dei Medici Specialisti in Medicina dello Sport, che si trovano quotidianamente a contatto con le problematiche presenti sul territorio e che spesso vestono anche i panni di padri o madri.



Ticket in Pronto Soccorso

di Stefano Polonara

SOD Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza Ospedali Riuniti di Ancona

La legge finanziaria 2007 (L.27/12/2006, n.296, art1, comma 796, lettera p) ha emanato nuove disposizioni in materia di partecipazione (ticket) al costo per le prestazioni erogate in Pronto Soccorso.

La Regione Marche, con nota prot. 281053/S04/SOP/IP del 29.12.2006 ha fornito le prime indicazioni applicative e precisamente: **“Gli assistiti non esenti, ad eccezione di quelli di età inferiore ai 14 anni, sono tenuti al pagamento di una quota fissa di euro 25,00 per le prestazioni di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero la cui condizione è stata codificata come codice bianco, ad eccezione degli accessi al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti”**. In attesa che la Regione emani linee guida comuni, al fine di omogeneizzare il più possibile i comportamenti, si ritiene opportuno fornire alcuni chiarimenti:

- 1) In sede di triage l'infermiere deve informare il paziente della possibile compartecipazione al costo trattandosi di una patologia non urgente che avrebbe potuto essere trattata con procedure ordinarie: medico di famiglia, medico di continuità assistenziale (ex guardia medica), ambulatori distrettuali, specialistica convenzionata esterna.
- 2) Paga il ticket chi riceve al termine della valutazione in Pronto Soccorso un codice bianco da parte del medico che ha rilevato essere le condizioni cliniche del paziente non urgenti e pertanto trattabili mediante le procedure ordinarie specificate al punto 1.
- 3) Non sono soggetti al pagamento del ticket i pazienti ricoverati in OBI (Osservazione Breve Intensiva).
- 4) Non sono soggetti al pagamento del ticket gli assistiti di età inferiore ai 14 anni.
- 5) Elenco di situazioni che di norma sono soggette al pagamento del ticket:
 - Trauma lievi di qualsiasi genere e/o ferite superficiali che arrivano in Pronto Soccorso 12 ore dopo l'evento, escluse le fratture.
 - Dolori articolari cronici o cronici riacutizzati.
 - Odontalgie.

- Otalgie e tappi di cerume.
- Tonsilliti, faringiti, laringiti e bronchiti senza problemi respiratori o altre manifestazioni di gravità.
- Congiuntiviti.
- Febbre persistente da alcuni giorni, in assenza di segni clinici di gravità o altre complicazioni.
- Lievi disturbi dispeptici (dolore addominale, vomito, diarrea) in assenza di segni clinici di gravità.
- Dermatiti croniche e manifestazioni cutanee acute in assenza di segni clinici di gravità.
- Punture di insetto in assenza di manifestazioni generali.
- Ipertensione non complicata.
- Infezione delle basse vie urinarie non complicata.
- Dolori toracici atipici non associati ad altri sintomi in pazienti senza fattori di rischio cardiovascolare.
- Cardiopalmo soggettivo.
- Cefalea in assenza di segni neurologici di gravità.
- Astenia in assenza di segni clinici di gravità.
- Stato ansioso.



Prescrizione di esami diagnostici: regole comuni per migliorare l'appropriatezza

di Sergio Cascia, MMG

Esistono leggi dello Stato e regole deontologiche che regolano la materia delle prescrizioni che vengono spesso dimenticate.

L'Osservatorio ordinistico vuole riprendere questo argomento per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni da parte di tutto il mondo medico e poter stabilire, quindi, regole comuni condivise per raggiungere l'obiettivo. L'art. 51 dell'ACN 2005 afferma che il medico convenzionato prescrive sul ricettario del Ssn le richieste di indagini diagnostiche, visite specialistiche, proposte di ricovero ospedaliero e cure termali.

Secondo il comma 2 dell'art. 51, la richiesta di indagine, prestazione e visita specialistica deve essere corredata dalla diagnosi e dal sospetto diagnostico.

Il medico può formulare la richiesta di esame anche in assenza dell'assistito quando ritiene non necessaria, a suo giudizio, la visita del paziente. Lo specialista formula esauriente risposta al quesito diagnostico, indirizzandola al medico curante.

Il comma 5 dell'art. 51 afferma che qualora lo specialista ritenga opportuno richiedere ulteriori esami o altre consulenze specialistiche per dare risposta al quesito del medico curante, formuli direttamente le relative richieste sul ricettario del Ssn al cui uso il medico ospedaliero è abilitato.

Questa norma era già contenuta nell'art. 37, comma 5, del Dpr n. 270/2000 sia per consentire di individuare il medico prescrittore e la sua area di appartenenza e la relativa appropriatezza prescrittiva e per evitare agli assistiti il disagio di inutili andirivieni dall'ospedale al medico di famiglia.

E' compito delle rispettive Direzioni Sanitarie vigilare sul rispetto di questa normativa e regolamentare le prescrizioni indotte attraverso accordi interaziendali ospedale-territorio ai sensi dell'art. 49 dell'Acn 2005.

Nel caso delle prestazioni diagnostiche per la tutela della maternità e il monitoraggio della gravidanza ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità del 10 settembre 1998 (in GU n. 245 del 20.10.1998), secondo l'art. 1, comma

2, è obbligatoria la prescrizione diretta dello specialista con indicazione di diagnosi o sospetto diagnostico quando:

- 1) esami e visite sono necessari ad accertare eventuali difetti genetici nella coppia, se l'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto;
- 2) vi siano condizioni patologiche che comportano un rischio materno o fetale;
- 3) vi siano specifiche condizioni di rischio fetale indicate nell'allegato C del DM del 22 luglio 1996 in GU, supplemento ordinario n. 15 del 14 settembre 1996.

Dunque, per la tutela della maternità, la prescrizione dello specialista è espressamente obbligatoria in tutte le condizioni a rischio dove sia necessario richiedere esami e visite con la dovuta esenzione ticket specifica, sebbene tali indagini non siano invece comprese nelle tabelle ministeriali indicanti gli esami appropriati e quindi esenti ticket per il monitoraggio di ogni periodo della gravidanza normale. Ciò per evitare il rischio che il medico convenzionato si trovi a trascrivere con esenzione ticket esami indotti dallo specialista per cui non è dovuta l'esenzione, assumendosi così impropriamente anche una responsabilità contabile con obbligo di rifondere il danno alla Asl.

Appare chiaro che non è compito contrattualmente dovuto da parte del medico di medicina generale trascrivere esami richiesti dallo specialista pubblico dipendente. Pertanto lo specialista abilitato all'uso del ricettario del Ssn ha il dovere d'ufficio e il dovere etico di prescrivere direttamente gli accertamenti che ritiene necessari come parte integrante della sua prestazione. A maggior ragione il medico convenzionato non è tenuto a trascrivere esami o farmaci quando non ne condivide l'utilità, come pure lo specialista può rifiutarsi di eseguire richieste di accertamenti strumentali cruenti, di cui è responsabile, se li ritiene inappropriati o controindicati.

Nell'ambito di un corretto rapporto deontologico interprofessionale i MMG sono tenuti a specificare il sospetto diagnostico per cui si richiede l'esame e/o la prescrizione diagnostica o di laboratorio.

Questo articolo nasce da una conversazione telefonica...

di Lucia Graziosi, *Psichiatra e Psicoterapeuta*

Questo articolo nasce da una conversazione telefonica, avuta dalla sottoscritta recentemente con il Dott. Borromei, Presidente dell'Ordine Dei Medici di Ancona, al quale mi ero rivolta per avere delucidazioni sulla normativa riguardante i tanto famosi, ma non altrettanto discussi, ECM.

Mi ricordo che, quando cinque anni fa, venni a conoscenza della iniziativa della Formazione Continua in Medicina, rimasi piacevolmente sorpresa. Per me, che, durante gli anni della specializzazione, avevo avuto una frequentazione assidua della Clinica Universitaria, l'essere "obbligata" a partecipare a dei corsi di formazione attinenti alla mia professione, sembrava essere la cosa più ovvia e forse desiderata, soprattutto perché la mia condizione di libero professionista aveva limitato, negli anni, tale partecipazione. Immediatamente però mi chiesi se lo Stato, che, così solerte, ci obbligava a "formarci", metteva altrettanto diligentemente a nostra disposizione un oggetto quantitativamente e qualitativamente adeguato per la formazione richiesta. Inoltre mi sembrava ovvio sapere quale fosse la sanzione alla quale si andava eventualmente incontro nel non rispettare la normativa. Tuttavia, la risposta al primo quesito mi sembrò prioritaria, visto anche il numero progressivo di crediti pretesi nei cinque anni, che culminava nei cinquanta dell'ultimo anno. La difficoltà di trovare la risposta alla seconda domanda, mi sembrò ini-

zialmente legata soltanto alla mia scarsa conoscenza dell'argomento. Oggi posso tranquillamente dire che non esiste risposta che possa sanare quella mia ignoranza. E qui, si potrebbe già fare una prima osservazione sulla assoluta anticostituzionalità di tale normativa: non penso che rientri in una organizzazione democratica l'essere obbligati a rispettare una determinata norma, senza sapere che cosa si rischia se non la si adempie. Ma siamo soltanto all'inizio della mia riflessione.

Torniamo al problema della "caccia ai crediti". Mi resi subito conto che quasi tutti i corsi accreditati erano a pagamento: i meno costosi si svolgevano durante la settimana, i più costosi il fine settimana. Naturalmente per me, che sono un libero professionista, partecipare ad un corso infrasettimanale significava non solo non lavorare, ma svolgendo l'attività di psicoterapeuta e pertanto vedendo ciascun paziente a cadenza settimanale, l'assentarmi durante la settimana comportava disagi anche per i pazienti. I corsi gratuiti erano per un numero estremamente basso di partecipanti, massimo trenta, ma la gratuità era spesso legata al fatto che il partecipante veniva iscritto da una casa farmaceutica. Quindi ogni volta che tentavo l'iscrizione ad uno di questi corsi, mi sentivo rispondere che erano già completi. Inoltre in generale il numero dei crediti risultava essere inversamente proporzionale al numero dei posti disponibili, per cui, se riuscivo ad iscri-





vermi ad un corso grazie all'alto numero di possibili partecipanti, i crediti ottenuti erano due o al massimo tre. Se la matematica non è un'opinione, il quinto anno avrei dovuto andare a caccia di almeno venti o venticinque corsi di questo tipo. Non si sa come o perché per il quinto anno abbiamo ottenuto uno sconto e da cinquanta crediti siamo passati a trenta, ma rimangono tutti i problemi sopra elencati.

Altra considerazione importante: mi sembra di aver letto da qualche parte che lo scopo di questa iniziativa fosse spingere il singolo medico a tenersi aggiornato rispetto alla propria specializzazione, onde fornire ai pazienti una consulenza quanto più possibile professionale e competente. Ciascun medico sceglie, rispetto alla propria materia, i contenuti e le modalità con cui applicarla e, di conseguenza, tenendo conto dell'obiettivo della Formazione Continua, dovrebbe preferire quegli aggiornamenti che gli consentono di migliorare quei contenuti e quelle modalità. Ma che succede se questi corsi non danno crediti? Il solerte medico si troverà costretto a partecipare a convegni che poco hanno a che fare con la sua pratica medica quotidiana.

Facciamo un passo avanti: immaginiamo di essere riusciti ad iscriverci ad un corso accreditato. Ascoltiamo gli interventi e alla fine compiliamo il famoso test di valutazione e la scheda che registra le nostre riflessioni su quel determinato corso. Quest'ultima viene compilata, di solito, in totale automatismo e sfido qualcuno a dirmi di aver registrato in tale scheda un parere negativo nei confronti dei contenuti espressi durante gli interventi. Per quanto riguarda il test di valutazione, ho avuto diverse esperienze: in alcuni corsi, consegnato il test, mi sono ritrovata in mano il foglio con i crediti già stampati, in altri casi i crediti sono arri-

vati per posta dopo un anno circa dalla data del corso, in altri casi non sono mai arrivati. In queste condizioni, diventa veramente complicato sapere quanti crediti si sono "racimolati" per ogni anno.

Aggiungo un'altra importante considerazione alla lista. Lavorando ad Ancona ed essendo iscritta all'Ordine dei Medici di Ancona, in questi anni ho ricercato corsi attinenti alle problematiche più frequentemente incontrate nella mia attività di psichiatra-psicoterapeuta, che si svolgessero nella mia regione. L'insufficienza di tali corsi rispetto al numero di crediti richiesti per ogni anno, mi ha spesso portato in altre regioni, ma, in questo caso, per molti convegni il numero di posti previsto per "gli oltre frontiera" corrisponde di solito soltanto ad un 25% del numero totale. Senza contare che la partecipazione ad un convegno di due giorni in un'altra regione comporta inoltre la sistemazione alberghiera. Quest'ultima si va ad aggiungere al costo del corso, alla mancata retribuzione che l'assentarsi dal proprio lavoro comporta per il libero professionista, al disagio creato ai pazienti e magari anche allo scarso interesse per gli argomenti trattati. Unica contropartita... i crediti ottenuti.

Vorrei concludere con una precisazione: ritengo che, per ogni medico, l'aggiornamento continuo sia un dovere che egli ha verso se stesso, verso il paziente e verso la ricerca medica in generale. Penso, tuttavia, che l'identità medica sia sufficiente a garantire la responsabilità e l'autonomia, che ogni specialista deve avere in tale formazione.

Nel momento in cui lo Stato si assume il compito di stabilire le regole di tale aggiornamento, si deve assumere anche il compito di fornire la possibilità reale e indiscriminata di realizzare tale formazione.

Appunti sulla pubblicità sanitaria

di Federico Fabbri

Presidente Commissione Odontoiatrica Provincia di Ancona

Cari colleghi, mentre stiamo appena cercando di capire, subire, metabolizzare e digerire la legge Bersani sulle varie "liberalizzazioni", già vediamo ricambiare gli scenari iniziali, sostituiti dai nuovi che in parte annullano gli originali ecc... ecc... Tutto questo per noi si tramuta in confusione, rischio di cadere in errori, perdite di tempo.

Per esempio, prendiamo due nuove voci della legge sulla liberalizzazione: pubblicità sanitaria e abolizione delle tariffe minime.

In tema di Pubblicità Sanitaria sembrava cambiasse completamente la legge 175/92 e successive modifiche, invece è stato abrogato solo il divieto di svolgere pubblicità informativa circa i titoli, le specializzazioni professionali e le caratteristiche del servizio offerto nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni, ma contestualmente viene attribuito all'Ordine il compito di verificare la trasparenza e la veri-

dicità dei messaggi. Quindi siamo di fronte ad un riconoscimento e ad una superiore responsabilizzazione degli Ordini. Infine è di questi giorni la notizia che la FNOMCeO ha istituito una Commissione per stilare le linee-guida in merito alla pubblicità sanitaria valevole per tutto il territorio. Quindi la cosa migliore è **pazientare ancora un poco** (probabilmente fino a marzo), per potersi muovere nel pieno delle regole e della tranquillità.

Per quanto riguarda l'abolizione dell'obbligatorietà della tariffa minima si consideri comunque che l'Ordine ha il compito di **vigilare** sul rispetto della veridicità e della trasparenza delle parcelle.

Consiglio inoltre a tutti di leggere attentamente il nuovo Codice Deontologico appena rinnovato, fonte sicuramente di corrette informazioni e di giuste guide per una sicura professione.

Buon Lavoro a tutti.



Progetto “Cibo e salute”

di Giuliano Da Villa - *Presidente Commissione CRI “Cibo e Salute”*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha posto l'attenzione, da alcuni anni, su una epidemia di obesità e diabete che la stampa definisce, facendo riferimento alla portata globale del fenomeno, “globesity”. Purtroppo anche l'Italia, in passato patria della dieta mediterranea, oggi non risulta immune dal pericolo. Ad una alimentazione troppo spesso caratterizzata dal consumo eccessivo di proteine, grassi saturi, zuccheri e sale va aggiunta una crescente sedentarietà ed una sempre minore attitudine al movimento e all'attività fisica, sia sul luogo di lavoro sia nel tempo libero.

La conseguenza è che oltre la metà della popolazione italiana (adulta e giovanile) è in sovrappeso, mentre ben 4 milioni di persone (il 25% in più rispetto a 10 anni fa) risultano obese. Anche la prevalenza di casi di diabete insulino-resistente è sostanzialmente raddoppiata (un problema che tocca il 6-8% degli italiani), mentre i decessi per malattie cardiovascolari ammontano ogni anno a circa 250 mila: prima causa di morte (40% del totale), seguita dai decessi per tumori che nel 35% dei casi hanno origine da una alimentazione sbagliata o dall'assunzione eccessiva di alcol.

Se aggiungiamo che 1 italiano su 3 soffre di ipertensione arteriosa e 1 su 5 di ipercolesterolemia, abbiamo riassunto il preoccupante quadro clinico di quella che da circa 40 anni viene definita “sindrome metabolica”: una pericolosa associazione di sintomi che vede coesistere ipertensione, obesità, diabete e dislipidemia in soggetti che diventano perciò ad altissimo rischio di eventi cardiovascolari.

In Italia l'eccesso di peso e le malattie ad esso correlate, oltre a costare quasi 23 miliardi di euro all'anno al Servizio Sanitario nazionale, causano – cosa ben più grave – 100 mila infarti ogni anno e 4 morti ogni ora (colpendo soprattutto, in 8 casi su 10, persone fra i 40 e i 60 anni). In particolare viene definita “a rischio” sindrome metabolica la condizione di pazienti che presentino, nel proprio quadro clinico, 3 o più dei seguenti sintomi: indice di massa corporea (rapporto esistente tra altezza e peso) superiore a 30; girovita superiore a 102 cm per gli uomini e a 88 cm per le donne; ipertensione arteriosa superiore a 130 (massima) e

90 (minima); glicemia a digiuno superiore a 110 mg/dl; colesterolemia superiore a 200 mg/dl; trigliceridi superiori a 150 mg/dl.

Il nostro progetto si propone la diagnosi e l'individuazione di soggetti apparentemente sani, ma affetti da sindrome metabolica e pertanto inconsapevolmente esposti alla catena di patologie che la contraddistinguono, nell'ambito della popolazione dei Comuni d'Italia.

La loro individuazione, attraverso il controllo dell'indice di massa corporea, della pressione arteriosa, della glicemia, colesterolemia e trigliceridemia, costituisce un impegno di facile esecuzione da poter svolgere attraverso un controllo ambulatoriale, anche utilizzando unità mobili della CRI in sosta nelle piazze o strade dei comuni che partecipano al progetto. Poiché la prevenzione e la cura della sindrome metabolica è basata principalmente su corretti schemi alimentari e corretti stili di vita, l'intervento preventivo e curativo che ci proponiamo si basa sull'educazione sanitaria dei soggetti esposti senza l'ausilio di farmaci ma solo attraverso convincenti slogans educativi.

E' ovvio che i casi maggiormente conclamati, caratterizzati da elevato indice di massa corporea (superiore a 30), elevati stati ipertensivi, iperglicemie e ipercolesterolemie sono indirizzati al medico di famiglia per i necessari interventi curativi.

Pertanto il progetto di cui trattasi si articola in due livelli operativi, contraddistinti da due diversi protocolli: il protocollo di 1° livello è finalizzato al controllo ambulatoriale sopra descritto e all'educazione sanitaria dei soggetti patologici; il protocollo di 2° livello è finalizzato al trattamento terapeutico delle singole patologie ad opera del medico di base o reparti ospedalieri specializzati.

Gli screening della popolazione avranno luogo la mattina del sabato 24 e quella della domenica 25 marzo e saranno eseguiti presso le postazioni CRI predisposte in sede ambulatoriale o in unità mobili situate nelle strade o piazze principali dei Comuni d'Italia. I farmacisti aderenti a Federfarma e a Cofarma e i medici associati alla S.I.M.G. collaboreranno, secondo le proprie competenze, al progetto in argomento.

Benritrovati!

Siamo al secondo appuntamento con la “nuova” rubrica giovani e già cambiamo la formula... ottimo! Sì, perché questa volta io limiterò il mio sproloquio per lasciare spazio a qualcun altro, e questa cosa mi fa estremamente piacere per diversi motivi. Primo: significa che qualcuno che legge il bollettino c'è! Secondo: il mio invito a partecipare è stato accolto e finalmente questo spazio inizia ad essere utilizzato da chi di dovere, ovvero VOI! Terzo: ...vi pare semplice trovare ogni volta un argomento interessante da trattare e scrivere di conseguenza un articolo decente al riguardo? Se mi aiutate con il vostro contributo posso solo esserne felice. Quindi bando alle ciance e andiamo avanti.

L'articolo che vi presento brevemente è quello di due colleghe specializzande, la Dottoressa Luana Tantucci, che è Portavoce Nazionale della Consulta delle Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, e la Dottoressa Elisabetta Esposto, anche lei membro della consulta. L'articolo ci spiegherà cos'è questa organizzazione e quali scopi si prefigge. L'unico commento che mi sento di fare è che sempre più spesso sento parlare di organizzazioni nate dalla volontà degli specializzandi e quasi sempre l'obiettivo principale, indipendentemente dalla branca specialistica in questione, è l'uniformità della preparazione nelle diverse scuole italiane e questo mi fa molto riflettere. Evidentemente abbiamo iniziato a guardarci negli occhi e abbiamo iniziato a raccontarci con sincerità come stanno le cose. Altrettanto evidentemente l'esigenza di una formazione migliore e soprattutto uguale per tutti emerge prepotentemente dalle riunioni che si fanno. Abbiamo inoltre smesso di far finta che tutto vada sempre bene, perché forse abbiamo capito che l'autoreferenzialismo non serve a nulla e non porta lontano. Quello che serve per migliorarsi è invece il confronto, se serve anche feroce, ma intellettualmente onesto e, soprattutto, un quantità enorme di umiltà, perché per essere migliori a volte bisogna ammettere i propri limiti. Cosa dire ancora? Prendiamo esempio da chi ha già costruito qualcosa e magari proviamo a ripetere l'esperienza nella nostra realtà... piccoli specializzandi crescono! Aspetto come sempre i vostri commenti. Alla prossima.

Bianca Lattanzi
biancadoc@hotmail.it



Consulta Specializzandi SItI *(Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica)*

di Elisabetta Esposto e Luana Tantucci

Nelle diverse occasioni di incontro tra gli specializzandi sono sempre al centro della conversazione i percorsi formativi che vengono attivati nelle varie Scuole di Specializzazione. A questo proposito vorremmo segnalare l'esperienza della Consulta degli Specializzandi SItI. Tale associazione è stata fondata all'interno della SItI da un gruppo di specializzandi con l'appoggio di alcuni docenti allo scopo di promuovere il confronto e la crescita delle scuole di Igiene e Medicina Preventiva e la discussione delle diverse problematiche di competenza igienistica.

Le Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva in Italia sono 34. Fra gli Specializzandi di ogni Scuola vengono nominati ogni due anni 2 rappresentanti (effettivo e vice) per la consulta SItI; sempre con la stessa cadenza temporale in concomitanza con il Congresso nazionale SItI, viene eletto il Portavoce Nazionale della Consulta SItI. Quest'ultimo funge da coordinatore per un progetto di lavoro che viene proposto e condiviso da tutti i rappresentanti delle scuole. Lo scorso anno in prospettiva dell'attuazione del Decreto 285/85 ("Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria") la Consulta SItI ha progettato e sostenuto un'indagine sull'aspettativa professionale e sul bisogno formativo dallo specializzando in Igiene e Medicina Preventiva con l'obiettivo di far emergere i reali bisogni formativi percepiti dallo specializzando così da poter intervenire nel dibattito con i Docenti Universitari di discipline Igienistiche. Questa indagine ha portato inevitabilmente al confronto e alla discussione tra gli Specializzandi delle diverse Scuole e quindi alla conoscenza delle differenti realtà che compongono gli ambiti di azione delle varie discipline dell'Igiene, ma anche dei punti in comune. Questo fermento, questa voglia di esprimersi, questa apertura ha permesso di realizzare (o meglio) "imbastire" una rete con l'intenzione di promuovere la comunicazione tra i rappresentanti delle varie sedi e di conse-

guenza con tutti gli specializzandi sulle peculiarità delle diverse scuole, sulle normative, su eventi che vengono organizzati etc. Ora questa rete richiederà un ulteriore impegno per rendere più stretti i nodi lasciando dinamiche le inter-connessioni.

Per i prossimi due anni il progetto verrà coordinato dalla Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva dell'Università Politecnica delle Marche.

Auspichiamo che questa esperienza possa essere di stimolo affinché si possano creare associazioni simili anche all'interno di altre Società Scientifiche dando voce così agli Specializzandi.



L'impegno degli Ordini e della FNOMCeO a favore degli Specializzandi

Il C.N. della FNOMCeO riunito a Roma nei giorni 22, 23 e 24 febbraio 2007 accoglie le preoccupazioni dei giovani laureati in medicina e chirurgia e degli specializzandi che in circa un decennio di lotte non vedono ancora portato a compimento il riconoscimento dei loro sacrosanti diritti di cittadini e di professionisti come previsto dal D.Lgs 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005. A fronte di un numero di medici considerevoli in Italia, si hanno le prime avvisaglie di carenza di specialisti, come in altri paesi europei, e poiché per fare uno specialista occorrono 5-6 anni, abbiamo bisogno di una programmazione seria del numero di accessi alle scuole di specializzazione e questo lo rivendichiamo a gran voce come tutori della Professione Medica.

Se l'Università non è in grado di garantire un tale obiettivo, il SSN recuperi il diritto di formare i suoi specialisti avendone le risorse, le professionalità e le competenze. Ma non è accettabile dissipare risorse umane rappresentate da migliaia di giovani colleghi che vengono mantenuti in una condizione di grave incertezza per il futuro in un'età che dovrebbe essere quella del maggior rendimento professionale. Il C.N. recependo le istanze dei giovani laureati e degli specializzandi

CHIEDE

al Ministro dell'Università ed al Ministro della Salute

- 1) che venga definito rapidamente lo schema tipo del contratto di formazione degli assistenti in formazione;
- 2) che i Ministeri competenti si adoperino affinché siano date alle istituzioni che sovrintendono alla formazione specialistica direttive uniformi e condivise sull'espletamento dell'impegno assistenziale in regime di tempo pieno degli assistenti in formazione (con espresso riferimento a guardie ordinarie, notturne e festive), sul rapporto tra assistente in Formazione, Università ed Aziende Ospedaliere facenti capo alla rete formativa, sulle modalità dell'esercizio del diritto all'assistenza per malattia e gravidanza, sull'epoca precisa e le modalità di accoglimento dei medici in formazione presso le strutture del SSN;

- 3) di prevedere le modalità applicative del disposto legislativo in relazione al futuro ricongiungimento dell'attività lavorativa svolta dall'assistente in formazione durante il periodo di formazione specialistica;

- 4) di prevedere che tutti gli assistenti in formazione vengano sottoposti a Sorveglianza Sanitaria;

- 5) che vengano promosse iniziative formative per tutti gli assistenti in formazione in tema di Risk Management;

- 6) che venga pubblicato il Bando per l'Accesso alle scuole di specializzazione per l'A.A. 2006/07 entro e non oltre il mese di marzo 2007;

- 7) che la Programmazione del fabbisogno di posti nelle scuole di specializzazione sia determinato di concerto tra ministeri interessati, regioni ed ordini professionali con metodologia atta a definire con maggiore aderenza le reali esigenze di professionalità specialistiche che provengano dal territorio.

Il C.N. manifesta sostegno e solidarietà ai medici specializzandi ed ai giovani neolaureati, che rappresentano la professione del futuro, che invece di intravedere la risoluzione di un annoso problema, che ci pone fuori dall'Europa, continuano a vivere nell'incertezza di un doveroso riconoscimento e nella fumosità del proprio futuro professionale.



Urologia e malattie tumorali dell'apparato urinario e genitale maschile.

Integrazione di competenze specialistiche

di Giovanni Muzzonigro

Direttore Clinica Urologica e Scuola di Specializzazione in Urologia - Ospedali Riuniti Ancona

In una recente lettura dell'attuale e prestigioso Presidente della Società Italiana di Urologia, prof. Vincenzo Mirone, è emerso che il 40% delle patologie neoplastiche del genere umano riguardano l'apparato urinario e genitale maschile e quindi l'Urologia.

Il cancro della prostata, secondo le ultime rilevazioni, è diventato il primo tumore maschile, venendo prima del cancro del polmone.

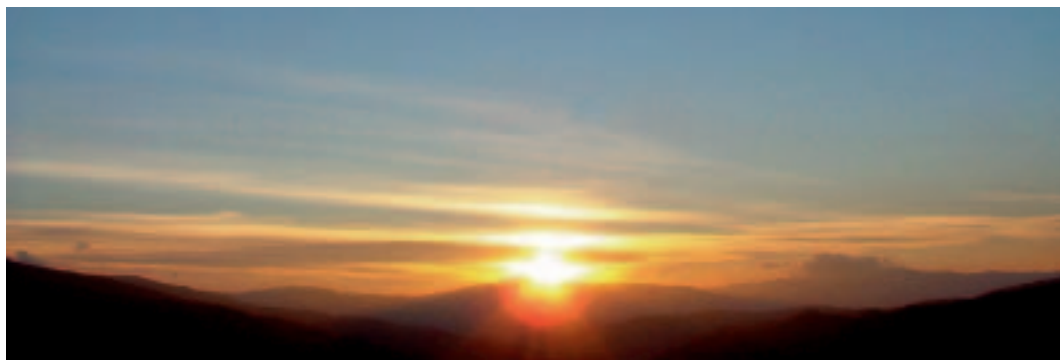
Non c'è, credetemi, da essere orgogliosi di questa "triste" patologia che nessuno vorrebbe mai vivere in prima persona come esperienza e dalla quale ci si auspica, lottando, di guarire!

La soglia del 40% deve essere vista invece dall'Urologo, e così da tutti gli Specialisti che impegnano le loro capacità e la loro vita professionale sulla salute e qualità di vita del genere umano, come un monito a dedicare i propri interessi e le risorse di ogni tipo, se necessario anche economiche personali, affinché vengano incrementati studi e finanziamenti per le neoplasie dell'apparato urinario (rene, vescica, prostata) e genitale maschile (testicoli e pene).

Negli ultimi decenni sono stati raggiunti obiettivi di particolare rilevanza clinica che si sono dimostrati efficacissimi per la diagnosi precoce di malattia tumorale, e i risultati sono evidenti sotto i nostri occhi. Basti pensare ai **marcatori sierici tumorali** di alcune neoplasie del testicolo che, se positivi, indicano una determinata tipologia istologica e dopo intervento di orchietomia, o trattamento medico oncologico, esprimono la presenza e l'entità di malattia residua; ancora più frequentemente ciò accade per la prostata utilizzando il **dosaggio sierico del PSA totale e libero**. Sull'utilizzo del PSA, quale marcatore di neoplasia della prostata, di decorso e di ripresa di malattia, si è sviluppata una mole considerevole di letteratura e di ricerca clinica rivolta a definire il valore soglia del PSA per porre l'indicazione alla biopsia, a indicare

l'opportunità a costruire la storia individuale di incremento del marcatore, il valore soglia di PSA per sospettare la ripresa di malattia locale o sistemica. Cosa dire ancora dell'utilità clinica che ha assunto in questi ultimi anni **l'ecografia nella diagnosi precoce di neoplasia per gli organi dell'apparato uro-genitale**. Essa consente il mapping biottico e quindi istologico della prostata, di consigliare anche solo dopo 24 ore dall'ecografia un intervento di esplorativa testicolare per lesioni disomogene del testicolo equivalenti quasi sempre a neoplasie del didimo. L'ecografia ha consentito inoltre in questi ultimi anni l'incremento delle diagnosi occasionali di neoplasie del rene sino all'80% dei casi (nel passato era solo del 30%) portando all'evidenza clinica non solo neoplasie di piccole dimensioni, 2-3 cm, ma anche processi espansivi di 6-15 cm ancora clinicamente silenti (!), coadiuvata, nelle diagnosi precoci, dalle **numerosi TAC e RM addominali** eseguite per controllo di stadiazione di neoplasie anche di altri organi e apparati.

Il quesito che si pongono oggi gli esperti è se l'incremento delle diagnosi di patologie neoplastiche dell'apparato uro-genitale sia legato ad aumento assoluto delle neoplasie o se si tratti solo di una più "facile" o più "precoce" diagnosi. La risposta in un senso o nell'altro non è ancora dimostrata e se è vero, come io stesso ho vissuto, che il cancro della prostata nel passato si manifestava clinicamente prevalentemente in fase avanzata con metastasi ossee o polmonari, edema ed elefantiasi degli arti inferiori per blocco linfatico dovuto a pacchetti linfonodali della catena iliaca, o con macroematuria o ritenzione urinaria ostruttiva per evoluzione locale della malattia con diagnosi alla sola esplorazione rettale, **ben vengano oggi tante diagnosi precoci** e tanti trattamenti quasi sempre invasivi (intervento chirurgico di prostatectomia radicale, radioterapia,



brachiterapia, crioablazione) e direi “invalidanti”, ai quali seguono altre terapie di riabilitazione per recupero di funzioni perdute (continenza urinaria e attività sessuale), e non ultima quella psicologica che deve trovare terreno fertile nella coppia e nella famiglia.

Certo è che da qualche tempo si parla di **tumori della prostata “Indolenti”**, cioè di piccoli tumori iniziali di basso significato biologico. Sino ad oggi, nella mia esperienza e in quella della Clinica Urologica di Ancona da me diretta non è stato trovato nessuno di questi casi e la ricerca scientifica e l’etica professionale non dispongono di alcun elemento di buona certezza o di evidenza che siano basati su criteri istopatologici o di biologia molecolare tali da consentire l’individuazione di tumori “non suscettibili” di trattamento, che potrebbero entrare a far parte di quel 60% di neoplasie della prostata riscontrate nel corso di autopsie di soggetti deceduti per altre cause.

Il rapporto di fiducia che si genera tra paziente e specialista, che possiamo chiamare “curante” in quanto scelto, o meglio “prescelto” dal paziente, è un rapporto **formidabile!** Io paziente scelgo e affido la mia persona, la mia salute, la mia vita a lui che è medico e specialista stimato e consigliato dal mio medico di famiglia, dall’amico o conoscente e che “navigando” su Internet ho il riscontro che è esperto su ciò che costituisce il mio problema sanitario e verifico che i suoi criteri terapeutici siano riportati anche in altri siti nazionali e internazionali. Quindi come paziente scelgo lui e pongo **“nelle sue mani”** la mia salute, la mia vita, la mia famiglia. Bene! Gli chiedo se farà lui stesso in prima persona l’intervento; O.K. la risposta è Sì. L’intervento chirurgico è andato bene, vado a casa, gli chiedo di informarmi sull’esa-

me istologico del tumore che è stato rimosso dal mio corpo (mi sento liberato e fiducioso di poter guarire!) e se dovrò sottopormi ad altre cure specifiche per essere sicuro di non ricadere nella malattia (non voglio chiamarlo tumore) e a quali controlli mi dovrò sottoporre.

Come specialista urologo, sento che l’impegno da “curante” non ha confini: ho il compito e dovere di perfezionare la diagnosi, dialogare con i Colleghi specialisti della diagnostica per immagini e con l’Oncologo e avere la certezza che specie in taluni casi l’intervento chirurgico sia il primo atto da compiere, nonché con l’anatomo patologo per avere informazioni diagnostiche e prognostiche, che saranno utili per la più corretta programmazione dell’intervento. Sono consapevole che quanto più precisa e completa è la diagnosi tanto migliore è la conduzione e la conclusione dell’intervento! E poi dopo l’atto chirurgico, eseguito con scienza-coscienza e arte chirurgica, ho il dovere di dialogare ancora una volta con l’anatomo patologo (e noi ad Ancona abbiamo sicuramente una collaborazione privilegiata con il Collega prof. Rodolfo Montironi esperto internazionale di Uro-patologia), con l’Uro-oncologo, con il Radioterapista. Tutto ciò con l’obiettivo di offrire al paziente quanto di meglio l’Azienda Ospedaliero-Universitaria possa mettere a disposizione, intendendo risorse umane specialistiche, tecnologie e percorsi diagnostici e terapeutici avanzati.

Basandoci su tali presupposti scientifico-etico-morali ma anche di buona professionalità stiamo lavorando da tempo come **Gruppo multidisciplinare dedicato alle neoplasie dell’apparato urinario e genitale maschile**, offrendo al paziente un percorso completo dalla diagnosi alla terapia al follow-up con specialisti che si in-

tegrano tra loro e offrono al paziente una risposta unica e integrata tra le varie competenze.

Allo scopo di assolvere a tale obiettivo, lo stesso Gruppo sta avanzando richiesta di **Crediti ECM autorizzati dalla stessa Azienda Ospedaliera** con l'obiettivo di discutere in maniera collegiale e integrata in sessioni mensili casi clinici rilevanti, allargando gli incontri ai Colleghi di Medicina Generale, anello essenziale per la costruzione di quel percorso clinico terapeutico e di follow up che deve essere adeguato ad ogni singolo caso clinico e quindi a ogni singolo paziente.

Dobbiamo ritenere, infatti, che **il Medico di Medicina Generale** debba rendersi partecipe dei percorsi assistenziali ospedalieri, vivere anch'Egli nell'Ospedale, conoscere le tipologie dei trattamenti; debba, non certo per ultimo come importanza, conoscere le modalità di follow-up delle varie tipologie di neoplasie dell'apparato uro-genitale. Il Medico di Medicina Generale deve anche conoscere la se-

meiotica urologica, saper costruire nella sua professione giornaliera comportamenti assistenziali di prevenzione e diagnosi precoce partendo dall'evidenza clinica delle patologie neoplastiche. Perché solo **la diagnosi della malattia tumorale in fase iniziale può consentire quasi sempre la guarigione dalla malattia!**

Cosa dire dell'**Insegnamento dell'Urologia oncologica** nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia! Mi chiedo se sia necessario convincere chicchessia che la capacità e la sensibilità al riconoscimento delle malattie oncologiche nascono nelle ore di lezione che noi docenti di Urologia impartiamo agli Studenti e nelle ore di attività professionalizzante assegnate a ciascuno Studente vissuta nella corsia di Urologia. E' di sicura utilità per lo Studente conoscere le procedure terapeutiche chirurgiche e oncologiche per poter esercitare domani una buona medicina generale, conoscere il follow-up delle malattie neoplastiche dell'apparato urinario e genitale maschile. **Purtroppo di neoplasie urologiche si può morire!**



IEFCOSTRE

Istituto Europeo di Formazione
Consulenza Sistemica e Terapia Relazionale

*Scuola riconosciuta dal MURST con D.M. del 23/7/2001
pubblicato sulla G.U. del 4/10/2001*

Dal mese di settembre 2006, presso l'Istituto Europeo di Formazione, Consulenza Sistemica e Terapia Relazionale, **sono aperte le iscrizioni** per il Corso in Psicoterapia Sistemica.

Il programma formativo ha una durata di almeno quattro anni per complessive 2000 ore di training.

Il Corso di specializzazione consiste nell'acquisizione dell'ottica sistemico-relazionale con approfondimenti relativi anche ad altri approcci psicoterapici.

Il Corso sviluppa aspetti teorici, aspetti pratici (almeno 3 psicoterapie per ogni allievo), tirocinio pratico nei servizi, prevede un approfondito lavoro sull'allievo.

E' aperto a Medici ed a Psicologi.

A tutti gli effetti equivale ad una Scuola di specializzazione Universitaria e consente di esercitare la professione di Psicoterapeuta.

INFORMAZIONI:

Sede delle Marche - Falconara Marittima - Via N. Bixio 22/A
Tel/Fax: 071 9161510 - e-mail: ancona@iefcostre.org

8 marzo 2007 Giornata Mondiale del Rene

di Giovanni M. Frascà

Direttore Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi Ospedali Riuniti - Ancona

La Società Internazionale di Nefrologia (International Society of Nephrology) e la Federazione Internazionale delle Fondazioni per il rene (International Federation of Kidney Foundations) hanno proclamato il giorno 8 marzo 2007 "Giornata Mondiale del Rene" per richiamare l'attenzione sulle malattie renali e sulle loro conseguenze.

L'insufficienza renale rappresenta in tutto il mondo un problema in continua crescita, con importanti implicazioni sia per la salute delle singole persone che per le organizzazioni sanitarie, che devono far fronte a problemi di crescente complessità con risorse sempre più limitate.

L'aumento dell'età media della popolazione ha comportato negli ultimi anni un costante incremento di condizioni quali diabete mellito e ipertensione arteriosa che rappresentano importanti fattori di rischio di nefropatia e contribuiscono significativamente al progressivo aumento dei casi di insufficienza renale.

Il Registro di Dialisi e Trapianto della Società Italiana di Nefrologia riportava alla fine del 2004 circa 44.000 pazienti in trattamento dialitico regolare e oltre 15.000 pazienti portatori di trapianto renale, con una prevalenza superiore a 1.000 persone per milione di popolazione. Di questi, oltre 9.000 pazienti hanno iniziato il trattamento nel corso del 2004, e di questi, il 60% aveva un'età superiore a 65 anni. Nell'arco di 5 anni, dal 1999 al 2004, i pazienti che hanno iniziato la dialisi per ogni anno in Italia è passato da 131 a 161 per milione di popolazione, con un aumento del 23%.

Il fenomeno ha caratteristiche analoghe nella nostra regione, nella quale alla fine del 2005 vi erano 1.114 persone in dialisi e 515 portatori di trapianto renale. Il dato rilevante è che il numero di nuovi pazienti in dialisi, per milione di popolazione per anno, è passato da 119 pazienti nel 1995 a 219 nel 2005. In termini assoluti, nel 2005 hanno iniziato il trattamento dialitico 332 pazienti contro 172 del 1995, con un aumento del 93%!



In termini di assorbimento di risorse il fenomeno è rilevante perchè, oltre ai costi sociali della malattia, il trattamento dell'insufficienza renale cronica è particolarmente costoso di per sè, se si considera che un anno di dialisi costa mediamente 35.000 euro e la spesa pro-capite per i pazienti in dialisi in Italia è 25 volte superiore alla media dei pazienti.

Ma un ulteriore elemento di preoccupazione è emerso con l'evidenza che la riduzione della funzione renale rappresenta un fattore indipendente di rischio cardiovascolare, i cui effetti si sommano agli altri fattori di rischio già noti. Gli studi epidemiologici hanno dimostrato che le persone con filtrato glomerulare inferiore di 30 ml/min vanno incontro ad eventi cardiovascolari 10 volte più frequentemente rispetto a coloro che hanno un filtrato maggiore.

Insufficienza renale in fase uremica: la dimensione del problema

Pazienti in trattamento dialitico in Italia a dicembre 2004	43.986
Pazienti portatori di trapianto di rene in Italia a dicembre 2004	15.198
Nuovi pazienti in dialisi in Italia nel corso del 2004	9.312
Pazienti in trattamento dialitico nella regione Marche a dicembre 2005	1.114
Pazienti portatori di trapianto di rene nella regione Marche a dicembre 2005	515
Nuovi pazienti in dialisi nella regione Marche nel corso del 2005	332

re di 60 ml/min e il rischio è di oltre 15 volte superiore quando il filtrato scende al disotto di 15 ml/min. Di conseguenza, i pazienti con insufficienza renale presentano una mortalità più elevata se paragonati a soggetti di pari età con analogo profilo di rischio. In uno studio condotto su oltre 27.000 pazienti seguiti per 4 anni è stata osservata una mortalità del 24% nei soggetti con filtrato glomerulare fra 30 e 60 ml/min e del 45% nelle persone con filtrato inferiore a 30 ml/min.

E' ormai ampiamente dimostrato che, se diagnosticate precocemente e adeguatamente trattate, la maggior parte delle nefropatie può essere guarita e che comunque è possibile rallentare il peggioramento della funzione renale e spostare in avanti, a volte anche di anni, il raggiungimento della fase terminale dell'insufficienza renale e l'inizio delle dialisi.

Numerosi studi hanno evidenziato che i pazienti che arrivano all'osservazione del Nefrologo nella fase avanzata dell'insufficienza renale, senza un trattamento adeguato delle complicanze dell'uremia, hanno mortalità e morbidità in dialisi sensibilmente superiore a quella riscontrata nei pazienti trattati in ambito nefrologico.

Queste osservazioni hanno spinto a promuovere iniziative rivolte alla diagnosi precoce delle malattie renali, con l'obiettivo di cercare di contenere il numero di pazienti che arrivano alla fase terminale dell'insufficienza renale e, soprattutto, la mortalità ad essa connessa.

La Società Italiana di Nefrologia e la Fonda-

zione Italiana del Rene, hanno aderito all'iniziativa promossa dalla Società Internazionale di Nefrologia e dalla Federazione Internazionale delle Fondazioni del Rene e, in collaborazione con la Croce Rossa Italiana (CRI), hanno varato il progetto "Prevenzione delle Malattie renali" che si è svolto in diverse città italiane, inclusa Ancona, dove è stato affidato alla Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi dell'Azienda Ospedali Riuniti.

Il progetto prevedeva la presenza in una delle principali piazze di ogni singola città di una postazione all'interno della quale, in spazi che consentivano l'assoluto rispetto della privacy, personale medico specializzato si è reso disponibile gratuitamente ad effettuare il controllo della pressione arteriosa e la ricerca dell'eventuale presenza di proteine su un campione di urine raccolte al momento. Ai soggetti esaminati è stata rilasciata una scheda riportante i risultati degli esami e coloro ai quali sono state riscontrate ipertensione arteriosa e/o proteinuria sono stati invitati a presentarsi successivamente nell'ambulatorio di Nefrologia per un approfondimento diagnostico.

Questa iniziativa rappresenta il primo passo di una campagna di sensibilizzazione della popolazione al problema e alle possibili misure di prevenzione ma, soprattutto, prelude alla definizione di iniziative congiunte con i Medici di Medicina Generale che rappresentano, in questo contesto, un elemento chiave per un approccio nuovo e radicalmente diverso alla prevenzione dell'insufficienza renale.



L'ADOLESCENTE

Il medico di famiglia e il disagio giovanile: depressione e disturbi correlati

Congresso Nazionale Fimmg Metis 2006

di Marilena Capriotti

MMG e Specialista in Neurologia - Presidente Simg Ancona

Sussiste ormai un generale accordo sul fatto che i servizi di Medicina Generale (primary care) si trovino nella posizione migliore per identificare prontamente i soggetti affetti da un disturbo psichico presenti nella popolazione generale e per fornire globalità e continuità di interventi non solo al singolo paziente, ma anche al suo nucleo familiare.

Già dallo studio internazionale multicentrico dell'OMS effettuato nell'area di Verona, emergeva che i Disturbi psichici ben definiti secondo i criteri ICD-10 erano presenti in un paziente su otto (12,4%) tra quanti contattavano i servizi di Medicina Generale. Aggiungendo a questi anche i Disturbi Psichici definiti "sotto soglia", il rapporto diviene di un paziente su quattro (23,6%). Infine, sintomi psicopatologici indipendenti da qualsiasi criterio nosografico, sono stati lamentati da più della metà dei soggetti affluenti alla Medicina generale (56,6%). Si è stimato che il MMG abbia in cura il 90% dei pazienti con Depressione; si comprende quindi che, se la patologia non è riconosciuta, non potrà essere curata, in un momento in cui la classe medica dispone di appropriate strategie psicofarmacologiche di intervento.

Ciò è tanto più vero per la depressione che insorge durante l'adolescenza. Spesso la depressione è alla base dell'abuso di sostanze e di devianze nel comportamento alimentare.

La maggior parte degli studenti delle ultime classi delle scuole medie superiori consuma alcool giornalmente, come riferito nel corso del dibattito tenutosi all'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito del convegno Alcool e Prevenzione. Il gruppo di età più a rischio è quello dei giovani tra i 14 e i 17 anni, dove quasi 5000 maschi consumano oltre mezzo litro di vino al giorno, più di 500.000 bevono birra, più di 300.000 bevono liquori.

Tra le femmine, la tendenza non è meno preoccupante: quasi 11.000 dichiarano di consumare

oltre mezzo litro di vino al giorno, circa 5000 più di mezzo litro di birra al giorno, 110.000 si dicono bevitrici di liquori e di amari.

LE CONSEGUENZE:

- l'alcool è la prima causa di morte tra i giovani europei che fanno registrare 59.000 decessi l'anno tra incidenti stradali, suicidi dovuti alla incapacità di disassuefarsi, avvelenamenti, omicidi.
- Circa 50.000 incidenti stradali all'anno dei 170.000 complessivi, sono dovuti all'alcool. L'indagine ministeriale del 1998 ha evidenziato che i disturbi del comportamento alimentare stimati in Italia ed in costante aumento, è di circa l'1,5% nella popolazione femminile (età tra i 15 e i 24 anni). A tale percentuale occorre aggiungere le forme miste, le forme subcliniche, i casi di Binge eating disorders ed i casi in aumento nei soggetti maschi. La stima di prevalenza si situa al di sopra del 5%. Inoltre la anoressia nervosa presenta un alto rischio di mortalità (20% entro i primi 17 anni dalla diagnosi) e un'alta percentuale di esiti (cronicità nel 25% dei casi e guarigione con difetto nel 35% dei casi).

Molti studi evidenziano che la depressione lieve è presente nel 10% degli studenti delle scuole medie superiori, la depressione moderata nel 6% e la grave nel 2%. Questi dati si riferiscono alla depressione conclamata, mentre i disturbi sotto soglia, che precedono la depressione con alto grado di disagio ed alto consumo di farmaci ma che non rientrano nei criteri della diagnosi di depressione per il DSM IV-ter (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) o dell'ICI-10 (International Classification of Diseases), hanno una frequenza incredibilmente maggiore.

L'abuso di sostanze nei giovani è spesso l'automedicazione della depressione.

La maggior parte dei comportamenti suicidari giovanili dipende dalla depressione.

E' del tutto normale che genitori e figli adolescenti abbiano scontri e discussioni. I dissensi nascono poiché le posizioni in questa età sono estremizzate, in quanto per i genitori gli adolescenti rappresentano l'anticonformismo e per gli adolescenti i genitori sono "l'autorità" a cui tutto va contestato. Questi atteggiamenti tendono ad affievolirsi intorno ai 18-19 anni.

Sono tre le aree principali di "tensione" adolescenziale che si verificano nelle relazioni con i genitori, nei rapporti con i coetanei, nell'immagine che il giovane ha di se stesso come persona fisicamente matura.

Young distingue negli adolescenti atteggiamenti definiti "comuni" da atteggiamenti definiti "non controllati" verso i quali dobbiamo porre attenzione.

Gli atteggiamenti **comuni** sono: criticare e discutere con i genitori, prevaricare i familiari e gli amici, provare sostanze come nicotina e alcool, fare "bravate" e atteggiarsi a "bullo", burrascose e a volte insolite storie d'amore.

Gli atteggiamenti invece definiti "**non controllati**" sono: rifiuto di frequentare la scuola, vandalismo e furti, abuso di droghe, promiscuità sessuale, disordini alimentari, depressione del tono dell'umore con rischio suicidario.

Quello che il MMG deve saper valutare nel giovane è la sensazione di inadeguatezza del proprio corpo che può sfociare in patologia, utilizzando il potenziale insito in ogni visita che esegue su un adolescente (approccio opportunistico). Il nostro intervento sull'adolescente deve essere finalizzato a:

- far stabilire una precisa identità;
- far acquisire fiducia in se stessi;
- contribuire a sviluppare un codice morale personale;
- far operare scelte anche professionali;
- far raggiungere un comportamento sessuale da adulto;
- far avere stima di se.

Le caratteristiche **cliniche** dei Disturbi dell'Umore nei giovani come negli adulti sono: Periodicità e Polarità.

Periodicità: il 70% di pazienti affetti da Disturbi dell'Umore va incontro, dopo guarigione, a nuovi episodi di malattia. Si parla così di ricorrenza. Si parla invece di ricaduta, quando il riemergere dei disturbi depressivi avviene prima del pieno recupero funzionale.

Polarità: il paziente manifesta periodicamente solo episodi depressivi oppure alterna fasi depressive con fasi euforiche o maniacali.

Sulla base di questi due parametri (periodicità

e polarità), distinguiamo:

1) **DISTURBI DELL'UMORE UNIPOLARI** (depressione Maggiore, Distimia, Disturbo sotto soglia).

2) **DISTURBI DELL'UMORE BIPOLARI** (disturbo bipolare e ciclotimia).

La ciclotimia è caratterizzata dall'alternarsi di fasi ipomaniacali e fasi depressive, di minore intensità rispetto all'episodio depressivo maggiore e durata superiore ai 2 anni.

Nell'odierno panorama scientifico, vengono correntemente impiegati nella diagnostica della pratica clinica, il DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), e l'ICD-10 (International Classification of Diseases). Tali sistemi nosografici non si sono rivelati adeguati alla Medicina generale poiché non catturano l'intero spettro psicopatologico della popolazione generale.

La diagnosi differenziale di queste patologie deve essere posta con:

1) Le Depressioni secondarie ad un disturbo d'ansia, ad un disturbo ossessivo-compulsivo, a una sindrome da attacchi di panico, la quale spesso evolve in una manifestazione di tipo depressivo.

2) I Disturbi da adattamento, in cui i sintomi conseguono ad un cambiamento importante nella vita del soggetto che mal si adatta alla nuova situazione e recedono dopo rimozione della causa.

3) Depressioni conseguenti a malattie organiche. L'Attacco di Panico, in aumento nei giovani, si manifesta come episodio acuto d'ansia (acme in meno di 10 minuti, durata da qualche secondo ad un'ora) con sensazione di paura, impotenza, minaccia alla propria incolumità fisica. Può accompagnarsi a manifestazioni neurovegetative e vissuto catastrofico. Prevalgono i fenomeni somatici e comportamentali, ma anche cognitivi (paura di morire, di impazzire, di perdere il controllo). Spesso siamo portati a non prendere in considerazione i sintomi somatici denunciati dal paziente in quanto non indicano alcuna grave condizione, o viceversa reagiamo in maniera esagerata prescrivendo indagini eccessive ed inutili, o pensiamo ad un attacco di panico come sintomo psicotico.

L'Agorafobia può manifestarsi da sola o con il disturbo di panico ed è caratterizzata dall'ansia che il paziente prova quando si trova in luoghi o situazioni da cui risulta difficile uscire o in cui risulta impossibile ricevere soccorso. Agli attacchi si accompagnano ben presto

uno stato di paura e di ansietà, sintomi neurovegetativi, ansia anticipatoria e stato di allerta con ricerca di rassicurazione.

Il 20% circa delle crisi di Panico sfocia in elaborazione Ipocondriaca, ossia ricorso a visite ed esami ripetuti ed al Pronto Soccorso.

Negli attacchi minori ci sono spesso vertigini, palpitazioni, senso di irrealtà, vampate di caldo e brividi. La privazione del sonno aumenta gli attacchi. Il primo attacco consegue spesso a condizioni drammatiche come lutti, pericolo di vita, ipertiroidismo, disendocrinie, stupefacenti, e risulta di una intensità mai provata prima facendo temere al paziente l'infarto o l'ictus. La frequenza degli episodi critici è in media di 2-4 alla settimana. Il paziente struttura così una Condotta di Evitamento, associando gli attacchi a situazioni e luoghi specifici, giungendo a condotte di tipo agorafobico per evitare gli attacchi ed alla ricerca di rassicurazione.

Va rilevato anche il rischio di suicidio che nell'Attacco di panico è del 20% (nella Depressione Maggiore raggiunge il 15%).

Nella Fobia Sociale Primaria il paziente teme ed evita le situazioni che l'espongono al giudizio altrui; non ha episodi critici di panico.

L'intervento **terapeutico** che coinvolge il Medico di Medicina generale è rivolto alla valutazione delle fasi iniziali dell'aspetto clinico del disagio e della componente socio-ambientale in cui tale disagio è sorto. La conoscenza da parte del MdF dei familiari del paziente e spesso delle loro dinamiche psicopatologiche gli conferiscono un ruolo primario nella gestione delle fasi precoci della Depressione e dei Disturbi ad essa correlati.

Gli SSRI e gli SNRI sono farmaci utilizzati con buoni risultati nel trattamento della Depressione e dei Disturbi di Ansia. La revisione di tali

farmaci (citalopram, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, mianserina, mirtazapina, paroxetina, reboxetina, sertralina e vefaxina) ha considerato il rischio potenziale di comportamento suicidario in bambini e adolescenti trattati con tali prodotti.

Il Comitato scientifico dell'EMA (CHMP) ha concluso nel 2005 (revisione iniziata nel 2004 su richiesta della Commissione Europea), che:

- in nessuno degli studi clinici condotti su bambini e adolescenti ci sono state segnalazioni di morti per suicidio;
- i bambini ed adolescenti che assumevano SSRI e SNRI mostravano una maggiore propensione al comportamento e alla ideazione suicida (comportamento aggressivo, comportamento oppositivo e rabbia);
- la maggior parte di questi prodotti è approvata nell'Unione Europea per il trattamento della Depressione e dell'Ansia nell'adulto ma non nei bambini e adolescenti;
- tuttavia alcuni di questi medicinali sono autorizzati per uso pediatrico nel trattamento del Disturbo ossessivo-compulsivo e nel Disturbo da deficit dell'attenzione / iperattività (sertralina).

Nel caso in cui, sulla base di un bisogno clinico individuale, il medico ritenga di dover trattare il paziente, quest'ultimo deve essere attentamente controllato, particolarmente nelle fasi iniziali della terapia per rilevare l'eventuale insorgenza di comportamento suicida, autolesionismo e ostilità. Il trattamento in atto non deve essere interrotto dal paziente o dai genitori senza aver prima ricevuto una consulenza da parte del medico curante per la possibilità di sintomi da astinenza come capogiro, disturbi del sonno, ansia; si raccomanda infatti di ridurre gradualmente le dosi.



Ulteriori progressi della Sanità Anconetana

di Franco Rychlicki - *Clinica di Neurochirurgia Ospedali Riuniti di Ancona*

E' ormai risolto il problema dei bambini affetti da malattie cerebrali e spinali, ricoverati all'Ospedale Salesi di Ancona per essere sottoposti ad un trattamento neurochirurgico.

Da alcuni mesi infatti tali interventi vengono costantemente praticati all'Ospedale Salesi per cui non è più necessario, come si verificava fino a poco tempo fa, che i bambini, al momento dell'atto chirurgico, venissero trasferiti all'Ospedale di Torrette per poi essere rinviati al Salesi una volta completata la fase acuta del decorso post-operatorio.

Ciò è stato possibile grazie all'impegno di tutti coloro che, essendo quotidianamente coinvolti nella cura dei bambini, hanno realizzato che non era più possibile aggiungere al turbamento creato dalla malattia anche il disagio legato allo spostamento da un ospedale all'altro e in particolare dall'ospedale dei bambini all'ospedale degli adulti. Il concreto impegno della Direzione degli Ospedali Riuniti di Ancona ha reso possibile la realizzazione al Salesi di una sala operatoria adeguata per il trattamento neurochirurgico per cui è il team medico a spostarsi da Torrette al Salesi e non più i bambini a seguire il percorso inverso. L'equipe neurochirurgica, coordinata dal Prof. Franco Rychlicki, potendo usufruire dell'altissima professionalità delle varie Unità Operative in ambito specifico pediatrico, ha già praticato numerosi interventi chirurgici anche in bambini di pochissimi mesi. Un ulteriore contributo a tale realizzazione è legato all'attivazione della TAC al Salesi, che si aggiunge alla Risonanza magnetica già presente da anni ed alla grande disponibilità e competenza dei Colleghi Neuroradiologi. Tutto ciò porta ad una grande serenità da parte del personale medico e paramedico che è consapevole di muoversi nella direzione giusta nel pieno rispetto delle esigenze e delle necessità dei principali attori che sono i neonati ed i bambini. La collaborazione pluridisciplinare sempre più stretta tra la Neurochirurgia, la Neuroradiologia ed i diversi reparti del Salesi, in particolare le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione, di Oncoematologia e di Neuropsichiatria Infantile, dove viene ricoverata la maggior parte dei bambini per gli accertamenti diagnostici e nel decorso post-

operatorio, la Clinica e la Medicina Pediatrica ha portato alla esecuzione nell'anno 2006 di 75 interventi chirurgici che riguardano patologie malformative e neoplastiche del parenchima cerebrale e del midollo spinale. In particolare sono stati praticati interventi per idrocefalo, craniostenosi, epilessia e tumori cerebrali e spinali. Alcuni di questi interventi, effettuati in bambini di pochi mesi affetti da patologia tumorale al cervello, possono essere considerati di alta chirurgia sia per la difficoltà della patologia sia per i numerosi problemi legati all'età, che richiedono adeguate e valide competenze sia dal punto di vista anestesilogico e rianimatorio che oncologico. I tumori cerebrali rappresentano attualmente la causa principale di mortalità per patologie neoplastiche in età pediatrica, con un'incidenza annuale di circa 2200 nuovi casi diagnosticati ogni anno. In particolare l'incidenza dei tumori cerebrali nel primo anno di vita si è significativamente modificata nel corso degli ultimi 15 anni, grazie anche ai progressi della diagnostica per immagini. Tale incidenza è di 3,6 casi ogni 100.000 nati vivi. Per quanto siano stati ipotizzati numerosi fattori nella patogenesi dei tumori cerebrali infantili (familiarità, anomalie genetiche, esposizione materna a radiazioni ionizzanti o a sostanze tossiche), studi epidemiologici su ampia scala non hanno condotto ancora a risultati conclusivi ma la ricerca è molto attiva in questo senso. Certo è che l'affinamento della tecnica chirurgica, il progresso delle possibilità diagnostiche radiologiche, le migliorate conoscenze fisiopatologiche e le tecniche invasive di monitoraggio hanno consentito un notevole progresso nel trattamento della patologia neoplastica endocranica in età pediatrica con una significativa riduzione della mortalità perioperatoria ed un miglioramento della qualità di vita. L'attività neurochirurgica pediatrica è in costante aumento ed è prevedibile un suo consolidamento nel prossimo futuro all'Ospedale Salesi che, per le sue caratteristiche, rappresenta un patrimonio non solo della città di Ancona ma della Sanità Marchigiana ed è certamente destinato ad ulteriori sviluppi, considerando i pochi ospedali pediatrici presenti in Italia e in particolare lungo la fascia adriatica.

Mai più bambini sordi

di Mario Vittorio Scoponi

Specialistica in Otorinolaringoiatria - Primario Emerito Ospedale Salesi

Le moderne tecnologie, ormai ampiamente collaudate a livello scientifico, hanno dimostrato che è possibile vincere la sordità neonatale con un intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo precoce.

Il primo momento "diagnostico" è di competenza esclusivamente "medica": LO SCREENING NEONATALE DELLA SORDITA' CON LO STUDIO DELLE OTOEMISSIONI DA EFFETTUARSI NEI PRIMI GIORNI DI VITA DEL NEONATO (che permette la diagnosi precoce). Per attuare questo primo, indispensabile atto diagnostico, è necessaria una organizzazione sanitaria che preveda:

- una legge Regionale specifica che "obblighi" lo screening neonatale;
- la fornitura ai Reparti Ospedalieri e alle Cliniche Private, dell'A.B.R. automatico per lo studio delle "Otoemissioni Uditive";
- in presenza di una sordità neonatale, il Servizio Sanitario si attiverà con altre procedure (studio dei potenziali evocati, visite Cliniche Pediatriche e Neurologiche, esami strumentali ecc.) per completare il giudizio diagnostico e stabilire il conseguente iter riabilitativo;
- la protesizzazione precoce, con le moderne apparecchiature analogiche, o se necessario con l'impianto cocleare.

Il secondo Momento Organizzativo sarà TERAPEUTICO-RIABILITATIVO (di competenza Logopedica) con l'organizzazione sul territorio che preveda:

- formazione di Logopediste su tutto il territorio tramite corsi di specializzazione e di aggiornamento;
- coinvolgimento dei genitori, con colloqui informativi e formativi;
- controllo annuale dei bambini (una équipe "medico-psico-pedagogica" controlla l'iter riabilitativo);
- graduale inserimento dei bambini nell'ambito scolastico, fin dalla scuola materna, con il supporto "giornaliero" della Logopedista, fino alla quinta elementare (tale lungo periodo è necessario perché il linguaggio si acquisisce negli anni e negli "engrammi" si fissano nell'encefalo solo verso i dieci-tredici anni).

Il terzo momento SANITARIO-SCOLASTICO-

SOCIALE (inserimento degli ipoacusici ormai protesizzati e con l'uso acquisito della parola). Per attuare questo terzo momento è necessaria una campagna di informazione ed una presa di coscienza sociale che preveda:

- una Legislazione del Lavoro che stabilisca gli ambienti di lavoro "compatibili" e che non siano dannosi ai portatori di protesi uditive;
- sussidi economici e supporti legislativi specifici per i lavoratori protesizzati;
- la creazione di una Rete Regionale per la raccolta e la gestione dei dati;
- l'identificazione dei Centri di Intervento e degli eventuali Centri di Riferimento.

CONSIDERAZIONI E PROPOSTE

Da quanto esposto si evince che tutto è basato su principi anatomo-fisiologici e sociali compatibili e realizzabili.

TEMPI E METODI DEL TRATTAMENTO LOGOPEDICO

Accertata la ipoacusia neonatale, il bambino verrà protesizzato ed affidato alla logopedista. I modi e i tempi del trattamento logopedico saranno:

- contatto con i genitori indispensabile per una collaborazione attiva tra la mamma e la Logopedista (la mamma è la prima logopedista);
- nel primo periodo neonatale si attuerà il "bagno sonoro" (conoscenza dei suoni e dei rumori che creeranno reazioni somatiche);
- inizio della conoscenza e della riposizione dei fonemi, in epoca fisiologica e secondo la maturazione neuropsichica del bambino;
- appena possibile inserire il bambino nell'asilo nido, sempre con il supporto logopedico;
- a tre anni, come tutti i bambini, inizia la frequentazione della scuola materna per stimolare l'apprendimento del linguaggio quale elemento socializzante;
- le insegnanti di scuola materna, e dopo quelle delle elementari, debbono essere informate del tipo di patologia di cui è affetto il bambino, per poter collaborare con la Logopedista nel trattamento riabilitativo.

Tutto quanto sopra esposto sarà garanzia di una precoce demutizzazione e di una acquisizione della parola parlata "IN TUTTI I BAMBINI"!...



E' una Regata dedicata agli Ordini Professionali di Ancona:
Architetti - Avvocati - Commercialisti - Ingegneri - Medici - Notai
ciascuno con il proprio equipaggio, si sfideranno sul campo di regata!
L'Evento sarà ospitato dall'Ancona Yacht Club - Marina Dorica di Ancona
18-20 maggio 2007

Alcune informazioni per i partecipanti:

- Le imbarcazioni utilizzate saranno i "Giro 34"
- L'equipaggio sarà formato da 6 persone, Liberi Professionisti iscritti all'Ordine di Ancona
- Ogni Ordine patrocinerà la propria imbarcazione e nominerà uno skipper
- Lo skipper sarà "responsabile dell'imbarcazione" e si occuperà della selezione dell'equipaggio
- 6 regate in programma: il percorso sarà un bastone con due boline e due poppe
- Le iscrizioni dovranno pervenire presso l'Ancona Yacht Club, Manuela Cruciali, 071 2080831

La quota di iscrizione è di euro 2.100,00

Siamo certi che sarà una bella occasione per divertirsi sfidando in mare i propri colleghi!

Per qualsiasi chiarimento o ulteriore dettaglio, siamo a Vostra disposizione:

Cristiana Monina • mob + 39 334 5945081 • cristiana@acpartner.it

Laura Grassetti • mob +39 334 5945081 • laura@acpartner.it

Per informazioni, i Colleghi Medici possono rivolgersi al

Dott. Guido Muzzi • mob +39 333 7843589



EVIDENCE BASED MEDICINE

Le problematiche etiche e sociali legate alla produzione delle informazioni scientifiche e alla necessità di canali di "informazione indipendente" a disposizione di operatori, amministratori e pazienti

Evento ECM n. 8437-128559
Crediti 25 per tutte le professioni

BOLOGNA
11-12-13 aprile 2007

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Direzione **MEDICARE**

Via Manzoni, 37 - 26100 Cremona - Tel 0372 33142 - Fax 0372 27337

direzione@medicareformazione.it - www.medicareformazione.it

Iscrizione entro il 31 marzo 2007



S.M.I.P.I.

Società Medica Italiana
di Psicoterapia ed Ipnosi
www.smipi.it

XV Corso di PSICOTERAPIA ed IPNOSI MEDICA

*Riservato a medici, psicologi o laureandi.
Il corso, a carattere TEORICO e PRATICO,
è limitato ad un numero chiuso di partecipanti.*

SONO GIÀ STATI ATTRIBUITI 34 CREDITI ECM PER MEDICI E PSICOLOGI

ANCONA - Hotel Passetto - Via Thaon de Revel, 1
17-18 marzo • 31 marzo - 01 aprile • 14-15 aprile

PER INFORMAZIONI:

Tel 071 732050 - Portatile 336 631167 - Fax 071 732455 - E-mail info@smipi.it

medici &medici



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