

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. 16 - Luglio 2008
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

16
LUGLIO

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



Nasce una nuova rubrica

**LEGGIAMO INSIEME IL CODICE DEONTOLOGICO
"LA CERTIFICAZIONE"**



Novembre 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 la Banca dell'Adriatico Spa, 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 e un tasso** sul finanziamento **decisamente agevolato**.

Ad esempio le condizioni valide per il mese di **NOVEMBRE 2007** sono:

DURATA MUTUO	DOMUS FISSO	
	TASSO *	RATA MENSILE PER MILLE EURO *
5 anni	EUROIRS 5 ANNI + 0,7 = 5,15%	18,94
10 anni	EUROIRS 10 ANNI + 0,7 = 5,25%	10,73
15 anni	EUROIRS 15 ANNI + 0,7 = 5,40%	8,12
20 anni	EUROIRS 20 ANNI + 0,7 = 5,45%	6,85
25 anni	EUROIRS 25 ANNI + 0,9 = 5,65%	6,23
30 anni	EUROIRS 30 ANNI + 1,0 = 5,75%	5,84

(*) IRS RILEVATO IL 26/10/2007

DURATA MUTUO	DOMUS VARIABILE	
	TASSO **	RATA MENSILE PER MILLE EURO **
5 anni	EURIBOR 1 M. + 0,80% = 4,957%	18,85
10 anni	EURIBOR 1 M. + 0,80% = 4,957%	10,59
15 anni	EURIBOR 1 M. + 0,80% = 4,957%	7,89
20 anni	EURIBOR 1 M. + 0,80% = 4,957%	6,58
25 anni	EURIBOR 1 M. + 1,00% = 5,157%	5,94
30 anni	EURIBOR 1 M. + 1,00% = 5,157%	5,46

(**) EURIBOR 1 MESE RILEVATO IL 30/10/2007 PARI AL 4,157%

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.

BANCA DELL'ADRIATICO SPA

La concessione del mutuo è subordinata all'approvazione della Filiale Sanpaolo Banca dell'Adriatico, presso la quale sono a Sua disposizione i Fogli Informativi riportanti tutte le condizioni economiche praticate.

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 Petrucci

Giuliano Rocchetti

Revisore dei conti supplente

Maria Meleti

Commissione Odontoiatrica

Federico Fabbri

Tiziana Giampaoli

Francesco Montecchiani

Augusto Sertori

Stefano Tucci

In copertina:

**Facciata della chiesa di San Francesco
alle Scale (Ancona)**

Questo numero è stato chiuso il
18 luglio 2008

Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa

EDITORIALE

La Certificazione 4

INFORMAZIONI

di carattere generale

Comunicato INPS-OMCeO Ancona 5

L'indennità temporanea di malattia 6

*Bando di concorso per l'assegnazione del
III contributo di studio "Dr. Giorgio Fanesi"* 8

4ª edizione premio "Prof. Franco Bianchi"

Tesi di laurea in Medicina dello Sport 10

L'Attività Antidoping nelle Marche:

Attualità e prospettive 11

Vecchio ospedale addio! 12

Progetto umanitario in Odontoiatria

"Un sorriso anche per loro" 13

Il Cammino di Santiago 14

di carattere medico-scientifico

*La terapia con Ossigeno-Ozono o Ozormesi:
recenti acquisizioni scientifiche* 18

*Rischio dell'impiego di gadolinio quale
mezzo di contrasto in risonanza magnetica
nei pazienti con insufficienza renale* 21

DAL MINISTERO

*Una professione autonoma e responsabile
al servizio dei diritti* 22

Attività di implantologia dentale 30

RUBRICA GIOVANI

31

BUONA SANITA'

*Marche: di nuovo la Regione
con la più alta speranza di vita* 33

*L'allergia a farmaci e la pratica
della desensibilizzazione* 37

La Certificazione

di **Fulvio Borromei**

Presidente OMCeO di Ancona

L'articolo 24 del Codice Deontologico così recita:

“Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obbiettivi e scientificamente corretti”.

Il testo è lineare e la sua comprensione semplice e chiara.

Il medico deve sempre certificare ciò che constatato direttamente e ciò che è oggettivamente documentato. Per cui mai deve certificare se non in presenza del paziente che riferisce e che visita.

Il MEDICO non deve mai sottostare a pressioni e/o sollecitazioni che possono alterare la veridicità del documento.

Le esigenze di una vita sempre più burocratizzata richiedono ai cittadini certificazioni di vario genere, per cui c'è la tendenza a pretendere di adattare alle proprie esigenze la certificazione stessa.

Sempre più spesso ci sentiamo richiedere certificati per attività sportive, per malattia, di buona salute, assicurativi, anamnestici, di idoneità, di impossibilità ad essere trasportati con mezzi comuni, di impossibilità a partecipare a riunioni di lavoro, ad udienze di tribunale ecc.

La comunità stessa ha dimenticato che questo è un atto che documenta l'attività medica, è una testimonianza scritta su fatti e comportamenti la cui dimostrazione può produrre affermazioni di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge e determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo e della società aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa.

Si deve rammentare inoltre che il dato clinico deve essere ben distinto dai sintomi lamentati o comunque da quanto riferito dal paziente.

Nel certificato devono essere riportati alcuni dati essenziali:

- intestazione o timbro del medico certificante;
- nome e cognome, data di nascita, residenza o domicilio del paziente;
- oggetto della certificazione con eventuale diagnosi e prognosi della malattia;
- firma del medico certificante;
- data e luogo di redazione del certificato.

Lo scritto deve essere leggibile e non riportare correzioni e se queste sono necessarie e non vi è possibilità di redigere di nuovo lo scritto, vanno controfirmate dal medico.

Il rilascio del certificato direttamente al paziente oggetto della certificazione rende implicita la sussistenza del consenso informato da parte del richiedente.

Il rilascio di un certificato falso potrà quindi rilevare un reato ed essere perseguito a livello deontologico, a livello amministrativo, a livello penale e a livello civile.

Insisto in questo concetto perché a volte assecondare esigenze del richiedente che ci possono sembrare di poco conto può produrre gravi conseguenze.

Oggi sembra che per tutto serva un certificato medico e ciò ha senz'altro contribuito a svilire il significato dello stesso da parte del richiedente.

Serriamo le fila ed autorevolmente facciamo riferimento all'articolo 24 del CD e denunciavamo anche all'ordine chiunque faccia indebita pressione per alterare la veridicità della certificazione.

COMUNICATO INPS – OMCeO ANCONA

Ai Medici di Medicina Generale

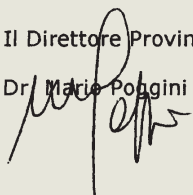
Verificato che nell'ambito della malattia risulta necessario puntualizzare le modalità di comportamento dei lavoratori assicurati e con lo scopo di allineare l'operato dei sanitari del Centro Medico Legale (CML) della Sede con quello dei Medici di Medicina Generale, si sono svolti, presso l'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Ancona e nella Sede Provinciale INPS, alcuni incontri volti a precisare e chiarire diversi aspetti del fenomeno malattia che vede impegnati da una parte i Medici di Famiglia – per quanto attiene il loro compito certificativo – e dall'altra il CML dell'Istituto, al quale spetta la verifica di conformità della certificazione emessa e la giustificazione o meno delle eventuali assenze a Visita Medica di Controllo Domiciliare (VCM).

Al fine di fornire ogni utile contributo a garanzia di un miglior servizio ai Cittadini nel rispetto delle norme e della deontologia professionale, si ritiene opportuno richiamare – in allegato – la normativa attualmente vigente per quanto attiene i compiti ed i doveri dei tre personaggi chiave dell'evento malattia: il lavoratore malato, il Medico Curante e l'INPS.

Per favorirne la divulgazione, si chiede l'affissione di tale allegato in tutti gli studi medici.

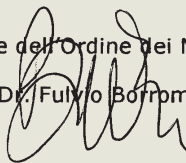
Il Direttore Provinciale

Dr. Maria Poggini



Il Presidente dell'Ordine dei Medici

Dr. Fulvio Borromei



L'indennità temporanea di malattia

di Mario Poggini

Direttore Provinciale INPS Ancona

1. AVENTI DIRITTO ALL'INDENNITÀ

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

2. L'EVENTO TUTELATO

L'evento tutelato è il complesso morboso a carattere evolutivo (acuto o riacutizzato) che rende il soggetto inidoneo ad impiegare le sue energie produttive nella mansione ordinariamente svolta o ad assumerne l'esposizione/gravosità.

La malattia cronica stabilizzata trova, invece, altri tipi di ristoro (riqualificazione, cambio mansione, invalidità, etc.).

La mera prescrizione di trattamenti fisioterapici è carente del requisito essenziale di prova che il soggetto sia altresì incapace al lavoro per la durata della medesima terapia e non dà diritto, di per sé, all'erogazione delle prestazioni economiche di malattia.

3. A CHI RIVOLGERSI PER OTTENERE IL CERTIFICATO

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

4. IL CARTIFICATO DI MALATTIA

Il lavoratore deve inviare il certificato di malattia all'INPS ed una copia al datore di lavoro (anche nel caso di certificato rilasciato da struttura ospedaliera).

La trasmissione all'INPS può avvenire in uno dei seguenti modi:

- consegna diretta allo sportello INPS;
- invio con lettera raccomandata (con ricevuta di ritorno).

Il certificato deve contenere l'indicazione dell'esatto e completo recapito del lavoratore al fine di consentire l'effettuazione delle visite di controllo.

L'omessa o incompleta indicazione della reperibilità comporta la perdita dell'intera indennità di malattia fino alla comunicazione dell'esatto recapito.

La consegna o la spedizione del certificato deve avvenire entro due giorni dalla data di rilascio (in caso di invio tramite posta fa fede il timbro dell'ufficio postale). In caso contrario, il lavoratore perde il diritto all'indennità di malattia per ogni giorno di ritardo, salvo che adduca e comprovi una giustificazione seria ed apprezzabile.

Il certificato va inviato all'INPS anche se la prognosi non supera i tre giorni.

La data di rilascio del certificato va ricompresa nel numero dei giorni di prognosi.

5. RISPETTO DELLE FASCE ORARIE DI REPERIBILITÀ

Il lavoratore, durante la malattia, è tenuto a rispettare le seguenti fasce di reperibilità:

- tutti i giorni, compresi i festivi
- dalle ore 10 alle ore 12
- dalle ore 17 alle ore 19

L'obbligo di osservanza delle fasce di reperibilità è generale ed inderogabile e pertanto:

- nessuno (né INPS, né ospedali, né medici) può rilasciare "autorizzazioni" preventive a non rispettare le fasce;
- la preventiva comunicazione dell'assicurato all'INPS del proprio allontanamento dal domicilio durante le fasce non garantisce la non effettuazione del controllo - d'ufficio o su richiesta del datore di lavoro - e non vale di per sé a giustificare l'eventuale assenza rilevata.
- il lavoratore, durante le fasce di reperibilità, oltre a rimanere a casa, deve collaborare fattivamente per consentire la regolare effettuazione della visita di controllo, accertandosi che non vi siano impedimenti che possano ostacolarla (ad esempio, controllare il buon funzionamento del citofono e del campanello, etc.).
- se, nel corso della malattia, il lavoratore si sposta in un domicilio diverso da quello indicato sul certificato medico, deve informare preventivamente e tempestivamente il datore di lavoro e l'INPS inoltrando a quest'ultimo comunicazione

INFORMAZIONI

di carattere generale

scritta da inviare con anticipo sufficiente alla programmazione dell'attività di competenza.

6. SANZIONI PER L'ASSENZA A VISITA DI CONTROLLO

- Prima assenza: perdita totale dell'indennità (relativamente al periodo di assenza) fino ad un massimo di 10 giorni dall'inizio dell'evento. Per lo stesso evento malattia, inoltre:
- seconda assenza: perdita del 50% dell'indennità per l'ulteriore periodo;
- terza assenza: perdita totale dell'indennità dalla data dell'ultima visita.

Il lavoratore assente alla visita domiciliare di controllo è tenuto a presentarsi alla visita ambulatoriale presso il Centro Medico Legale INPS ovvero presso la sede ASL (limitatamente alle zone territoriali di Fabriano, Jesi, Senigallia, Filottrano e Loreto) nel giorno e nell'ora indicati sull'invio lasciato dal medico fiscale, a meno che in quel giorno non sia avvenuta la ripresa dell'attività lavorativa; anche se in sede di visita ambulatoriale viene confermato lo stato di malattia del lavoratore, sarà comunque applicata la prevista sanzione in caso di ingiustificata assenza domiciliare.

Avverso i provvedimenti sanzionatori dell'INPS in materia di indennità di malattia può essere proposto, motivato e documentato ricorso al Comitato Provinciale dell'INPS entro 90 giorni dalla notifica del provvedimento.

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

1. Cause di forza maggiore che determinino l'assoluta inevitabilità dell'assenza dal domicilio durante le fasce di reperibilità;
2. situazione che abbia reso imprescindibile ed

indifferibile la presenza personale dell'assicurato altrove (funerali, improvviso ricovero di un familiare, convocazione da parte di pubblica autorità, partecipazione a pubblici esami). In ogni caso il lavoratore deve produrre idonea documentazione giustificativa;

3. concomitanza con visita, prestazione o accertamento specialistico che non potevano essere effettuati in ore diverse da quelle coincidenti con le fasce orarie di reperibilità.

In questa fattispecie rientrano le visite medico generiche che rivestono carattere di urgenza e/o indifferibilità.

I motivi che hanno determinato l'urgenza devono essere specificatamente attestati dal medico mediante la descrizione degli elementi clinici rilevati in sede di visita e la precisazione delle prestazioni erogate al lavoratore. Dall'esame degli elementi suddetti sarà valutata, dai medici del CML INPS, l'effettiva necessità del lavoratore di accedere presso il curante in orario ricompreso nelle fasce di reperibilità.

8. SPOSTAMENTO ALL'ESTERO DEL LAVORATORE MALATO

Lo spostamento all'estero del lavoratore in malattia non è, di massima, consentito, salvo autorizzazione.

Detta autorizzazione può essere rilasciata da parte dell'ASL o dell'INPS. Qualora l'interessato si rivolga all'INPS, il medico dell'Istituto valuterà, allo scopo, la necessità di migliori cure e/o assistenza che il lavoratore potrà ricevere nell'altro paese, sempreché lo spostamento in altra località durante la malattia non comprometta lo stato di salute del lavoratore e/o ne ritardi la guarigione.



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

Art. 1

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

Art. 2

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

- iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona che non abbiano superato i 40 anni compiuti alla data della scadenza del bando.

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

Art. 3

Vengono messi a disposizione nell'anno 2008-2009 n° 5 sussidi di studio da usufruire entro e non oltre il 31/12/2009.

La somma complessiva netta a disposizione per l'avente diritto (medico o odontoiatra) è di 4.500 euro per tre mesi (da frazionarsi nel caso in cui il periodo di formazione sia inferiore a tale durata).

Art. 4

Gli aspiranti ai suddetti contributi debbono presentare una domanda presso la segreteria dell'Ordine o a mezzo posta raccomandata, redatta su carta semplice, diretta al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ancona – Via Michelangelo Buonarroti n°1 – 60125 Ancona, **entro il 30/9/2008.**

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

Art. 5

Nella domanda gli aspiranti dovranno dichiarare sotto la propria responsabilità:

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

La domanda deve essere corredata di:

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

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

Al rientro in Italia i medici o odontoiatri dovranno esibire documentazione dello stage effettuato.

Il fac-simile di domanda è prelevabile presso la segreteria dell'Ordine o dal sito internet www.ordinemedici.ancona.it.

Art. 6

La commissione esaminatrice sarà composta da 5 componenti del Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri eletti dal Consiglio stesso. I candidati verranno valutati in base al progetto che intendono svolgere e, al fine dell'individuazione dei vincitori, verranno presi in considerazione: **voto di laurea (max 20 punti)**

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

INFORMAZIONI di carattere generale

specializzazioni (max 13 punti)

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

anzianità di iscrizione all' Ordine dei Medici

1 punto per ogni anno di iscrizione

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

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

pubblicazioni scientifiche (max 10 punti)

- pubblicazioni in extenso su riviste internazionali: 3 punti
- pubblicazioni in extenso su riviste nazionali: 1,0 punto
- abstract o atti di convegni/congressi internazionali: 0.5 punti

- abstract o atti di convegni/congressi nazionali: 0.25 punti

età anagrafica

a parità di punteggio sarà favorito il più giovane

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

La graduatoria verrà pubblicata presso la segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Ancona entro il 10/11/2008.

Art. 7

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

Il Presidente
Dr Fulvio Borromei

FACSIMILE DELLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Presidente
Ordine dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via M. Buonarroti, 1
60125 ANCONA

Il sottoscritto Dr. _____

nato a _____ (Prov. _____) il _____

Residente a _____ in Via _____ n. _____

Recapito eletto ai fini del concorso via _____ n. _____

Comune di _____ Tel. _____

CHIEDE

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

DICHIARA

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

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

ALLEGA ALLA PRESENTE:

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

Data _____

Firma _____

4^a Edizione Premio "Prof. Franco Bianchi" Tesi di laurea in Medicina dello Sport

di Fabio Santelli

Presidente Regionale FMSI Marche

Giunto alla sua 4^o Edizione, il Premio di Laurea "Prof. Franco Bianchi" ha suscitato anche quest'anno grande interesse da parte del mondo scientifico-sportivo della nostra provincia. Giovedì 10 aprile 2008, presso il Ristorante Passetto di Ancona, in occasione della Conviviale del Panathlon International Club di Ancona, è stato consegnato l'ambito premio. Questa edizione ha però rappresentato una novità particolare: infatti, sono stati due i vincitori del premio, con risultato ex-aequo; il Dott. Davide Enea di Pergola e il Dott. Marco Torcianti di Osimo. La Commissione giudicatrice era composta dal Dott. Fabio Santelli, Presidente in rappresentanza del "Centro Regionale di Medicina dello Sport" di Ancona (fondato nel 1991 e diretto per molti anni proprio dal Prof. Bianchi), dal Dott. Francesco Lattanzi e dal Dott. Sergio Giustini, rispettivamente Vice Presidente e Consigliere dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Ancona e del sig. Germano Peschini, Vice Presidente del CONI Regionale Marche e rappresentante del Panathlon Club di Ancona. La commissione, dopo aver attentamente vagliato la rilevanza scientifica delle tesi presentate, il voto di laurea, ed il curriculum sportivo dei candidati, ha ritenuto di considerare entrambe le candidature meritevoli di risultare vincitrici del Premio stesso. Per gentile concessione della Sig.ra Maria Costantina Venturini Bianchi, l'importo del Premio è stato innalzato e si è deciso di premiare le due interessantissime tesi presentate nella materia dell'Ortopedia, branca affine alla Medicina dello Sport. Il Dott. Enea ha presentato la sua tesi "Riparazione delle lesioni della cartilagine articolare mediante perforazione sub-condrale ed impianto di membrana collagenica: studio sperimentale" e successivamente il Dott. Torcianti ha presentato la tesi "Il ruolo delle Vitamine D e K nella osteogenesi riparativa". Entrambe le tesi sono state seguite dal Prof. Francesco Greco, Direttore della Cattedra di Ortopedia e Traumatologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università Politecnica del-



le Marche e dal Prof. Antonio Gigante. Ospite d'onore della serata il Prof. Fino Fini, per lunghi anni responsabile Medico della Nazionale Italiana di Calcio ed anche attualmente sempre presente nel ritiro sportivo di Coverciano in qualità di Direttore del Centro Documentale di tale prestigiosa sede. Il Prof. Fini ha tenuto una relazione fuori dagli schemi classici, raccontando degli aneddoti su vari importanti personaggi del mondo calcistico italiano. Molte sono state le domande da parte degli intervenuti, soprattutto per cercare di capire quali erano gli umori e i comportamenti di personaggi che hanno rappresentato la Nazionale Italiana di Calcio nelle varie manifestazioni del recente passato. Il Presidente del Panathlon Club di Ancona Tarcisio Pacetti, personaggio eclettico e vulcanico, al termine della serata ha annunciato un grande evento per lo sport e per la provincia di Ancona: l'arrivo nei giorni 13 e 14 maggio p.v. del famoso campione di atletica leggera Oscar Pistorius. L'evento, organizzato sempre dal Panathlon Club di Ancona e denominato "Desiderio, voglia di... mettersi in gioco", vedrà la partecipazione dell'atleta sudafricano ventunenne, che interverrà ad una seduta di allenamento al Palaindoor di Atletica di Ancona alla presenza di un folto numero di alunni delle scuole della città e provincia. La serata si è conclusa con l'arrivederci alla prossima edizione del Premio.

L'Attività Antidoping nelle Marche: Attualità e prospettive

di Fabio Santelli

Presidente Regionale FMSI Marche

I controlli Antidoping ad Atleti di qualsiasi disciplina sportiva che appartenga al CONI in tutta Italia, vengono effettuati da Medici iscritti alla Federazione Medico Sportiva Italiana, i quali hanno effettuato un Corso specifico con test attitudinale finale, superando il quale hanno assunto la qualifica di Doping Control Officer (DCO). Il Comitato Regionale Marche della FMSI, ha organizzato nel Marzo del 2006 un Corso per Medici finalizzato al conseguimento della qualifica di DCO. Complessivamente nelle Marche allo stato attuale esistono 25 medici che hanno conseguito la qualifica DCO e quindi in grado di poter effettuare tali controlli.

In passato i controlli antidoping venivano effettuati esclusivamente su campioni di urine, ma per la ricerca dell' Eritropoietina (EPO), proteina che può essere utilizzata in maniera fraudolenta per aumentare la concentrazione dei globuli rossi del sangue e quindi il trasporto dell'ossigeno, si è reso necessario che tali prelievi vengano effettuati anche su sangue. Nella nostra Regione soltanto 3 medici sono abilitati ad effettuare prelievi ematici.

Gli enti che richiedono alla FMSI i controlli antidoping in genere sono le singole Federazioni sportive (Controllo in TDP), il Ministero della Salute (Controllo CVD o a sorpresa), il CONI (Controllo CONI spesso durante le fasi di allenamento di particolari atleti).

L'attività svolta nelle Marche nel corso del 2007 è stata di 256 controlli per complessivi 948 Atleti testati relativamente a prelievi su urina, mentre per i prelievi ematici i controlli sono stati 9, per complessivi 36 Atleti testati. Per quanto concerne il 2008, i controlli su urine sono in media con lo scorso anno mentre sono aumentati quelli di tipo ematico. Sempre nel corso del 2007 la disciplina sportiva più testata è stata il Calcio sia maschile che fem-

minile; oltre all'Ascoli calcio c'era una squadra femminile che militava nel campionato di serie A1 femminile. Altre discipline molto controllate sono state la pallavolo, il basket, l'atletica leggera e naturalmente il ciclismo, ma anche nuoto, bocce, scherma, judo, tennis e ginnastica artistica. L'impegno nel 2007 è stato notevole, per la presenza di 2 squadre di Calcio in serie A, ciò significa che sistematicamente tutte le partite casalinghe delle rispettive squadre venivano controllate, ma grazie anche allo spirito di sacrificio dei medici DCO siamo riusciti a coprire tutte le richieste che ci sono pervenute sia per i controlli in TDP, ma soprattutto per quelli a sorpresa. Si ricorda che i controlli nelle competizioni sportive vengono effettuati prevalentemente nei giorni festivi o pre-festivi, ed il tempo impiegato per effettuare il controllo circa 4 ore in media più il tragitto.

L'opera silente del DCO si estrinseca anche nel costante aggiornamento al quale deve sottoporsi, sia per quanto concerne la parte pratica del lavoro, sia per quanto concerne l'aggiornamento della lista delle sostanze e farmaci Doping che si allunga di giorno in giorno. Le responsabilità del DCO includono: il prelievo antidoping, il controllo del movimento degli Atleti sottoposti a verifica, il rispetto della privacy, l'attenta osservazione delle operazioni del rilascio dei liquidi organici, la trascrizione di tutti i verbali inerenti il singolo prelievo, la corretta conservazione dei campioni prelevati fino alla spedizione al Laboratorio Antidoping. I campioni prelevati giunti al Laboratorio della FMSI dell'Acqua Acetosa di Roma vengono controllati in maniera anonima, ed i risultati vengono comunicati alla Federazione Sportiva richiedente, ed alla Procura Sportiva del CONI (Organo della Giustizia Sportiva). L'opera silente del DCO è così terminata.

Vecchio ospedale addio!

di Marcello Orlandini

Primario Emerito - Ospedale Regionale Ancona

Leggo sul giornale che tra qualche giorno le ruspe cominceranno a demolire il mio vecchio, Caro Ospedale "Umberto I", per fare spazio a nuove costruzioni!

Sono sicuro che tutti i cittadini, anche i più giovani, riusciranno a capire il dolore che stiamo provando noi vecchi ospedalieri di fronte a questo spettacolo che rappresenta la fine fisica di una parte gloriosa della sanità anconetana, la fine di un mito.

Dolore ed una serie interminabile di cari ricordi della vita mirabile di questo ospedale che dagli inizi del novecento fino a pochi mesi orsono ha lavorato per donare la sua insostituibile, preziosa attività a beneficio della popolazione.

Mi ritornano in mente i colleghi, gli infermieri, i tecnici, i portatini e le care, vecchie suore, poi sostituite dalle infermiere della Scuola Professionale.

E' stato un luogo di dolori, di nascite, di guarigioni, di successi professionali, di morte, come si addice ad ogni ospedale, e in questo caso con una valenza in più per il valore delle sue prestazioni, all'altezza della sua fama, che poi ha trasferito in eredità al nuovo Ospedale di Torrette.

Onore al nostro caro, vecchio Ospedale che vivrà sempre nei nostri cuori.

Onore a tutti coloro che hanno quivi operato con merito.

Care vecchie mura addio!



Progetto umanitario in Odontoiatria “Un sorriso anche per loro”

OSPEDALE FONDAZIONE DUBBO ONLUS ARECA WELAYITA ETHIOPIA

di Luigi Lucchetta

Odontoiatra Libero Professionista

A seguito di una recente visita umanitaria in terra Etiopica, in particolare nelle regioni del Welayita, Kulo Konta, Kembata, Gamo Gota, Bale, ho instaurato un rapporto con varie organizzazioni umanitarie del luogo. In particolare con la Fondazione Dubbo-Onluss che gestisce un Ospedale in Areka Welayita, le missioni estere dei Cappuccini della provincia Etiopica e i responsabili delle attività umanitarie dell'apostolato vicariato di Soddo e Hosanna.

L'ospedale della Fondazione Dubbo-Onluss merita una particolare attenzione da parte della classe sanitaria italiana, poiché a fronte di mezzi e attrezzature adeguate per i bisogni della popolazione della zona (anche se non sufficienti), ha un'enorme difficoltà a reperire operatori medici e odontoiatri.

Il progetto “Un sorriso anche per loro” intende organizzare un turn-over di medici-odontoiatri volontari sufficienti per operare in un moderno ambulatorio odontoiatrico situato all'interno dell'Ospedale stesso.

I sanitari interessati che decidessero di aderire, saranno ospitati in una confortevole palazzina all'interno della struttura Ospedaliera e potranno usufruire di vitto e alloggio gratuito.

Il periodo utile per tale servizio va da un minimo di tre settimane ad un massimo di tre mesi, termine di permanenza consentito dalle leggi Etiopiche.

Il periodo dell'anno più consono per operare va da ottobre a giugno, pertanto è necessario che chi intende avere maggiori informazioni sull'iniziativa compili al più presto la scheda sottostante. Sarebbe opportuno che già dall'ottobre prossimo si riuscisse a dare una continuità assistenziale odontoiatrica attraverso la struttura ambulatoriale. L'attività medico odontoiatrica prevalente, o quasi esclusiva, è un'attività chirurgico-estrattiva, è sicuramente un'ottima palestra date le

emergenze urgenze per i giovani laureati.

Le prestazioni vengono erogate dal lunedì al venerdì, il weekend è disponibile per visitare le regioni del sud Etiopia, luoghi di notevole interesse paesaggistico e culla dell'inizio dell'era umana.

La scheda dovrà essere inviata o per posta c/o DUELLE SERVICE – Via Tronto, 21/a – 60020 ANCONA o via fax al numero 071/883690 il più presto possibile.

Maggiori delucidazioni saranno fornite a tutti coloro che sono interessati contattando il Dott. Luigi Lucchetta 335/5272886 - 071/88369

FACSIMILE SCHEDA DI ADESIONE

COGNOME _____ NOME _____

LAUREATO IN _____
• ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA
• MEDICINA E CHIRURGIA

C/O UNIVERSITA' DI _____

SPECIALISTA IN _____

C/O UNIVERSITA' DI _____

ISCRITTO ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DI _____
N _____

NATO A _____

IN DATA _____

RESIDENTE IN _____ PROV _____ CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N _____

OPERANTE IN STRUTTURA O STUDIO IN _____

VIA/PIAZZA _____ N _____

PROV _____ CAP _____ TEL _____ FAX _____

E-MAIL _____

CELL _____

Desidero ricevere informazioni che riguardano il Progetto Umanitario in Odontoiatria “Un sorriso anche per loro”. Sono interessato a recarmi presso l'ospedale per prestare la mia opera professionale senza scopo di lucro, rendendomi disponibile ad essere inserito nella programmazione del personale medico-odontoiatrico nei seguenti periodi:

DAL _____ AL _____

Consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi della L. 675/96)

Sono a conoscenza che tutti i dati inviati saranno trattati secondo disposizioni in vigore legge 675/96 sulla tutela della privacy e riservatezza dei dati personali e non verranno divulgati a terzi; saranno utilizzati solamente al fine di perseguire l'iscrizione all'associazione ovvero per ricevere informazioni riguardo a promozioni in merito all'attività della associazione.

Ogni richiesta relativa ai diritti dell'interessato ai sensi dell'Art. 13 L.675/96 deve essere rivolta, tramite Raccomandata AR. AUTORIZZO L'UTILIZZO DEI DATI.

Firma _____

Il Cammino di Santiago

di Piero Bolognini e Pierluigi Sorichetti

Chi non ha mai sentito parlare del Cammino di Santiago!? del pellegrinaggio che, fin dall'alto Medioevo, ha portato folle sempre più numerose da ogni parte d'Europa fino alla tomba di S. Giacomo? Penso che, pur senza avere approfondito, chi più chi meno, tutti sappiano qualcosa in proposito. Sollecitati dal carissimo Amico e Consigliere del nostro Ordine, Sergio Giustini, Pierluigi ed io abbiamo scritto queste righe.

IN BREVE LA STORIA-TRADIZIONE LEGGENDA

“Dopo la morte e resurrezione di Gesù, l'Apóstolo Giacomo Maggiore, fratello di Giovanni, arriva nella penisola iberica e alla celtica Galizia, per “annunciare il Vangelo fino ai confini della terra”. Ritornato in Palestina, muore martire decapitato. I suoi discepoli trafugano il corpo e lo trasportano con una barca nuovamente in Galizia, fino a Iria Flavia, importante porto romano, per poi seppellirlo in un bosco. Lì erigono un altare su un'arca marmorea. Passano i secoli, durante i quali, anche a causa di persecuzioni e proibizioni a visitare il luogo, la tomba viene dimenticata fino a perderne le tracce. Intorno all'anno 813 l'eremita pastore Pelayo comincia a vedere luci misteriose su un campo (da qui, forse, il nome di Compostela, Campus Stellae). S. Giacomo, apparso in sogno al pastore, lo invita a scavare in quel posto. Viene così alla luce un'arca di marmo con i resti di un corpo decapitato. Si grida al miracolo, e il re delle Asturie Alfonso II, informati il Papa Leone III e Carlo Magno, fa costruire una prima chiesa sopra il sepolcro: sono gli albori di Santiago, terza città santa dopo Gerusalemme e Roma. Nel nome di S. Giacomo, protettore della cristianità, si riuniscono le forze per iniziare la “Reconquista” dei territori invasi dai musulmani. Santiago matamoros (che uccide i mori), viene raffigurato su un bianco destriero alla testa delle truppe cristiane”.

Lo scorso anno ne ho sentito parlare e mi sono subito incuriosito. Ho cominciato a cercare notizie ed ho maturato il desiderio di fare il Cammino appena possibile.

Decido di partire alla fine di aprile 2008, per dedicare tutto il mese di maggio al pellegrinaggio: il Cammino francese, ottocento chilometri su sentieri e stradine in terra battuta, se-



guendo le orme dei pellegrini medioevali, attraversando le città storiche del Cammino.

Solo fino a pochi giorni prima della partenza, quando un vecchio amico e collega ritrovato, Pierluigi Sorichetti, anche lui appassionato camminatore, aderisce alla mia iniziativa, seppure con la riserva iniziale di fare solo un parte del Cammino per via di un disturbo alla schiena.

Pierluigi ed io partiamo in treno, entrando subito nello spirito del pellegrino, e arriviamo a St. Jean Piéd de Port, da dove iniziamo a camminare.

Subito l'impatto con i Pirenei e quindi un dislivello di 1.200 mt il primo giorno! Freddo, vento gelido e neve in cresta, ma con il sole e le aquile sopra di noi! Un paesaggio mozzafiato con cime innevate e valli verdeggianti, pascoli e boschi a perdita d'occhio.

INFORMAZIONI di carattere generale



Dalla Francia passiamo, quasi senza accorgercene, alla Spagna, ed entriamo in Navarra, una regione collinosa ricca di boschi e campi di grano. Qui troviamo sole e caldo, tanto che arriviamo alla capitale, Pamplona, la città delle sfrenate corse dei tori e della cattedrale tardo medievale, con una bella abbronzatura, soprattutto della nostra metà sinistra, vista la nostra direzione fissa verso ovest!

Il paesaggio resta più o meno lo stesso quando attraversiamo la Rioja, se non per il prevalere delle distese di vigneti sui campi di grano; ma a Logrono, capitale della regione, cambia il tempo: inizia la pioggia che ci farà compagnia per un po'.

La Castiglia y Leon ci accoglie con un freddo eccezionale, ma è quando saliamo e attraversiamo i Montes de Oca, sotto la pioggia e immersi nella nebbia, che viviamo una delle giornate più intense: siamo soli in mezzo ad acqua e fango, sotto una pioggia sferzante per il vento gelido, per parecchi chilometri!

Proseguendo la nostra marcia arriviamo a Burgos, antica capitale del regno di Castiglia, con la sua cattedrale gotica (XIII sec) ricchissima di tesori artistici. Siamo sul vastissimo altopiano (850 mt) delle mesetas e delle terre de campos. Per alcuni è da folli attraversare le mesetas; farlo, però, regala una emozione incredibile, una suggestione unica: la vista spazia a 360° senza punti di riferimento all'orizzonte. Sembra di essere sospesi tra terra e cielo! Un venticello, sempre presente quassù, fa ondeggiare il grano ancora verde, mentre, in alto, le nubi più chiare e più scure, si rincorrono veloci, spinte da un vento forte e proiettano sul grano in movimento le loro ombre minacciose. C'è una atmosfera surreale, difficile da descrivere! Siamo soli in questo paesaggio stupendo, che induce alla meditazione.

Leon è la successiva città importante, già capitale del regno asturiano-leonese, famosa per

la sua cattedrale, gioiello del gotico spagnolo (XII-XIII sec), con le magnifiche vetrate, che diffondono luce e colori dall'effetto suggestivo, come mai visto lungo il Cammino. Una visita particolare merita la Real Basilica de S. Isidoro, emblema del romanico spagnolo.

Dall'altopiano saliamo sui Montes de Leon, fino alla cima del monte Irago (1500 mt), immersi nel silenzio di un sentiero, dove si ode solo la voce del vento, che batte le cime rotonde e nude di questi monti. In alto uno dei luoghi più emblematici del Cammino: la Cruz de hierro (la Croce di ferro), una piccola croce di ferro su un lungo palo di legno, che, isolata in cima, sembra voler congiungere la terra con il cielo. Alla sua base c'è una montagna di pietre, da secoli portate dai pellegrini, per chiedere protezione nel viaggio; un gesto ripetuto da molti anche oggi!





Scesi vertiginosamente dal monte e dall'altopiano raggiungiamo Ponferrada, la storica città templare, che conserva ancora un bellissimo castello, ricco di segni e simboli.

Ci troviamo ormai al confine tra la provincia di Leon e la Galizia, separate solo dal monte Cebreiro, che, come assicurano da queste parti... c'è, lassù!, anche se quasi mai si riesce a vederne la vetta, perché sempre nelle nuvole o avvolta dalla nebbia (anche d'estate).

Noi siamo molto fortunati, perché ci arriviamo dopo un temporale: le nubi si aprono, compare il sole e, sullo sfondo, un bellissimo arcobaleno. Uno spettacolo indimenticabile. Sulla cima un villaggio di origine celtica e la chiesa preromanica di S.ta Maria la Real.

La Galizia, con la sua vegetazione lussureggiante, ci accoglie con la pioggia, che ci accompagnerà senza tregua fino alla meta. Il Cammino continua per sentieri e stradine di terra battuta, un po' più comodi, lungo saliscendi attraverso campi di grano e boschi di querce, di castagni e di tantissimi eucalipti, che inebriano il nostro andare, divenuto ormai più spedito.

Arriviamo a Santiago de Compostela dopo trenta giorni di cammino, il 29 maggio 2008. A mezzo giorno siamo davanti alla cattedrale,

in piazza Obradorio: che emozione! Ce l'abbiamo fatta! Lo speravamo e lo volevamo, ma avevamo paura delle tante insidie, che abbiamo visto fermare o rallentare molti amici lungo il Cammino.

La tradizione vuole che, a conclusione del pellegrinaggio, si entri nella bella cattedrale (barocca all'esterno e romanica nel suo interno), passando sotto il Portico della Gloria, gruppo scultoreo romanico, definito "gloria dell'arte cristiana e meraviglia dell'arte universale". Arrivare a contemplarlo dopo tanto camminare e tanta difficoltà è commovente! Non ci resta che salire dietro l'altare maggiore per l'abbraccio all'Apostolo: è il gesto di affetto del pellegrino, che ringrazia per la protezione e che chiede all'orecchio del Santo qualcosa di molto speciale.

Imperdibile, poi, la celebrazione della Messa del pellegrino e la suggestiva benedizione col "botafumeiro" (un incensiere gigante: 54 kg di peso, sostenuto da grossa una fune di 100 kg, e manovrato da una decina di sacrestani), che viene fatto oscillare vertiginosamente da transetto a transetto, diffondendo incenso su tutti i presenti estasiati.

Il Cammino di Santiago è un percorso affascinante, una esperienza alla portata di tutti, do-

INFORMAZIONI di carattere generale

ve, quasi sempre, per raggiungere la meta, contano maggiormente le motivazioni interiori che la preparazione fisica. Ognuno può essere animato da uno spirito diverso: sportivo, naturalistico, culturale, religioso. Molti si mettono in cammino sulle tracce di una ricerca interiore, che qui si intesse di silenzio e di grandi spazi di solitudine, ma anche di incontri di grande umanità.

Quale che sia il sentimento iniziale, esso deve essere forte per indurre a lasciare la comodità della vita di tutti i giorni, le proprie abitudini, i propri affetti, o il proprio dolce far niente, per fermarsi un momento e guardarsi indietro prima di tutto, per stare un po' fuori dal mondo, soli con se stessi... e con Dio.

Quanto poche sono le cose veramente necessarie e quante sono, invece, le cose futili di cui giornalmente non riusciamo a fare a meno!

Certo è che è necessaria una grande forza di volontà, spirito di sacrificio e di adattamento. Ci possono essere momenti di affaticamento, di sofferenza fisica e di scoraggiamento, ma c'è sempre qualcuno lungo il Cammino pronto ad aiutarti! Come c'è sempre un familiare o un amico che ti segue da casa ed è pronto a



sostenerti e incoraggiarti anche solo con una telefonata!

Il tracciato attuale è ancora quello storico dei pellegrini medievali, sempre segnalato da una freccia gialla (la "flecha amarilla"). E ogni notte si dorme in rifugi antichi e nuovi, a disposizione dei pellegrini.

Fare il Cammino è stata una esperienza unica, indimenticabile, che sicuramente lascerà un segno nella nostra vita! Di sicuro al nostro rientro abbiamo portato una ventata di positività, che chi ci sta vicino non può non avere notato!

Un consiglio a tutti quelli che possono: fate il Cammino!!!



La Terapia con Ossigeno-Ozono o Ozormesi: recenti acquisizioni scientifiche

di Lamberto Re

Farmacologia Molecolare - Ossigeno Ozono Terapia
Università Politecnica delle Marche

Senza dubbio la terapia con ozono, tra incredulità e imbarazzo, è cresciuta negli ultimi anni anche se la sua conoscenza in termini di meccanismi d'azione e scientificità è rimasta sconosciuta ai più, generando a volte stucchevoli e inappropriati giudizi.

E' altrettanto vero che la variegata equipe di ozono terapeuti, nel loro isolamento ancorché sotto l'egida delle due maggiori Società scientifiche SIOOT e FIO, ha contribuito non poco a creare dubbi su una terapia che negli ultimi anni ha prodotto risultati terapeutici in molteplici affezioni tra cui spicca il controllo del dolore. Purtroppo, la mancanza di approfonditi studi, che sin dall'inizio sono stati omessi dai medesimi ozono terapeuti, ha incoraggiato la critica supportata oltre che dalla mancanza di studi controllati, da una minima ipotesi sugli eventuali meccanismi farmacologici e biochimici alla base dell'azione biologica dell'ozono quando usate a basse dosi, appunto *ozormesi*. La nostra esperienza di Farmacologia molecolare e clinica, nonché di Fisiologia delle sinapsi neuronali, non ci consentì immediatamente di avallare l'ipotesi degli effetti che venivano proposti per l'ozono appunto per la mancanza di tali studi.

Nonostante tale premessa la curiosità scientifica ci ha spinto a proseguire cercando, dopo il primo lavoro clinico ad elevato impatto internazionale che sanciva l'utilità terapeutica dell'ozono delle ernie discali (*Andreula et al., Am J Neuroradiol. 2003 May; 24(5):996-1000*) e in qualche modo lo toglieva ufficialmente dall'empirismo, eventuali effetti esercitati dall'ozono quando usato alle corrette dosi di miscelazione con ossigeno senza limitarci a ignorare solo perchè non conoscevamo. Il recente uso in Odontostomatologia, avallato scientificamente dalle stesse organizzazioni

scientifiche odontoiatriche, apre ulteriori frontiere e speranze per una più ampia accettabilità della tecnica.

La Medicina è piena di episodi aneddotici che da un puro empirismo hanno poi raggiunto una degna collocazione scientifica e terapeutica partendo dall'*oppio* attraverso la *digitale* fino all'*acido acetilsalicylico*, tanto per citarne alcuni.

La ostinata critica e opposizione a questa terapia assomiglia molto al travagliato avvio della tecnica della vaccinazione. Basti ricordare come Edward Jenner, circa due secoli fa, fu bollato dalla critica scientifica per aver proposto la teoria che un virus, ancorché attenuato, avrebbe potuto proteggere dalla malattia prodotta dallo stesso virus. Le maggiori riviste scientifiche, citandolo come the "*Evil of Vaccination*", definivano la vaccinazione come una tecnica "*nonsensical, unscientific, criminal and even sinful*". Sappiamo tutti cosa rappresentò e ancora rappresenta a distanza di secoli questa sua teoria. Nel proseguo di questo report comprenderemo l'accostamento alla teoria della vaccinazione.

Tornando all'ozono, i nostri studi e quelli di altri gruppi di ricerca sono stati improntati sia sulla evidenza clinica diretta "evidence based medicine" che sull'allestimento di alcuni protocolli scientifici atti a spiegare o rigettare alcune ipotesi sugli effetti indotti da piccole dosi di miscele ossigeno-ozono. Come vedremo tra poco, le scoperte e i lavori pubblicati su riviste scientifiche altamente qualificate dal punto di vista dell'indice di impatto e dalla validazione di Referee internazionali, hanno prodotto risultati incoraggianti che possono spiegare, almeno nelle ipotesi, i riportati effetti clinici e terapeutici.

Tali risultati, ottenuti in quindici anni di espe-

INFORMAZIONI

di carattere medico-scientifico

rienza clinica e di base, ci hanno indotto a ridefinire la ozonoterapia con un più ampio spettro di effetti biochimici e farmacologici e che quindi il binomio ozonoterapia-ernia discale andava rivisto proprio alla luce degli altri molteplici effetti indotti dal trattamento.

La nostra prima ipotesi di lavoro era quella di provare se uno stimolo ossidante indotto da basse dosi di ozono, che noi tutti conosciamo come uno dei più potenti ossidanti, potesse condizionare la cellula e alcuni meccanismi mitocondriali o cellulari e indurre di conseguenza una risposta antiossidante che proteggesse la cellula rendendola più resistente ai traumi e ai processi infiammatori in atto.

Infatti, al pari delle teorie sul pre-condizionamento ischemico (*Yamashita et al, Br J Pharmacol, 131(3): 415-422, 2000*), l'ipotesi molecolare che aggiustamenti biochimici e bioumorali conseguenti ad un breve e ripetuto stimolo ossidativo potessero rendere conto dei benefici che a volte si osservano in pazienti trattati con ozono in organi e funzioni biologiche apparentemente non correlate tra loro, ci sembrava una possibile via da percorrere. La teoria della vaccinazione rappresenta la migliore similitudine biologica.

Già alcuni lavori avevano messo in luce la possibilità che i trattamenti con basse dosi di ozono potevano interferire con i meccanismi infiammatori (*Leon-Fernandez et al, Mediators of inflammation 1998; 7:289-294*) e modulare il rilascio di alcune linfe e citochine (*Bocci V et al, Lymphokine Cytokine Res. 1993 Apr;12(2):121-6*), tra cui alcuni mediatori dell'infiammazione e del sistema immunitario).

La produzione scientifica degli ultimi tre anni ha ulteriormente rafforzato l'ipotesi di effetti farmacologici e biochimici dell'ozono con lavori che hanno dimostrato una modulazione dell'ossido nitrico (NO), in particolare quello prodotto dall'enzima Ossido nitrico Sintetasi endoteliale (eNOS), elemento fondamentale per una normale funzione del micro e macro circolo (*Ajamieh HH et al, Liver International 2004;24:55-62*) e l'aumento delle capacità antiossidanti che si rende evidente in seguito all'aumentata espressione del gene che codifica la Superossido Dismutasi (SOD) mitocondriale (*Re L et al, Transplant International 2005;15:604-612*).

Altri dati scientifici sono rappresentati da recenti lavori clinici che hanno dimostrato una efficacia dell'ozono in alcuni stati dismetabo-



lici, tra cui il diabete (*AL Dalain SM et al, Eur J Pharmacol, 523, 151-161, 2005*) e sono forieri di effetti potenziali dell'ozono in molte malattie causate originariamente da uno squilibrio ossidativo della cellula e da una over produzione di radicali liberi, come ad esempio nei traumi sportivi o nelle degenerazioni artrosiche (*Re et al. Int J Ozone Ther, 2008 in press*). Non meno importante dal punto di vista farmacologico la recente scoperta che il nostro organismo, in determinate condizioni su base infiammatoria, produrrebbe una sostanza molto simile all'ozono (*Ozone Like Molecule, Wentworth P et al., SCIENCE, vol 298 pag 2195, 2002*).

Un recentissimo lavoro ha inoltre dimostrato interazioni con il sistema purinergico e con alcuni recettori presinaptici dell'adenosina (*Leon-Fernandez et al, Transplant International. Jan;21(1):39-48, 2008*), aprendo frontiere interpretative ancora più vaste alla base di alcuni effetti clinici a volte sorprendenti. Non ultimo il lavoro di base in cui si dimostra un effetto protettivo dell'ossigeno ozono terapia come elemento di prevenzione nel danno prodotto da alcune malattie neurologiche, quali il Parkinson sperimentale indotto da rotenone (*Re L et al, Archives Med Res, 39: 17-26, 2008*).

Come si vede, molto si è fatto negli ultimi anni, ancorchè in situazione di difficoltà tecniche e di budget quasi insormontabili, che comunque hanno prodotto accostamenti scientifici e clinici anche da prestigiosi istituti nazionali e internazionali. Non ultima, la proposta ricevuta da cliniche di neurologia pediatrica di altissimo livello quali il Bambin Gesù di Roma, il Gaslini di Genova e il Besta di Milano sul possibile ruolo dell'ozono terapia a basse dosi in alcune malattie mitocondriali tuttora orfane di adeguata terapia farmacologica.

Alla luce dei dati riportati sopra e dai sempre più numerosi report sugli effetti clinici prodotti dall'ozono, **è finalmente in avvio uno studio osservazionale approvato come Progetto speciale dalla Regione Marche da realizzare in collaborazione con l'I.N.R.C.A. di Ancona per il controllo del dolore nella popolazione anziana**, quella forse più esposta al rischio di una terapia farmacologica a volte non scevra

di potenziali effetti collaterali in condizione di assunzione cronica.

Il problema dell'anziano riveste un interesse politico ed economico non più rimandabile in quanto l'allungamento della vita media, ai più alti livelli nella nostra Regione, comporta un impegno di spesa farmaceutica dedicata alle patologie dolorose dell'anziano ormai insostenibile. L'ossigeno-ozono terapia, tecnica povera e a basso impatto di spesa, potrebbe risultare un elemento fondamentale ed economico nella complementazione delle comuni terapie antalgiche, migliorando al contempo la qualità di vita della popolazione anziana.

Da ultimo un dato fondamentale. Nei decenni trascorsi su milioni di pazienti trattati in tutto il mondo con la tecnica mini invasiva e a basse dosi di ozono, l'incidenza di effetti collaterali è rappresentata da un numero dopo la virgola preceduto da cinque zeri. La sicurezza del metodo è quindi assolutamente provata e accertata e i pochi casi descritti sono per lo più legati a errori iatrogeni o dipendenti dalla tecnica usata. Ci sembra giusto concludere che, alla luce delle enormi potenzialità descritte, sia giunto il momento di allestire studi randomizzati e standardizzati, in cieco e doppio cieco, onde validare o rigettare, allora con onestà intellettuale ed etica come dettato dal nostro Codice Deontologico, l'uso medicale di miscele ossigeno ozono.



Rischi dell'impiego di gadolinio quale mezzo di contrasto in risonanza magnetica nei pazienti con insufficienza renale

di Giovanni Frascà* e Ugo Salvolini**

* *Direttore Nefrologia e Dialisi* ** *Direttore Dipartimento Scienze Radiologiche
Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona*

Il gadolinio è stato recentemente associato a rischio di Fibrosi Sistemica Nefrogenica (NSF), una rara patologia caratterizzata da fibrosi diffusa della cute e di altri organi, che insorge in media dopo 20-25 giorni dalla somministrazione e può essere fatale. Nessuno dei trattamenti sinora proposti ha dimostrato una sicura efficacia.

La NSF è stata sinora descritta esclusivamente in soggetti con insufficienza renale avanzata (VFG < 30 ml/min), verosimilmente per effetto della persistenza in circolo del farmaco, la cui eliminazione avviene quasi esclusivamente per via renale.

Sulla base delle linee guida degli enti di controllo (Food and Drug Administration; UK Commission of Human Medicines) si raccomandano le seguenti precauzioni:

1. Valutazione del Volume del Filtrato Glomerulare (VFG) in tutti i pazienti.

La sola determinazione della creatininemia può dar luogo a valutazioni errate. Il VFG può essere calcolato con il classico metodo della clearance della creatinina o con apposite formule che consentono di evitare la raccolta delle urine (disponibili sul sito www.ao-umbertoprime.marche.it/nefrologia).

2. La somministrazione di farmaci contenenti gadolinio è sconsigliata nei pazienti con VFG < 30 ml/min se non indispensabile per la definizione della diagnosi.

3. Nei pazienti già in trattamento dialitico le indagini con gadolinio devono essere effettuate solo in casi selezionati e solo se indispensabili. Non esiste ancora evidenza che la rimozione con la dialisi effettuata entro 24 ore dall'indagine elimini i rischi di NSF. In attesa di dati più sicuri è consigliabile comun-

que programmare un trattamento dialitico.

- Prendere accordi con il reparto "Dialisi" **prima** di programmare l'indagine contrastografica;
- N.B. i pazienti in trattamento con dialisi peritoneale devono essere sottoposti a emodialisi.

In relazione a quanto sopra si ritiene opportuno riconsiderare i protocolli diagnostici che includono il ricorso sistematico alla Risonanza Magnetica, in particolare tenendo conto dei soggetti a rischio, valutando la possibilità che in questi la Risonanza Magnetica sia sostituita da altra indagine; nel contempo si reputa indispensabile che il VFG venga esplicitato nelle richieste di Risonanza Magnetica.

Per eventuali approfondimenti, si segnala la seguente pubblicazione: Nortier GL and Del Marmol V. Nephrogenic systemic fibrosis – the need for a multidisciplinary approach. *Nephrol Dial Transplant* 2007;22:3097-3101

Si rimane a disposizione per eventuali chiarimenti.



Una professione autonoma e responsabile al servizio dei diritti

DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO E VOTATO PER ACCLAMAZIONE
DAL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNMCEO
Roma 22-23 febbraio 2008

NUOVE SFIDE PROFESSIONALI, ETICHE E CIVILI

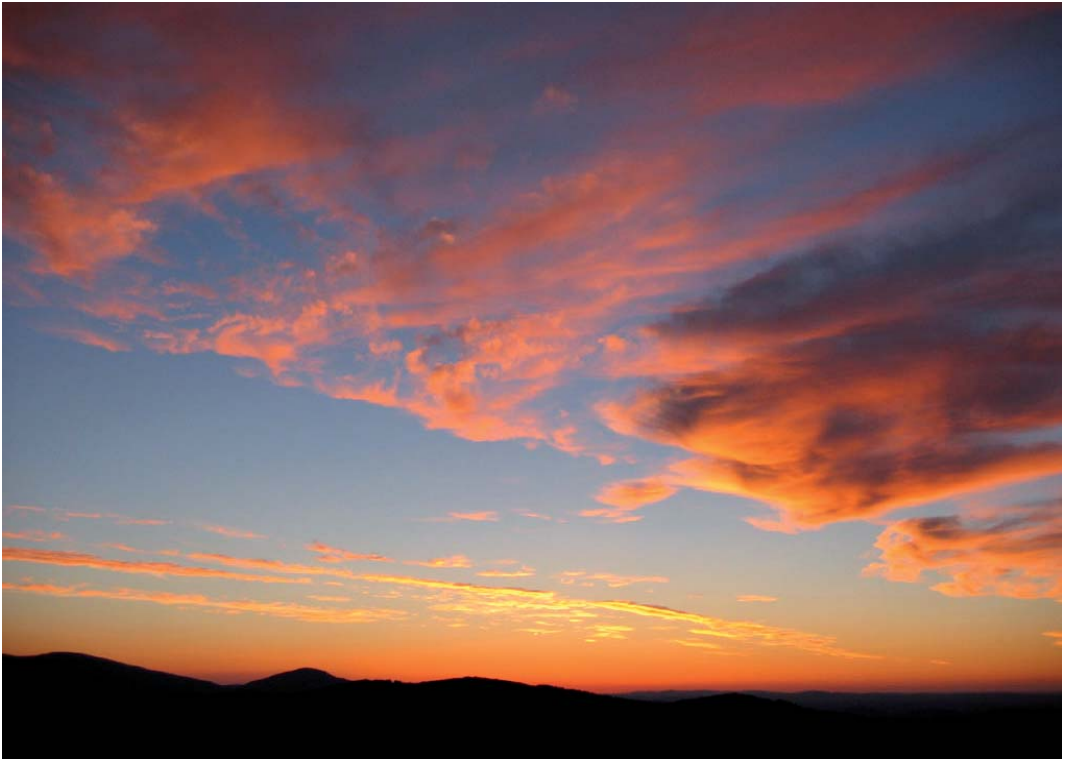
I processi di innovazione scientifica e tecnologica della medicina e le trasformazioni della sanità propongono alla società ed ai medici, sfide tecnico-professionali, etiche e civili sempre più complesse.

In questi processi che sollecitano assunzioni di responsabilità, anche le istituzioni professionali sono chiamate a risposte all'altezza delle sfide, a cominciare dalla capacità di ricomporre una professione frantumata in tante orgogliose diversità, intorno ad un progetto unitario, capace di rappresentare e comunicare una identità autorevole, fondata su una libera condivisione di valori etici e civili, di obiettivi sociali e tecnico professionali. Questa visione è oggi una realtà in progress potendo già contare, a livello nazionale, su una salda collaborazione tra la Fnomceo, le Organizzazioni sindacali e le Società scientifiche.

Il Consiglio Nazionale della Fnomceo ritiene che il consolidamento di questo obiettivo debba essere la prima risposta ad una categoria professionale che mostra segni, sempre più diffusi e profondi, di disagio professionale e di demotivazione pericolosa per la salute dei cittadini verso un presente ed un futuro percepiti senza speranze di miglioramento.

Tale disagio dei professionisti, al quale si aggiungono, in vaste aree del paese, preoccupanti segnali di sfiducia dei cittadini verso la sanità pubblica, trova spesso ragioni in una responsabilità politica degenerata in mero esercizio dei poteri che invade la sfera gestionale in modo arrogante e clientelare. Nell'esercizio responsabile dei nostri ruoli istituzionali, non intendiamo consegnare questo profondo malessere al qualunquismo di una sterile antipolitica, ma vogliamo adoperarci per restituire dignità e prestigio alla politica in un nuovo orizzonte di valori etici e civili, di





costumi sociali, di regole condivise che irrobustiscano tra i cittadini e i professionisti la fiducia nell'impegno per la collettività e le sue istituzioni democratiche.

Il Consiglio Nazionale della Fnomceo ritiene appropriata l'esperienza dei tavoli di lavoro già avviati con le Associazioni di tutela dei diritti dei malati, con quelle di tutela dei Consumatori, con la Federazione della stampa, con Farindustria e Assobiomedica, nonchè l'attivazione di collaborazioni istituzionali con l'Aifa, l'Anssr, l'Iss, l'Università, con gli Ordini e i Collegi delle altre professioni sanitarie.

Questa assunzione di responsabilità intende rompere quell'assordante silenzio sui temi della sanità che sembra accomunare i programmi elettorali fino ad oggi ufficializzati dai candidati al governo del paese.

La nostra sanità, sia quella pubblica che privata, ha invece un grande bisogno della "buona politica" capace di governare le tante criticità di un settore economico in rapida espansione che oggi vale il 12,4% del Pil, che vanta i tassi di innovazione tecnologica, di investimenti in

ricerca e sviluppo, di valore aggiunto per adde-
detto, di competitività internazionale su mercati strategici (farmaci, tecnologie sanitarie, e-health, eccellenze tecnico scientifiche), tra i più elevati del nostro Paese.

Questi dati, ampiamente condivisi da tutti gli esperti, legittimano la convinzione che la nostra spesa pubblica e privata, in linea con la media europea, non sia solo un costo ma un investimento che produce un bene primario, indispensabile alla identità civile e alla coesione sociale. Serve altresì una politica alta per riagganciare ad una sanità moderna, efficace ed accessibile, quelle vaste parti del Paese, il nostro Sud, le nostre isole, segnate da storiche disuguaglianze sociali ed economiche, per superare quanto non pare nè risolto nè risolvibile da questo federalismo e cioè un destino di terre di migranti, ieri per il diritto al lavoro, oggi per quello alla tutela della salute. Occorre una politica per il meridione che sappia affiancare a misure più generali di ordine economico e sociale, un piano straordinario per la sanità, pluriennale, a gestione controlla-

ta, di interventi in strutture, in tecnologie, in reti di servizi sanitari e socio-sanitari, in formazione, che faccia leva sulle risorse civili e sociali dei cittadini e dei professionisti che oggi pagano sulla loro pelle malagestione, arroganze e illegalità. Richiamiamo dunque l'attenzione su alcune questioni che intendiamo proporre come priorità della "buona politica in sanità" per le soluzioni possibili.

1. POLITICA E GESTIONE DELLA SANITA'

E' indifferibile ridefinire i rapporti tra le prerogative della politica e quelle della gestione: alla prima compete determinare le scelte strategiche di attribuzione equa e di distribuzione efficiente ed efficace dei servizi, alla seconda garantire la qualità, l'accessibilità, l'appropriatezza e la sicurezza delle attività nel rispetto delle risorse disponibili. L'esperienza di questi ultimi anni ci fa dire che l'invadente ruolo della politica è reso possibile da un impianto istituzionale (le predominanti competenze regionali in materia) e da una definizione legislativa degli assetti gestionali (l'aziendalizza-

zione, il ruolo monocratico del Direttore generale, il prevalere di mere finalità economicistiche) che incoraggiano i decisori di turno ad uso discrezionale delle deleghe, ai fini di mantenere un controllo del consenso sociale. Ogni soluzione che non sia una demagogica operazione estetica deve mettere in discussione questo impianto immettendo robusti correttivi.

- Va ridefinito e riconosciuto più spazio alla valutazione sui risultati di salute conseguiti nelle comunità, affiancando ai governi dei territori (municipalità, comuni, consorzi di comuni) il grande patrimonio civile e sociale rappresentato dall'associazionismo no profit.
- Va irrobustito in questa sanità federale, che sembra aver allargato le storiche disuguaglianze del nostro Paese, il ruolo dello Stato nel regolare e garantire l'accesso ai diritti fondamentali, così come previsto dalla Costituzione. A tal fine non bastano più i Lea che rischiano di diventare un mero elenco di prestazioni più o meno disponibili ai cit-





tadini, senza aver contestualmente garantito Livelli essenziali di qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, di sicurezza delle strutture e delle tecnologie, di formazione e aggiornamento dei professionisti, di efficienza nelle procedure di spesa, di utilizzo delle risorse umane.

- Vanno rivisti il ruolo e le attribuzioni del Direttore generale all'interno di un modello di azienda sanitaria che, a distanza di 15 anni dalla riforma, non è decollato, essendo stato progettato per conseguire obiettivi economici attraverso il governo dell'appropriatezza e dell'efficienza senza, se non addirittura contro, i clinici e le professioni sanitarie. Occorre porre rimedio all'inquietante solitudine e fragilità di questi amministratori verso il potere che li sceglie e che li valuta con totale discrezionalità. Nello stesso modo bisogna correggere la solitudine e la fragilità dei medici che da questi, con altrettanta totale discrezionalità, sono indicati o scacciati da ruoli di responsabilità professionale e gestionale. In questa spirale di po-

teri discrezionali che non sono tenuti a riconoscere e rispettare il merito e le capacità, risulta debole la tutela del bene primario da perseguire e devastante l'erosione della fiducia nel sistema tra i cittadini e tra i professionisti.

- Vanno introdotti provvedimenti idonei a consentire l'omogeneo sviluppo della cultura e della pratica della cooperazione e partecipazione dei professionisti clinici alla progettazione, gestione e valutazione delle attività sanitarie e socio sanitarie; un progetto di governance integrata, che affronti le grandi sfide dello sviluppo continuo professionale, della qualità dei servizi resi, della sicurezza delle cure, dell'uso appropriato delle nuove tecnologie e dei nuovi farmaci, peraltro, oggi più che mai determinanti il trend di crescita della spesa sanitaria.

2. SAPERE, SAPER ESSERE E SAPER FARE

E' ancora aperto ed irrisolto il confronto con le Facoltà di Medicina sulla formazione universitaria pre e post laurea e sull'abilitazione dei



medici ed odontoiatri, oggi ancora troppo lontana dalla complessità del moderno esercizio delle nostre professioni. Scontiamo sia uno storico ritardo culturale nel praticare un modello formativo che coniughi il “sapere” al “saper essere e saper fare”, sia uno schema di rapporti istituzionali, più contrattuale che cooperativo tra Ssn e Università. Al primo viene negata ogni competenza autonoma di formazione dei professionisti, al secondo vengono attribuite competenze nell’assistenza in funzione dei propri bisogni formativi. Tale sistema va riequilibrato perché è fonte di opportunismi, di conflitti, di bassa efficienza ed efficacia dei percorsi formativi, già troppo lunghi e costosi per i giovani, le famiglie e la collettività.

3. PREVENIRE E GESTIRE IL RISCHIO PROFESSIONALE

Riteniamo urgente un intervento legislativo in materia di prevenzione e gestione del rischio professionale in ragione dei suoi devastanti riflessi sui comportamenti professionali, sempre più prigionieri di logiche difensivistiche che

gravano il sistema sanitario di inutili costi economici e sociali. L’esperienza italiana e quella di paesi europei con sistemi sanitari comparabili al nostro ci portano a ritenere che i cardini di questa iniziativa legislativa dovrebbero essere:

- obbligo in capo a tutte le strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche, private accreditate e private autorizzate della copertura economica del risarcimento da responsabilità professionale per tutti i professionisti e per tutte le attività svolte in conto e per conto delle strutture stesse; per i liberi professionisti l’obbligo è in capo agli stessi con relative agevolazioni fiscali;
- sviluppo e consolidamento degli strumenti di risoluzione civilistica, stragiudiziale, dei contenziosi scoraggiando il ricorso inappropriato ai procedimenti civili e penali, affidando agli Ordini professionali l’individuazione degli esperti terzi, all’uopo selezionati e indicati in appositi registri;
- sperimentazione di modelli di riconoscimento, quantificazione e liquidazione del

danno mediante corresponsione di indennizzi che non necessitano della dimostrazione di un profilo di colpa professionale ma di un nesso di causalità dimostrato tra prestazione sanitaria effettuata e danno (sistemi no-fault);

- individuazione ed attivazione in ogni struttura sanitaria di funzioni dedicate alla prevenzione e gestione del rischio professionale, in particolare per quello connesso all'uso delle tecnologie, favorendo una cultura basata sulla collaborazione di più competenze e sulla valutazione dell'errore come strumento per migliorare la qualità dei professionisti e delle organizzazioni;
- individuazione ed attivazione di un Osservatorio nazionale, operante nell'ambito della Anssr con il compito di raccogliere tutti i dati regionali sul fenomeno malpractice. La banca dati contribuirà a definire standard e mappe di rischio per consentire una programmazione delle politiche di prevenzione, formazione e correzione delle organizzazioni e di definizione delle risorse finalizzate alla copertura del risarcimento; ogni anno l'Osservatorio, nel corso di un pubblico convegno, è tenuto a consegnare a tutte le istituzioni e soggetti aventi interesse, il proprio rapporto annuale;
- prevedere che le economie eventualmente realizzate a consuntivo di corrette politiche di gestione del rischio, restino in tale ambito al fine di realizzare concreti incentivi al miglioramento continuo della sicurezza delle cure.

4. REGOLARE I RAPPORTI CON LE PROFESSIONI SANITARIE

Riteniamo che i principi e le prospettive che negli ultimi 15 anni, a partire dalla legge 502/92, hanno radicalmente modificato formazione, stato giuridico e profili di attribuzioni delle ex professioni ausiliarie sanitarie, partorendo 22 diversi profili sanitari in parte di derivazione storica, in parte nuove, stiano evidenziando vistosi e preoccupanti limiti ai quali è urgente porre rimedio. Il riferimento è alle difficoltà nel regolare un sovrapporsi di competenze, di autonomie e responsabilità a cui

va aggiunta la incapacità di contenere le spinte a nuove professioni in ambito sanitario che vengono calate in un calderone di tensioni tra professioni, minacciando la qualità e la sicurezza nei servizi.

Non ci sfugge lo straordinario valore dello sviluppo delle conoscenze e delle competenze in atto in ambito sanitario che, sollecitando nuovi approcci culturali, ed organizzativi, superano tradizionali modelli assistenziali ed antichi ruoli professionali ma questi cambiamenti hanno bisogno di una cornice giuridica che si esprima sulle seguenti questioni.

- Una definizione di atto medico che ne tracci la potestà e i limiti per meglio definire la potestà ed i limiti degli atti da riservare ad altre professioni sanitarie consentendo altresì una nuova tassonomia giuridica delle professioni sanitarie e dei relativi profili da correlare ai percorsi formativi. Tutto ciò significa produrre trasparenza nell'interesse del cittadino che deve poter cogliere, nei termini e nei fatti, le differenze tra le diverse prestazioni sanitarie erogate da ciascun professionista.
- Prendere atto che lo sviluppo di nuove competenze settoriali nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione non può più tradursi nell'individuazione di ulteriori professioni sanitarie, caratterizzate cioè da un percorso formativo universitario e da atti e competenze riservate, ma recuperando e valorizzando la funzione formativa delle strutture e dei professionisti del Servizio sanitario nazionale riconosciute ed accreditate sulla base di requisiti e criteri validi e unici su tutto il territorio nazionale, conformi alle Direttive europee in materia e abilitati a rilasciare diplomi.
- Provvedere l'accesso delle professioni sanitarie alla dirigenza del Ssn esclusivamente e limitatamente a ruoli e funzioni coerenti con il biennio specialistico (3+2); tali funzioni, come è noto, sono riservate solamente ad attività di formazione e organizzazione, da individuarsi su scala aziendale.
- Prevedere che all'interno di modelli operativi e funzionali fondati sulla cooperazione e rispetto delle prerogative di tutte le pro-



fessioni, l'autonomia e la responsabilità tecnico-professionale ed organizzativo-gestionale del medico mantengano un indiscussa centralità a garanzia della continuità e unitarietà dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

5. IL VALORE CIVILE E MORALE DEI NOSTRI ORDINI PROFESSIONALI

Il tema della riforma delle professioni intellettuali e degli ordini professionali ci coinvolge con alcune forti specificità. Ai nostri Ordini non si adattano alcune rappresentazioni care ai sostenitori del libero mercato per la semplice ragione che i nostri servizi professionali non sono né possono essere soggetti o oggetti di un mercato comunemente inteso, così come il cittadino utente dei servizi sanitari è un "consumatore debole ed imperfetto" in ragione del persistere di una asimmetria informativa che è impossibile compiutamente risolvere. Siamo convinti che la tutela della salute garantita da un Ssn universale e solidale, equo ed accessibile sia una delle più forti espressioni dell'identità civile e morale del nostro paese e uno strumento formidabile di coesione tra strati sociali, generazioni, culture. Gli Ordini

che vogliamo sono enti pubblici non economici, con funzioni sussidiarie dello Stato, con organi direttivi agili, eletti in base ai principi della democrazia rappresentativa, titolari di competenze disciplinari erga omnes sugli iscritti agli albi, autori e custodi della Deontologia professionale ed aventi lo scopo di tutelare la libertà, la dignità della persona e i diritti del cittadino promuovendo e valutando la qualità professionale, garantendo l'autonomia e la responsabilità dei professionisti, sollecitando la condotta professionale al perseguimento dei grandi principi morali di beneficienza, giustizia e rispetto dell'autodeterminazione dell'individuo.

Vogliamo i nostri Ordini vicini alle Istituzioni sanitarie, a supporto dei loro compiti di tutela della salute pubblica; per questo siamo stati a Napoli in prima fila, chiedendo fiducia nei medici e nelle istituzioni ad una comunità oltraggiata da disinformazione, silenzi, incapacità amministrative e colpita nei suoi diritti alla tutela della salute da una devastazione malthusiana dei suoi territori.

Vogliamo i nostri Ordini vicini ai cittadini, ai loro bisogni, alle loro inquietudini, capaci cioè di dare risposte forti ed equilibrate ai dubbi, al-

le incertezze tecniche, civili, etiche, che il travolgente sviluppo della medicina inevitabilmente propone, basta pensare all'esplosione delle questioni bioetiche su inizio e fine vita.

Vogliamo che i nostri Ordini possano tutelare i giovani, garantendone l'ottimale formazione di base e specialistica, favorendo il loro ingresso nella professione, proteggendo lo sviluppo delle loro conoscenze e competenze libere da conflitti di interesse.

Vogliamo che i nostri Ordini possano contribuire a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini, a vincere la sfida della sostenibilità economica assumendoci la responsabilità morale e tecnico professionale dell'uso appropriato delle risorse. Vogliamo che i nostri Ordini custodiscano anche all'interno della professione il prezioso valore della solidarietà, irrobustendo il ruolo delle Casse previdenziali autonome preposte ad un sistema compiuto di tutele post lavorative e di presa in carico delle fragilità.

Il Consiglio Nazionale della Fnomceo impegna

dunque il Comitato Centrale ed il Presidente a promuovere in Roma, nel giugno prossimo, **l'organizzazione di una Conferenza Nazionale della Professione Medica ed Odontoiatrica** aperta a tutte le rappresentanze professionali e a tutti gli interlocutori istituzionali e sociali presenti sui tavoli di confronto con l'obiettivo di proporre al nuovo Governo e al nuovo Parlamento una piattaforma di proposte per il rilancio dei ruoli tecnico-professionali, civili e sociali dei nostri professionisti e dei nostri Ordini.

Il Consiglio Nazionale della Fnomceo impegna inoltre il Presidente ad **inviare il presente documento a tutti i candidati nelle prossime elezioni alla Presidenza del Consiglio, e a tutte le Istituzioni** nella consapevolezza che la crisi della professione si supera riaffermando il ruolo politico, sociale e civile delle organizzazioni professionali in un rapporto tanto continuo e coerente con la società civile quanto dialettico con i decisori politici ed intransigente contro la cattiva politica.



Attività di implantologia dentale

di Giovanni Leonardi

Direttore Generale

Si fa riferimento alla lettera pari oggetto, in data 25 gennaio 2008 (prot. 273), con la quale, nel segnalare il caso di due medici chirurghi, specialisti in chirurgia maxillofacciale, iscritti all'albo dei medici e non all'albo degli odontoiatri, che praticano interventi di implantologia dentale, si chiede a questo Dicastero se questi professionisti possano legittimamente svolgere dette attività.

Al riguardo si rappresenta quanto segue.

Con legge 409/85 è stata istituita in Italia la professione di odontoiatra. In base all'articolo 2 di detta legge "formano oggetto della professione di odontoiatria le attività inerenti alla diagnosi ed alla terapia delle malattie ed anomalie congenite ed acquisite dei denti, della bocca, delle mascelle e dei relativi tessuti, nonché alla prevenzione e riabilitazione odontoiatrica".

Detta legge, di recepimento di direttive comunitarie (78/686/687/CEE) ha operato una netta separazione tra la figura professionale dell'odontoiatra e quella del medico chirurgo.

Tali disposizioni trovano conferma nella direttiva 2005/36/CE recepita nell'ordinamento nazionale con il decreto legislativo 9 novembre 2007 n. 206.

Ciò premesso si rappresenta che già in passato

è stata sollevata la questione relativa alla possibilità che i medici chirurghi, specialisti in chirurgia maxillofacciale, potessero esercitare l'odontoiatria, in virtù di alcuni contenuti formativi comuni o assimilabili a quelli del corso di laurea in odontoiatria.

Al riguardo però si è già espressa la Corte di Cassazione che, nella sentenza n. 4466/05, nel riconoscere autonomia professionale tra l'odontoiatria e la chirurgia maxillofacciale, ha escluso che i relativi percorsi formativi, pur potendo alcuni di essi avere contenuto comune o comuni basi propedeutiche, siano frangibili.

La fungibilità è esclusa anche dal fatto che non è prospettabile che l'odontoiatra possa effettuare interventi di chirurgia maxillofacciale. Nel merito della questione posta da codesto Ordine, a parere dello scrivente, l'implantologia dentale è una metodica di riabilitazione odontoiatrica e rientra, come tale, nelle competenze specifiche dell'odontoiatra e, come diritto acquisito, di una particolare categoria di medici chirurghi iscritti all'albo degli odontoiatri.

Si esclude quindi che l'implantologia dentale possa essere praticata dai medici chirurghi specialisti in chirurgia maxillofacciale.



Buongiorno! Eccoci ad un altro appuntamento della Rubrica Giovani. Prima di lasciarvi all'argomento che ho scelto come tema di questo numero, volevo fare un commento sulla precedente edizione, dedicata alla ricerca. Mi preme ringraziare il Dottor Luciano Leone per il riferimento all'intervista al premio Nobel per la Medicina, Mario Capecchi, pubblicata su "Il giornale della previdenza dei Medici e degli Odontoiatri" anno IX n. 9. In effetti vengono espresse tutte le perplessità riguardo il panorama della ricerca italiana, che attualmente non sembra affatto roseo e troppo spesso spinge purtroppo i giovani ricercatori a spostarsi all'estero. Il ringraziamento è dovuto per due motivi: primo perché effettivamente è stato uno spunto interessante per leggere una cosa che mi era sfuggita (mea culpa) e secondo perché ora so che qualcuno legge effettivamente questa piccola rubrica, e vi assicuro che non è una cosa da poco, considerato l'altrimenti scarsissimo riscontro che trovo in genere. Per la serie... c'è nessuno???

Ed ora vi lascio alla lettura dell'argomento del giorno: medicina basata sull'evidenza e medicina basata sulla narrazione a confronto. Voi cosa ne dite? Aspetto come sempre i vostri commenti.

Evidence based medicine e narrative based medicine: due facce della stessa medaglia?

In principio era lo sciamano... poi nel corso degli anni il guaritore ha assunto il ruolo di persona dotta, di punto di riferimento per i soggetti in difficoltà ed infine si è fatto scienziato.

Può sembrare banale ma non lo è...

Faccio parte di quella generazione che ha visto nascere l'evidence based medicine... ovvero appartengo a quella popolazione medica che di EBM ha sentito parlare già dai tempi dell'università e si trova oggi ad assumere l'evidenza clinica come quanto di più ovvio possa esistere nella pratica medica quotidiana. E fino a qui nessun problema. E allora dov'è la novità? Come si faceva a fare il medico prima di scoprire l'EBM? Eravamo tutti stregoni che andavano per tentativi? O ci affidavamo ad un altro tipo di EBM... la medicina basata sulle esperienze più che sulle evidenze? Difficile da dire, perchè ad oggi sembra che la medicina scientifica e razionale esista solo da quando conosciamo il mondo dell'evidenza clinica. E proprio mentre i miei pensieri stanno per arrendersi a tutta questa metodologia scientifica e statistica concettualmente ineccepibili, ecco che mi giunge un nuovo concetto...la medicina basata sulla narrazione. E allora cerco di informarmi... cerco di capire di cosa stiamo parlando. E scopro che il vecchio

modo di fare il medico, ovvero ascoltare i problemi delle persone che abbiamo in cura, è finalmente tornato di moda. Alleluia!

Ed è a questo punto che scattano le riflessioni. Perchè la medicina basata sulle evidenze è importante, anzi, è indispensabile affinché il nostro operato sia il migliore possibile in base alle conoscenze attuali, ma la medicina basata sulla narrazione ci riporta a contatto con la sostanza del nostro lavoro, ovvero le persone. Non sono assolutamente un esperta di queste materie, e per gli approfondimenti del caso vi rimando al libro presentato lo scorso 21 giugno dall'Ordine dei Medici di Ancona, scritto dal Dott. Marinelli e intitolato "Introduzione alla medicina narrativa", un testo molto interessante e con tantissimi spunti da approfondire in base alle proprie esigenze o curiosità. Quello che però mi viene spontaneo pensare è che si senta oggi la necessità di tornare alla medicina umana in risposta all'estremismo della scienza introdotto con l'EBM. La medicina narrativa ci insegna ad ascoltare il paziente che abbiamo di fronte e a considerarlo innanzi tutto un individuo, la medicina basata sull'evidenza ci dice come dobbiamo comportarci di fronte ad una malattia e quale strategia diagnostico-terapeutica sarà più efficace in termini di costi e benefici. In soldini, nessuna

delle due ci spiega cosa significa curare una persona, farsi carico effettivamente di un essere umano che si trova in una situazione di disagio o difficoltà e chiede il nostro intervento. La sensazione che mi deriva da tutti questi tipi di "fare medicina" è che esistano gruppi diversi di medici, che decidono di operare su soggetti altrettanto diversi. Da una parte abbiamo chi cura le malattie con rigore scientifico indiscutibile, dall'altra chi cura la persona attraverso il dialogo e l'empatia. Ma forse la domanda più importante è un'altra: tutto questo chi ce lo insegna? Impariamo effettivamente l'EBM e le sue ricadute pratiche all'università e durante gli anni della specializzazione? E la NBM è una cosa che si può insegnare? Può qualcuno spiegare a qualcun altro come porsi di fronte ad una persona che vive un momento di sofferenza legato alla malattia? O piuttosto questo modo di fare è legato alla sensibilità del singolo medico? Possiamo effettivamente imparare ad essere protesi verso gli altri, mantenendo un ruolo professionale? Si può insegnare ad essere empatici con i pa-

zienti senza rimanere troppo coinvolti dalle loro storie? A dire il vero ho tanti dubbi a riguardo, ma anche tante speranze. Il passare da un estremo all'altro quanto meno può servire per fermarsi a riflettere.

Insomma... il mio pensiero è che in sostanza si debbano conoscere entrambi i tipi di medicina per poterli adeguatamente mescolare al momento giusto e secondo le necessità. Il risultato? Probabilmente la medicina basata sul buon senso... quello che a volte ho la sensazione che si sia perso nei meandri della burocrazia e degli estremismi di ogni natura. E nel mezzo, sospesa tra tutto, rimane la medicina fatta con il cuore, quella che ci porta a dedicarci agli altri senza troppe riflessioni scientifiche o filosofiche. E adesso probabilmente penserete che sono un'idealista e un'inguaribile romantica...forse, ma sono giovane ed è un lusso che dovette concedermi!

Voi cosa ne pensate?

Alla prossima riflessione...

Bianca Lattanzi
biancadoc@hotmail.it



Marche: di nuovo la Regione con la più alta speranza di vita

di Marcello M. D'Errico* e Flavia Carle**

* *Cattedra di Igiene* ** *Centro di Epidemiologia e Biostatistica*
Università Politecnica delle Marche

Le Marche si confermano anche quest'anno la Regione con la più alta speranza di vita sia per gli uomini che per le donne: 79,2 sono gli anni che mediamente può sperare di vivere un uomo nato nelle Marche e ben 84,8 per una donna. E anche quando andiamo a vedere la speranza di vita a 65 anni il primato resta ai marchigiani: 18,3 anni per gli uomini, 22,3 per le donne.

Sono solo alcuni dei dati che emergono dal **Rapporto Osservasalute 2007**, un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, pubblicato oggi dall'**Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane** presso l'Università Cattolica coordinato dal professor Walter Ricciardi, Professore ordinario di Igiene presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, e frutto del lavoro di **oltre 200 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano**, che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere ed Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale Tumori, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero della Salute, Istat. Referenti per la Regione Marche sono il Prof. Marcello D'Errico (Cattedra di Igiene) e la Prof.ssa Flavia Carle (Centro EBI) dell'Università Politecnica delle Marche.

La Regione Marche è quella che presenta in generale i tassi di mortalità più bassi del paese (uomini e donne presentano tassi rispettivamente pari a 84,80 e 48,32 per 10.000). Le Marche hanno anche un discreto indice di fecondità che, benché nel 2006 sia inferiore al valore medio nazionale (pari a 39,5 nati stimati in media per anno ogni 1.000 donne in età feconda) si assesta sul 38,2 per mille.

Quanto agli stili di vita bisogna sottolineare che i marchigiani fumatori sono il 20% della popolazione regionale over-14, mentre il 53,6% della popolazione è costituita da non fumatori; la media nazionale invece è di un 22,0% di fumatori e un 53,2% di non fumatori.

La linea dei marchigiani non è da fare invidia ma comunque è simile a quella italiana: il 34,4% degli adulti è in sovrappeso, verso una media nazionale del 34,7%, e il 9,8% degli adulti è obeso, verso la media italiana del 9,9%. Buona la percentuale di marchigiani non sedentari: il 22,2% pratica sport in modo assiduo, (20,9% media dell'Italia) mentre ben il 36,7% non ne pratica affatto (39,8% media italiana).

Passando ai consumi di alcol risulta che il 25,6% dei marchigiani non ne consuma, una percentuale al di sotto della media nazionale pari al 28,0%. Le Marche sono una delle regioni che nella fascia di età superiore a 65 anni presenta i valori di prevalenza di consumatori a rischio più elevati insieme a Umbria e Molise per i maschi e a Friuli e Liguria per le femmine. Lo stesso dicasi per i giovanissimi: la frequenza di binge-drinker tra i maschi nelle Marche è del 4,2%, più bassa tra le femmine, 2,8%, a fronte di una media nazionale del 7,8% e 3,9% rispettivamente.

Per quanto riguarda le abitudini alimentari dei marchigiani si rileva un consumo di 5 o più porzioni/giorno di verdura, ortaggi o frutta inferiore alla media nazionale mentre più elevati sono i consumi relativi al pesce ed ai salumi.

Quanto alla prevenzione, promosse le Marche per i tassi di copertura vaccinale di bambini di età inferiore ai 24 mesi - Anno 2005: nella regione infatti si registra una copertura del 98,1% per Poliomielite, Difterite e Tetano o per Difterite Tetano e Pertosse, del 97,9% per Epatite B, dell'87,5 % per una dose di vaccino anti-Morbillo, Rosolia e Parotite (MPR) e del

97,1% per *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib), tutti valori al di sopra delle medie nazionali.

Non trascurabile la frequenza degli incidenti stradali, 4,49 casi per 1000 abitanti (dato 2005) rispetto a una media italiana di 3,8 per 1000; tuttavia l'indice di gravità degli incidenti è pari all' 1,5% nel 2005, più basso della media italiana di 1,7%.

Quanto invece agli incidenti domestici, nell'ultimo trimestre 2005 nelle Marche sono stati 8,7 i casi per mille abitanti contro la media nazionale di 13,1 per mille.

Dando uno sguardo alla salute dell'ambiente, si vede che le Marche hanno un buon grado di confluenza delle acque reflue nella rete fognaria pubblica attraverso uno o più impianti di depurazione. Infatti sono una delle regioni dal più elevato numero di comuni (70%) con depurazione parziale. Quanto allo smaltimento dei rifiuti la regione ha un solo inceneritore in cui smaltisce il 2,2% dei rifiuti solidi urbani, mentre il 65% di essi viene smaltito in discarica.

Per quanto riguarda le malattie infettive, da rilevare per le Marche che il tasso di incidenza di AIDS (2,5 per 100.000) per l'Anno 2006 è più alto della media nazionale, pari a 1,7. Sarebbe necessario approfondire l'analisi dei fattori di rischio per valutare l'ipotesi di una scarsa informazione sulle modalità di trasmissione della malattia.

Sempre per le malattie infettive le Marche sono una dimostrazione che la copertura vaccinale paga: la frequenza di morbillo, parotite e rosolia è diminuita nel periodo 2000-2005 rispetti-

vamente di circa il 78%, 97% e 99% mentre la copertura vaccinale risulta, nel periodo 2005, in linea con quella nazionale (88%).

Per quanto riguarda invece i tumori, le Marche presentano un tasso medio standardizzato di incidenza per tutti i tumori maligni tra 1998 e 2007 di 357,1 per i maschi per 100 mila (media italiana 357,0 casi) e per le femmine 256,7 (media nazionale 267,7) per 100 mila.

Quanto invece alla mortalità maschile per queste malattie, le Marche presentano un valore di 187 casi per 100 mila (Tasso medio standardizzato di mortalità, classe di età 0-84 anni - Anni 1998-2007) contro una media italiana di 203,1 casi per 100 mila.

Risulta contenuta la mortalità tra le donne: 98,0 casi per 100 mila contro una media italiana di 109,2 casi.

Sicuramente da non trascurare un altro fattore indicativo dello stato generale di salute della regione: la presenza di persone con disabilità di 6 anni e più che vivono in famiglia - Anni 2004-2005, è pari al 4,5% (4,8% valore medio italiano) di cui il 66,6% donne. Fortunatamente il 14,8% delle famiglie con almeno una persona disabile nelle Marche è ricorso all'assistenza domiciliare sanitaria (l'insieme di interventi a carattere sanitario, infermieristico e riabilitativo offerti a domicilio a favore di persone temporaneamente o permanentemente non autosufficienti a causa di patologie croniche stabilizzate che non richiedono il ricovero in strutture ospedaliere) negli stessi anni, mentre solo il 21,8% delle famiglie che ne avrebbe avuto bisogno non ne ha poi di fatto usufruito.



Per quanto riguarda invece il tasso grezzo di ospedalizzazione per disturbi psichici (incluso in questa definizione un'ampia gamma di disturbi tra cui le psicosi, le nevrosi, i disturbi della personalità ed altre patologie, anche correlate all'abuso di sostanze), questo risulta in diminuzione nelle Marche (da 57,8 casi per 10.000 nel 2001 a 46,7 nel 2004), in linea con la generale tendenza alla diminuzione nel resto d'Italia (da 56,5 a 52,4).

Basso il consumo di farmaci antipsicotici nelle Marche (2,1 dosi definite giornaliere) rispetto alla media nazionale (3,5) per 1000 abitanti nel 2006. Invece quello di antidepressivi è simile al dato nazionale (30,1), assestandosi nel 2006 su 31,2 dosi definite giornaliere per 1000 abitanti.

E anche per la mortalità per abuso di stupefacenti, con 3,5 casi per 100 mila abitanti nel 2006 (Tassi di mortalità per 100.000 per abuso di stupefacenti nella fascia di età 15-44 anni) le Marche superano la media italiana (2,2 casi).

Se passiamo ad analizzare la salute materno-infantile, emerge subito un dato positivo: la proporzione dei parti con taglio cesareo per le principali classi di età è inferiore alla media nazionale (dati 2004), 22,3% (under-18), 29,8% (18-29 anni), 38,5% (30-44), contro una media italiana di 32,1%, 35,0%, 39,7% rispettivamente. Nella fascia di età uguale o superiore ai 45 anni la proporzione di parti cesarei ha subito un notevole aumento nel 2004 (71,4%) rispetto al 1999 (47,1%).

La frequenza di abortività spontanea che si registra nelle Marche nel 2004, almeno guardando il tasso medio per tutte le età, è pari a 116 casi per 1000 nati vivi, contro una media italiana di 124,8.

Quanto all'aborto volontario, il tasso medio nelle Marche è pari a 7,7 casi per 1000 donne, dato inferiore a quello nazionale (9,7 casi per 1000).

Infine buono anche il tasso di mortalità infantile tra 2002-2004, essendo di 3,2 casi per mille nati vivi contro una media italiana di 3,7 casi.

Andando ad osservare invece la "salute" del Sistema Sanitario Regionale, tra le performance economico-finanziarie delle Marche emerge che la Regione è caratterizzata da una spesa sanitaria pubblica corrente in rapporto al PIL tra 2003-2004, paragonabile a quella ita-

liana (1,0% verso 1,1%).

Piuttosto bassa nelle Marche la spesa pro-capite nel 2006 (1607euro), contro una media italiana di 1688 euro nello stesso anno.

Per quanto riguarda il disavanzo sanitario pubblico pro-capite, le Marche sembrano essere al Centro la sola regione attiva con un avanzo di 37 euro pro-capite nel 2006, contro un disavanzo medio dell'Italia di 43 euro.

Ciò nondimeno per le Marche si può affermare che l'avanzo è associato almeno in parte a sottospesa, cioè un livello di spesa pro capite inferiore a quella osservata a livello nazionale.

Sul fronte dell'assetto istituzionale organizzativo ecco un altro piccolo "punto" a favore delle Marche: contro una media italiana di circa l'11,8% dei dipendenti delle ASL e Aziende Ospedaliere costituito da personale che ricopre un ruolo amministrativo, la Regione ha infatti un valore più basso di personale amministrativo pari al 10,2% di tutto il personale.

Discretamente bene anche per quanto riguarda le nuove forme di organizzazione della medicina territoriale: l'associazionismo in medicina generale fa registrare per le Marche il 38% dei MMG in Associazione semplice, contro una media italiana del 27% e ben il 33% dei MMG in associazione di gruppo, contro il 20% medio in Italia.

Buono anche il numero di casi trattati in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) – Anno 2005: 893 per 100.000 abitanti (contro una media italiana di 677), con un totale di ore di assistenza erogata per caso pari a 32, superiore alla media nazionale (23 ore).

Passando a osservare il Consumo territoriale di farmaci a carico del SSN, le Marche fanno registrare un consumo di 811 dosi giornaliere per 1000 abitanti nel 2006, minore rispetto alla media nazionale che è di 857.

Bene anche per la spesa farmaceutica territoriale pro capite a carico del SSN (200 euro) inferiore al valore medio nazionale che è stato nel 2006 di 228,8 euro, con un aumento marginale del 2,9% rispetto al 2001 (contro l'aumento medio nazionale del 9,0% nel medesimo arco di tempo).

Piuttosto basso ancora il consumo di farmaci a brevetto scaduto, pari al 24,9% nel 2006. Inoltre le Marche sono tra le regioni con una per-

centuale discretamente alta di spesa di farmaci a brevetto scaduto, con valore pari a 14,5%. Per quanto riguarda invece la spesa farmaceutica privata che comprende la spesa sostenuta privatamente dal cittadino per i farmaci rimborsati dal SSN (farmaci di fascia A) ma acquistati privatamente e per i farmaci non rimborsati dal SSN (farmaci di fascia C), nelle Marche nel periodo 2002-2006, contro un trend nazionale stabile oscillante intorno al 30% della spesa farmaceutica totale, si è registrato un aumento di sei punti percentuali.

Le Marche si presentano bene anche sul fronte dell'assistenza ospedaliera. Infatti si registra un tasso di dimissioni ospedaliere in regime ordinario per l'anno 2005 pari a 130,6 per 1.000, più basso della media italiana che è di 141,0. Nondimeno va sottolineato che il tasso di dimissioni ospedaliere in regime di Day Hospital è di 45,5 per 1000, più basso della media italiana (66,8).

Nel 2005 la degenza media per caso è di 6,8 giorni, in linea con quella italiana, 6,7 giorni. La Degenza Media Preoperatoria è pari a 1,43, inferiore a quella italiana (2,04 giorni).

Per quanto riguarda i trapianti le Marche fanno registrare una quota di donatori effettivi buona nel 2006, 29,2 per milione di popola-

zione (PMP) (contro il 21,7 PMP italiano) e una bassa percentuale di opposizioni alla donazione, il 22% (contro il 27,9% italiano).

COMMENTO

Le Marche si confermano nel panorama nazionale come una regione in "Buona Salute" e con alcune aree di eccellenza per la qualità dell'assistenza. Infatti essa si caratterizza per livelli di salute pari o superiori alla media italiana. La quota di popolazione anziana è in costante aumento come rilevato dall'indice di invecchiamento, a testimonianza dell'elevata qualità della vita. Il tasso di mortalità infantile risulta inferiore alla media nazionale ed in costante diminuzione. La qualità dell'assistenza territoriale si dimostra particolarmente elevata essendo caratterizzata da ridotti tassi di ricovero evitabile rispetto alla media nazionale e da una adeguata copertura vaccinale per le principali malattie trasmissibili nell'età infantile. Elemento di eccellenza è l'attività legata ai trapianti con un tasso di donatori d'organo nettamente superiore al dato nazionale. Una maggior attenzione deve essere posta alla promozione della salute ed agli stili di vita soprattutto nella popolazione giovanile (consumi di alcol, obesità) e agli incidenti stradali. Da segnalare, infine, l'attivazione in quasi tutti gli ospedali della regione di programmi di sorveglianza delle infezioni ospedaliere.



L'allergia a farmaci e la pratica della desensibilizzazione

di M. Beatrice Bilò e Floriano Bonifazi

SOD Allergologia

Dipartimento di Medicina Interna, Immunologia, Allergologia e Malattie Respiratorie

Azienda Ospedaliera-Universitaria Ospedali Riuniti, Ancona

Le reazioni avverse a farmaci rappresentano un aspetto estremamente importante della patologia iatrogena, basti pensare che interessano circa il 10-20% dei pazienti ospedalizzati e rappresentano la causa di circa il 5% dei ricoveri al Pronto Soccorso.

Con il termine di reazioni avverse ai farmaci si intende una ampia gamma di effetti indesiderati conseguenti all'utilizzo dei farmaci, che vengono generalmente distinti in due diverse categorie.

Le reazioni che gli anglosassoni definiscono di tipo A ("Aumentate"), ovvero quelle dovute agli effetti farmacologici della medicina, peraltro ben noti, quindi prevedibili e molto spesso dose-dipendenti, come la sonnolenza da antistaminici, la gastrite da aspirina, la colite da antibiotici.

Le reazioni di tipo B ("Bizzarre") invece sono quelli imprevedibili, dose-indipendenti, legate per lo più ad una suscettibilità individuale, fortunatamente meno frequenti (rappresentano circa il 20% fra tutte le reazioni avverse), ma potenzialmente molto gravi; è fra queste che rientrano le reazioni allergiche.

Una vera allergia si sospetta considerando due elementi: il tipo e il tempo di insorgenza dei sintomi. Una reazione allergica di solito presenta, isolatamente o in associazione, reazioni cutaneo-mucose (es. prurito, orticaria, angioedemi), respiratorie (asma, edema della glottide) e cardiocircolatorie, con brusca caduta della pressione fino ad arrivare, ed è l'effetto più grave, allo shock anafilattico, con perdita di coscienza. In genere queste reazioni si manifestano entro un'ora dall'assunzione del farmaco. Tuttavia con le penicilline di formulazione più recente, come ad esempio l'amoxicillina, si possono avere reazioni cutanee ritardate, orticarioidi o simili a quelle del morillo, anche dopo alcuni giorni di terapia. Per i medici è essenziale avere a disposizione tutte le informazioni relative all'accaduto: modalità e tipologia della reazione, medicina re-

sponsabile (spesso i pazienti la buttano via proprio perché ha dato problemi) e l'eventuale tolleranza di altri farmaci (spesso documentabile in cartelle cliniche di precedenti ricoveri, che andrebbero sempre richieste dall'interessato).

I farmaci più frequentemente responsabili di reazioni allergiche sono rappresentati dagli antibiotici betalattamici (penicilline e cefalosporine) e dai farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), il cui capostipite è l'acido acetilsalicilico, seguiti dai sulfamidici, dagli anestetici generali, dai mezzi di contrasto iodati utilizzati in alcuni esami radiologici. Per questi ultimi un significativo progresso in termini di sicurezza deriva dalla sostituzione dei mezzi di contrasto iodati di prima generazione con quelli più evoluti (a bassa osmolarità) che ha abbassato l'incidenza di reazioni allergiche in corso di indagini radiologiche di tre quarti, da 12 al 3% secondo recenti dati statunitensi.

Contrariamente a quanto si crede sono invece molto rare le vere allergie da anestetici locali, che ad esempio si usano dal dentista, in quanto tali reazioni rientrano nella maggior parte dei casi nell'ambito di effetti secondari (le cosiddette reazioni di tipo A di cui abbiamo parlato all'inizio). Quando tuttavia la tipologia della reazione ci fa sospettare una vera allergia, generalmente è in causa una allergia al lattice di gomma, dovuta per esempio ai guanti in lattice usati dal dentista.

Per motivi di carattere essenzialmente scientifico, al momento attuale esistono test diagnostici affidabili su cute o su siero solo per alcune categorie di farmaci, come gli antibiotici del gruppo delle penicilline, i miorilassanti per l'anestesia generale, l'insulina ecc. Ciononostante, in molti ospedali italiani è tuttora diffusa un'abitudine scorretta, quella di verificare l'allergia verso qualunque tipo di farmaco, iniettando sotto cute una certa quantità della molecola sospetta: il cosiddetto "pomfo



di prova". Tale procedura, simile nella forma ma totalmente diversa nella sostanza dalla corretta diagnostica per allergia a farmaci, è inutile e potenzialmente molto dannosa; infatti il "pomfo di prova" non solo non dà indicazioni attendibili, ma rischia di scatenare una reazione anafilattica nelle persone sensibili. Bisogna aggiungere inoltre che questa pratica, eseguita senza criteri standardizzati per quanto riguarda il tipo e la diluizione del farmaco, causa spesso irritazioni cutanee aspecifiche, che generano "falsi allergici a farmaci" con conseguenti atteggiamenti di "astensionismo terapeutico".

Sono in corso di valutazione nuovi test di laboratorio per la diagnosi di allergia a farmaci (es. FLOW-CAST), che tuttavia al momento attuale non sembrano applicabili in tempi brevi alla diagnostica di routine.

Quindi al momento attuale per la maggior parte dei farmaci, come ad esempio quelli che fanno parte del gruppo dei FANS, l'unico test affidabile consiste nella verifica, in ambiente controllato, della tolleranza di molecole alternative, che sono state evidenziate come le meglio tollerate dai dati della letteratura.

Esistono tuttavia casi di pazienti allergici ad un determinato farmaco che sviluppano malattie particolari per le quali non esiste la possibilità di utilizzare un farmaco alternativo

ugualmente efficace e quindi si pone l'indispensabilità del riutilizzo della stessa medicina che ha indotto la reazione allergica. Si può allora utilizzare la metodica della cosiddetta "desensibilizzazione", ovvero una procedura di somministrazione di dosi progressivamente crescenti del farmaco cui il soggetto è allergico, fino a raggiungere la dose massima tollerata ed efficace dal punto di vista terapeutico. In questo modo si è in grado di indurre uno stato di tolleranza, che si mantiene fintanto che il farmaco viene assunto.

Un esempio classico è rappresentato dai soggetti affetti da fibrosi cistica ed infezione da *Pseudomonas* con allergia alle penicilline, antibiotico di prima e unica scelta in questo tipo di infezione. La necessità di applicare un protocollo di desensibilizzazione verso la penicillina può configurarsi anche in altre malattie, come ad esempio la sifilide in gravidanza, gli ascessi cerebrali, l'endocardite batterica da enterococchi e la meningite batterica.

Tale procedura di desensibilizzazione, applicata per la prima volta proprio nella allergia alla penicillina, successivamente è stata estesa ad altri tipi di antibiotici, come ad esempio i sulfamidici che a volte rappresentano un trattamento indispensabile in pazienti con malattie infiammatorie croniche dell'intestino (come la colite ulcerosa e il Morbo di Crohn) o in alcune infezioni cui possono andare incontro i pazienti affetti da sindrome da immunodeficienza acquisita AIDS.

Tabella n. 1

Alcuni esempi di farmaci per i quali è stata utilizzata con successo la procedura della DESENSIBILIZZAZIONE

PENICILLINA
 CEFALOSPORINE
 SULFAMIDICI
 AMINOGLICOSIDI
 CLINDAMICINA
 FARMACI ANTITUBERCOLARI
 CHINOLONICI
 FARMACI ANTITUMORALI
 FARMACI ANTIRETROVIRALI
 ALLOPURINOLO
 FARMACI ANTIEPILETTICI
 VACCINO ANTI MORBILLO
 EPARINA

Analogamente, nei pazienti con intolleranza verso l'aspirina, la desensibilizzazione viene utilizzata in caso di artriti nelle quali è necessario un uso continuativo di farmaci antiinfiammatori, oppure, utilizzando bassi dosaggi prolungati nel tempo, nei pazienti con malattie tromboemboliche e pregresso infarto del miocardio, per la prevenzione di ulteriori incidenti vascolari, contribuendo ad un allungamento della vita e ad un miglioramento della sua qualità.

La desensibilizzazione è stata applicata con successo anche ad altre classi di farmaci, come farmaci antiepilettici ed antitumorali, quest'ultimi di ampio utilizzo nell'ultimo decennio.

L'elenco è destinato ad ampliarsi di giorno in giorno verso nuovi farmaci, come dimostrato dai crescenti dati della letteratura (tabella n. 1).

La desensibilizzazione può attuarsi con uno schema rapido che prevede il raggiungimento della dose tollerata in alcune ore o lento, con utilizzo di schemi più prolungati della durata di alcuni giorni. Poichè non è del tutto priva di effetti indesiderati, essa deve essere sempre effettuata in centri specializzati da medici esperti in tali procedure e nella gestione di eventuali reazioni avverse.

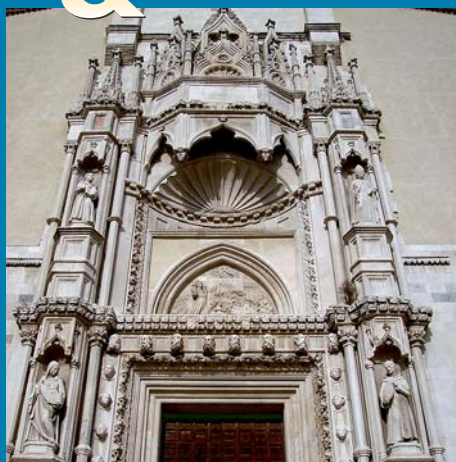
In conclusione, nella comune pratica clinica

frequentemente incontriamo pazienti che si ritengono allergici a determinati farmaci o che sono stati etichettati come tali. Fortunatamente la maggior parte di essi, quando opportunamente valutati, non risultano allergici (come nel caso delle penicilline) e possono riassumere il farmaco con tranquillità. Tuttavia, se da un lato esiste oggi una ampia disponibilità di molecole alternative, l'aumentata immissione in commercio di nuovi farmaci ha incrementato l'incidenza di reazioni avverse nei loro confronti, come nel caso dei nuovi farmaci antiretrovirali (per le malattie virali, come HIV, epatite ecc.), degli anticonvulsivanti (per la cura della epilessia) e degli antineoplastici (per la gestione di vari tipi di tumori), rendendo in alcuni casi la desensibilizzazione l'unica speranza di allungamento della sopravvivenza di alcuni pazienti.

La SOD di Allergologia degli Ospedali Riuniti di Ancona ha acquisito una notevole esperienza in questo settore e collabora ormai da diversi anni con i vari reparti dell'Ospedale e con Colleghi Specialisti o Medici di Medicina Generale, anche di altre regioni, offrendo la possibilità di gestire questi pazienti particolari con la metodica della desensibilizzazione.



medici & medici



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