

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. 3 - Novembre 2009
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

n. **3**
NOVEMBRE

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





Associazione
Amici di Brugg

Borsa di Studio "Ivano Casartelli" BANDO DI CONCORSO

L'**Associazione degli Amici di Brugg** bandisce, in memoria del proprio Consigliere Dott. Ivano Casartelli, un Concorso per l'assegnazione di una **borsa di studio di 30.000 (trentamila) Euro** da utilizzarsi per un Corso Clinico Universitario di Scienza Odontostomatologica della **durata di tre anni**, a decorrere dal 1° Settembre 2010 presso l'**Università di Ginevra, Ecole de Médecine Dentaire** (Direttore del Dipartimento Prof. Urs Belser).

Requisiti per la partecipazione al Concorso:

- Cittadinanza italiana
- Età inferiore a 30 anni (data di nascita posteriore al 15 dicembre 1979)
- Diploma di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria conseguito presso una Università italiana
 - con votazione finale di 105 su 110 o superiore
 - negli anni 2006, 2007, 2008 o 2009
- Ottima conoscenza della lingua francese (in quanto le lezioni si svolgono in lingua francese)

Le domande di partecipazione al Concorso, corredate dalla documentazione attestante i requisiti necessari, dovranno pervenire entro e non oltre il **15 Dicembre 2009**.

La prova concorsuale avrà luogo il giorno 2 Febbraio 2010 presso la Clinica Odontoiatrica San Paolo, Università degli Studi di Milano, Via Beldiletto 1/3, 21142 - Milano, e consisterà in:

- prova scritta con risposte a scelta multipla, su tematiche di biologia orale, prevenzione, conservativa, endodonzia e parodontologia
- prova scritta ed orale di lingua francese
- colloquio personale con la Commissione della Borsa di Studio.

Componenti della Commissione

Prof. Laura Strohmenger, Dott. Fabio Toffenetti, Dott. Gian Carlo Pescarmona, Dott. Mario Iorio

Il vincitore del Concorso verrà informato con lettera raccomandata e riceverà ufficialmente la Borsa di Studio durante il 53° Congresso degli Amici di Brugg a Rimini 27 - 28 - 29 Maggio 2010.

Il Presidente degli Amici di Brugg

Mario Iorio

Il Segretario degli Amici di Brugg

Renato Scotti di Uccio

Informazioni e modulistica sono scaricabili dal sito dell'Associazione:

www.amicidibrugg.it

oppure possono essere richiesti alla Segreteria Organizzativa:

e-mail: segreteria.borsadistudio@amicidibrugg.it

Tel. 0541.774363 - 0541.316199

Direttore Responsabile

Fulvio Borromei

Vice Direttore

Maria Beatrice Bilò

Coordinatore di Redazione

Marco Silvestrelli

Vice Coordinatori

Federico Fabbri

Sergio Giustini

Riccardo Sestili

Redazione

Maria Chiara Brugnami

Ilaria Capecci

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

Maddalena Vichi

Consiglio Direttivo

Presidente

Fulvio Borromei

Vice Presidente

Maria Beatrice Bilò

Segretario

Arcangela Guerrieri

Tesoriere

Quirino Massimo Ricci

Consiglieri

Vincenzo Berdini

Ilaria Capecci

Sergio Cascia

Marcello Maria D'Errico

Sergio Giustini

Maria Giovanna Magiera

Giovanni Petrucci

Stefano Polonara

Bice Privitera

Riccardo Sestili

Marco Silvestrelli

Federico Fabbri (od.)

Maria Chiara Brugnami (od.)

Revisori dei conti effettivi

Giuliano Rocchetti

Gerarda Lucia Cellesi

Elisabetta Esposto

Revisore dei conti supplente

Maddalena Vichi

Commissione Odontoiatrica

Federico Fabbri

Stefano Tucci

Maria Chiara Brugnami

Piero Amedeo Fedeli

Francesco Maria Montecchiani

In copertina: Particolare di una

litografia di Gualtiero Biagi

Questo numero è stato chiuso il

20 novembre 2009

Non ci si assume la responsabilità

di eventuali errori di stampa

EDITORIALE

Rigore e crescita in sanità **4**

Spunti etici di confronto **5**

DALLA SEGRETERIA

Convocazione assemblea annuale **6**

*Certificazione identificativa di qualità
del medico-chirurgo e/o odontoiatra* **7**

Invalidità civile: dal 1° gennaio si cambia **7**

Importanti comunicazioni agli iscritti **8**

NOTIZIE DALLA REDAZIONE

Remunerazione borse specializzandi **9**

*Raccolta civica di Arte Sanitaria
"Dott. Pierangelo Pierangeli"* **10**

LETTERE DALLA FACOLTA'

Diventare medico **14**

BUONA SANITA'

La continuità assistenziale oggi **18**

Il dolore nella Zona Territoriale 7 **20**

*Diminuzione della concentrazione
emoglobinica: un problema negli anziani* **23**

NOTIZIARIO

*Le Linee Guida nella Medicina
e nell'Odontoiatria* **25**

AMMI - Associazione Mogli Medici Italiani ... **27**

*CISOM - Corpo Italiano di Soccorso
dell'Ordine di Malta* **28**

Pediatria Ancona 2009 - MIXING **29**

Rigore e crescita in sanità

E' ormai evidente a tutto il corpo professionale medico come l'economia influenzi il mondo della sanità.

In una società moderna è comprensibile che il tema economico si intrecci con l'evoluzione tecnologica e professionale ma per questo ci deve essere una maggiore attenzione e appropriatezza nella allocazione delle risorse economiche, nell'ottica di non far deteriorare quel LIVELLO PROFESSIONALE che magari oggi indichiamo genericamente con il termine LEA, ma è molto di più.

Infatti non possiamo paragonare un intervento sanitario ad un semplice intervento strutturale, perché una componente molto importante da considerare è quello proprio dell'ATTO PROFESSIONALE e parlando dei medici dell'ATTO MEDICO.

Questo termine va approfondito e studiato, in esso possiamo trovare una serie di elementi che non possono essere misconosciuti.

L'atto medico non può prescindere da alcune situazioni oggettive, come l'ambiente in cui si compie, la strumentazione in dotazione che coadiuva alla sua estrinsecazione negli aspetti più tecnologici, infatti è essenziale la loro funzionalità e affidabilità come anche la coordinazione con altre figure professionali, per fare soltanto alcuni esempi tangibili.

Importanti sono anche la serenità nell'operare, lo stato psicologico, il riconoscimento del ruolo, il rispetto della propria figura professionale, l'empatia nella rapportualità con il paziente ed altre situazioni difficilmente misurabili.

Quindi parlare di LEA in maniera fredda ed impersonale non rende l'idea di quanto un livello assistenziale sia complesso da realizzare.

Per cui è necessaria una peculiare sensibilità da parte di chi legifera per comprendere appieno la portata del progetto di salute.

L'agenda politica anche regionale deve tenere conto di queste indicazioni e riflessioni e tradurle in opportunità concrete per la professione.

Visto che questa traduzione abbisogna anche di fondi economici, ci deve essere un impegno serio, politico-amministrativo, per ridurre la spesa pubblica inefficiente; perché come occorre capire in economia, che per ridurre il debito (che purtroppo esiste), il rigore finanziario deve essere coniugato con politiche che accelerano la crescita, così in sanità non può esserci mantenimento di standard appropriati di assistenza e cura, se non si prevede una crescita ed uno sviluppo.

Questo compito compete alla politica e per riuscirci la stessa non può esimersi dal RIGORE ma anche da quelle attenzioni che il MONDO MEDICO merita, per la sua storia, per quanto è stato portatore di progresso civile e sociale e quindi deve essere messo in condizioni di operare al meglio.

Un confronto serio della politica con le istituzioni rappresentative della categoria è imprescindibile affinché si sviluppi una armonica organizzazione nel settore.

Nel cogliere questo messaggio la Politica non rischierebbe derive che non le dovrebbero essere proprie.

Fulvio Borromeo
08/11/09

Spunti etici di confronto

di Fulvio Borromei

Presidente OMCeO di Ancona

In un precedente Bollettino Medici & Medici il Dr. Claudio Ferroni in un suo articolo intitolato **si può ancora morire a casa?** Ci racconta, esprimendo alcune considerazioni, la sua esperienza di cardiologo UTIC dell'INRCA di Ancona di quando un malato che si avviava all'exitus e il medico lo comunicava ai familiari, ciò non provocava reazioni scomposte ma bensì prevaleva la consapevolezza di riappropriarsi del loro caro e con piacere veniva riportata al proprio domicilio.

Si accettava che la morte avvenisse nel calore familiare delle proprie case.

Lo stesso evidenzia come gli atteggiamenti sia dei familiari che dei medici sono cambiati.

Questa lettera ha suscitato discussione infatti il Dr. Alessandro Gambini ha colto l'occasione per esprimere la sua opinione ed entrare nelle questioni poste.

Infatti scrive: "Da quasi otto anni condivido con i miei colleghi di Loreto l'esperienza di Palliativista presso l'Hospice della nostra cittadina, anni di grandi esperienze umane e professionali, anni di incontri e scontri proprio sul tema da te affrontato e più in generale su temi che in questi giorni sono più che mai di grande attualità. Penso quindi di poterti rispondere. SI PUO' MORIRE a casa a condizione che...

- noi medici di famiglia iniziamo doverosamente ad interessarci di terapia del dolore....
- noi medici tutti iniziamo a lavorare sulla comunicazione delle notizie infauste e iniziamo a farci carico della consapevolezza del paziente...
- noi medici tutti iniziamo a non abbandonare il nostro paziente nel momento del ritorno a casa...

E quando dico tutti mi rivolgo ad ogni medico che in qualche modo entri nel difficile e doloroso percorso che sempre caratterizza la storia di ogni malato terminale.

Solo quando tutto ciò sarà possibile penso che morire a casa sarà veramente la soluzione ideale e forse in tale maniera riusciremo a dare alla morte quel senso privato e umanamente accettabile che purtroppo oggi stiamo perdendo in nome di una eccessiva spettacolarizzazione, ed anche per una cultura medica a volte troppo "invadente" o peggio ricca di tecnologie, ma povera di umanità."

Questa lettera del Dr. Gambini Alessandro ha di nuovo prodotto una ulteriore missiva del Dr. Ferroni Claudio di risposta dove lo ringrazia per il commento e esprime condivisione con le sue riflessioni.

Inoltre il Dr Ferroni scrive testualmente: "Il rimedio? Non lo so, non saprei da che parte cominciare. Comunque mi ha fatto molto piacere ricevere tanti consensi da tanti colleghi.

Occorre parlarne e scriverne come hai fatto tu. Il nostro Ordine potrebbe raccogliere i commenti e pubblicarli e magari organizzare una giornata di studio o qualcosa del genere."

In qualità di Presidente OMNCeO di Ancona voglio cogliere questo confronto su un tema molto importante e nel ringraziare i colleghi per questo contributo ideale proporrò al Consiglio di pensare ad una iniziativa che dia corpo a questo nostro sentire per diffonderlo oltre che nella comunità professionale anche nella società civile.

Ancona, 06/11/2009

ASSEMBLEA ORDINARIA ANNUALE

Come disposto dall'art. 23 del D.P.R. n°221 del 5/4/1950, il Consiglio dell'Ordine ha deliberato di indire l'assemblea annuale degli iscritti per venerdì 18 dicembre p.v. alle ore 7,00, in prima convocazione, e per

SABATO 19 DICEMBRE 2009 ORE 9,30, IN SECONDA CONVOCAZIONE,
presso la Loggia dei Mercanti - Via della Loggia - ANCONA

con il seguente

ORDINE DEL GIORNO

1ª parte - ore 9,30:

- 1) Relazione del Presidente;
- 2) Relazione del Tesoriere sul Bilancio consuntivo 2008 e presentazione Bilancio preventivo 2010;
- 3) Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti.

2ª parte - ore 10,30:

- 4) Consegna attestato ai vincitori del premio "Giorgio Fanesi"
- 5) Premiazione per il 50°, 60° e 25° anno di laurea;
- 6) Giuramento d'Ippocrate dei neo-laureati, consegna pergamene;
- 7) Varie ed eventuali.

Si ricorda che l'Assemblea in prima convocazione è valida se interviene almeno un quarto degli iscritti; in seconda convocazione, è valida qualunque sia il numero degli intervenuti (presenti, o rappresentati per delega), purché non inferiore a quello dei componenti il Consiglio. E' consentita la delega, da apporre in calce al presente avviso e da consegnare al delegato. Nessun iscritto può essere investito di più di due deleghe. I bilanci sono in visione presso l'Ordine.

Il Presidente
Dott. Fulvio Borromei

Tagliando per delega

Il sottoscritto dott./prof. _____
delega a rappresentarlo, nell'Assemblea Ordinaria Annuale dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona del giorno 19 DICEMBRE 2009

il dott./prof. _____

(data)

(firma)

Certificazione identificativa di qualità del medico-chirurgo e/o odontoiatra

di Federico Fabbri

Purtroppo la piaga delle non lauree, delle lauree false, del favoreggiamento dell'abusivismo professionale, dell'usurpazione dei titoli di studio, è da sempre un fenomeno che riguarda e scredita oltremodo la professione medica e odontoiatrica. Ecco perchè, a tale riguardo, il Consiglio dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Ancona ha pensato di fare una cosa gradita a tutti i suoi iscritti, istituendo un documento da affiggere in sala di aspetto del proprio ambulatorio, nel proprio studio operativo, comunque in un luogo dove i pazienti lo possano consultare liberamente, in modo da poter documentare l'esatta identità, il reale possesso del titolo di Medico-Chirurgo e/o Odontoiatra e la regolare iscrizione al-

l'Ordine competente. Abbiamo così pensato, per dare anche soddisfazione all'occhio, di fare un formato simil-diploma, a colori e con la certificazione di identità e possesso dei titoli del sanitario da parte dell'Ordine. Quindi tutti gli interessati ad ottenerlo non devono fare altro che recarsi presso la sede dell'Ordine e farne semplice richiesta alla segreteria. Se in possesso del nuovo tesserino non serve altro, se ancora in possesso del vecchio documento di riconoscimento servirà una foto tessera utile anche ad ottenere il nuovo tesserino. Ricordiamoci che anche questo può essere un piccolo, ma significativo passo in avanti per ridare immagine e qualità alla nostra nobile professione.

INVALIDITA' CIVILE: DAL 1° GENNAIO 2010 SI CAMBIA

All'interno del Decreto-Legge anticrisi n. 78/2009, approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 26 Giugno 2009, è contenuto l'art. 20 che porta il titolo: ***"CONTRASTO ALLE FRODI IN MATERIA DI INVALIDITA' CIVILE"***.

La norma rinnova radicalmente, a partire dal 1° Gennaio 2010, la disciplina sull'invalidità civile con importanti riflessi sulla attività dei medici.

Questi i principali elementi di novità della nuova invalidità civile:

- Il certificato medico ("scheda di segnalazione"), compilato on-line dal medico di famiglia o da qualsiasi altro medico certificatore, attiverà l'input per una nuova domanda di riconoscimento dello stato invalidante;
- per poter compilare la certificazione medica on line, i medici dovranno richiedere e ricevere dall'INPS l'abilitazione all'utilizzo della procedura;
- la domanda, anch'essa compilata on-line, dovrà essere inoltrata all'INPS in via telematica, unitamente alla scheda di segnalazione;
- l'INPS trasmetterà, sempre in via telematica, la domanda alla Azienda Sanitaria di competenza;
- la composizione delle Commissioni ASL sarà integrata dalla presenza di un medico INPS;
- i verbali sanitari saranno redatti in formato elettronico;
- l'INPS diventerà unica parte nell'ambito del contenzioso giudiziario.

Importanti comunicazioni agli iscritti

ISCRIZIONE NEWSLETTER

*Si invitano gli iscritti, tramite il nostro sito **www.ordinemedici.ancona.it**, ad iscriversi alla mailing list. Tale iscrizione consente di ricevere una mail, all'indirizzo indicato, su quanto viene inserito nel sito stesso, come congressi, concorsi, leggi e quant'altro sia di interesse per la nostra categoria.*

CERTIFICATI ON-LINE

E' possibile registrarsi al sito (menù a sinistra della homepage) per poter poi avere la possibilità, una volta ricevuta la seconda parte della password, di stampare il proprio certificato di iscrizione all'albo senza doversi necessariamente recare presso l'ordine.

ALBO ON-LINE

E' stato inserito nel sito anche l'albo dinamico on line di tutti gli iscritti all'ordine. i dati sono aggiornati quotidianamente.

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Si informano i colleghi che questo Ordine si sta attivando per la posta elettronica certificata. Il ritardo è dovuto al venir meno del progetto in essere alla FNOMCeO. Ulteriori informazioni saranno disponibili sul nostro sito web.



Continuano a pervenirci, da parete degli Iscritti, notizie di richieste di patrocinio, da parte di associazioni di consumatori e Studi Legali, che fanno intravedere l'ipotesi di lauti risarcimenti (fino a 40.000 euro ed oltre) senza illustrare quali siano i criteri necessari per sperare in un esito positivo. Le cause, contro i Ministeri dell'Università e del Tesoro, ricalcano quelle già intentate da molti Colleghi negli anni scorsi e che, nonostante indiscrezioni non verificabili di risarcimenti già accordati, non hanno avuto un esito positivo per i ricorrenti.

In compenso i Soggetti che si offrono come paladini dei Medici ex Specializzandi, richiedono iscrizioni alle Associazioni e onerose parcelle (fino ad 800 euro) solo per iniziare un percorso legale, peraltro già affrontato da altri senza arrivare ad una soluzione positiva ed anche con successive richieste economiche per gli sviluppi del procedimento.

Molti Colleghi, quasi come se si trattasse di una Lotteria o di una estrazione del Superenalotto, investono cifre anche considerevoli, nell'ipotesi, forse illusoria, di rimborsi che, al tempo delle Lire, si sarebbero definiti milionari.

Allo scopo di evitare che tali inviti si trasformino in specchietti per le allodole, si allega un ulteriore commento da parte di un autorevole Avvocato che ribadisce come, se non intraprese in tempi adeguati, le Cause sono destinate ad un sicuro fallimento per i Medici, ma foriere di lauti compensi per i soggetti che, simili a novelli personaggi di Collodiana memoria, chiedono di sotterrare i Nostri soldi nel solito Campo dei Miracoli.

Marco Silvestrelli

Remunerazione borse specializzandi 1983/91

di Ennio Grassini

I ricorrenti adivano il Tribunale nei confronti dei Ministeri della Sanità, dell'Università e del Tesoro, esponendo di avere frequentato le scuole di specializzazione di medicina senza percepire alcun compenso. Poiché le Direttive della Comunità Europea, le quali prevedevano un compenso in favore dei medici specializzandi, erano state trasposte in ritardo nell'ordinamento italiano (Decreto Legislativo n. 257.1991) chiedevano il risarcimento del danno da ritardata attuazione della fonte comunitaria tra il 1983 e il 1991; danno che consisteva nella mancata remunerazione del lavoro svolto e nella perdita di "chances". La Corte di Cassazione ha osservato che trattandosi di azione di risarcimento del danno, la prescrizione è quinquennale ed inizia a decorrere dal momento in cui il diritto può essere fatto valere. Tale momento non coincide con l'emanazione della direttiva, se la stessa non è immediatamente applicabile; né con il

termine assegnato agli stati per la trasposizione della fonte comunitaria nel diritto interno, perché anche a quel momento il soggetto privato non è in condizioni di conoscere quale sia il contenuto del diritto che gli viene negato e l'ammontare del relativo risarcimento. Può invece individuarsi nel momento in cui entra in vigore la normativa di attuazione interna della direttiva Europea: è questo, secondo la sezione della Corte di Cassazione, il tempo in cui il soggetto può far valere il diritto al risarcimento del danno, perché è in quel contesto che egli viene a conoscere il contenuto del diritto attribuito ed i limiti temporali della corresponsione. In altri termini, posto che con il Decreto Legislativo n. 257.1991 il soggetto era in grado di conoscere l'ammontare dei compensi stabiliti, a quel momento poteva esercitare il diritto al risarcimento del danno.

www.dirittosanitario.net

UN MUSEO DELLA MEDICINA MARCHIGIANA

È con vero piacere che ospitiamo nelle pagine della nostra rivista questo articolo del dott. Giancarlo Aiudi. Da sempre stimato collaboratore che con competenza e cortesia da anni ci aggiorna sui prodotti farmaceutici, ma anche profondo Cultore della Arte Medica, alla quale ha dedicato, come lui stesso ricorda, tempo e passione. Siamo certi che, anche se non lo riferisce, questa sua attività gli sia costata anche economicamente.

Speriamo che almeno la soddisfazione di vedere riconosciuta la sua fatica, sia di premio agli sforzi che sono stati necessari per vedere portata a compimento un'opera così utile per comprendere quanto, specialmente in passato, la nostra sia stata veramente un'Arte.

Il dott. Aiudi la chiama raccolta, ma noi siamo certi che si tratti di un vero e proprio Museo.

Speriamo che la pubblicazione di questo Suo articolo, al quale per motivi di spazio abbiamo dovuto sottrarre alcune immagini, sia un degno riconoscimento al lavoro svolto e che, oltre a stimolare i Colleghi a visitare i locali di via Cialdini, possa essere utile per implementare la raccolta del materiale nonché aiutare fattivamente al mantenimento e potenziamento di queste meritorie iniziative, magari trovando una sistemazione ancora più capiente per poter esporre anche ciò che oggi è accatastato in magazzino per carenza di locali.

La Redazione

Raccolta civica di Arte Sanitaria “Dott. Pierangelo Pierangeli” Palazzo Bottoni - Via Cialdini 26 Ancona Come nasce l'idea di creare un Museo di storia della Medicina

di Giancarlo Aiudi

Da trentadue anni svolgo la professione di Informatore Scientifico del Farmaco e grazie alla mia attività ho frequentato ospedali, cliniche ed ambulatori che spesso contenevano materiali di interesse storico sanitario.

Circa venti anni fa, un Medico di famiglia di Ancona, il dott. Pierangelo Pierangeli, poi divenuto Presidente dell'Ordine dei Medici, mi regalò una antica siringa di vetro e acciaio, gadget della Menarini degli anni '20.

Mi venne in mente subito di raccogliere altro materiale storico sanitario ed insieme a lui decidemmo, nel futuro, di aprire un Museo di Storia della Medicina.

Mi sono messo subito all'opera raccogliendo, dove e come potevo, antiche bottiglie o vetri di farmacia, scatole antiche di medicinali sia di latta che di cartone.

Successivamente ho allagato la ricerca anche

a ferri chirurgici, apparecchi sanitari, riviste e libri antichi di medicina e documenti sanitari vari.

COME SI ORGANIZZA UN NUOVO MUSEO DI STORIA DELLA MEDICINA

Nel 2000, dopo aver chiesto a diverse istituzioni pubbliche e private collaborazione per istituire un Museo, avendo già una buona raccolta di materiale, ho approfittato della presenza ad Ancona dello unico Sindaco Medico della città, il dott. Renato Galeazzi e l'ho convinto ad aprire il Museo, in cambio della donazione del mio materiale al Comune e al mio impegno personale di trovare altri donatori, di curarlo e tenerlo aperto il sabato e la domenica su appuntamento, non avendo il Comune personale da dedicare allo scopo.

Nel frattempo era deceduto il dott. Pierangeli



e quando, espletate le formalità burocratiche con il Comune, riuscii finalmente ad inaugurarlo nel Luglio 2000, mi sono sentito in dovere di intestarlo alla persona che con me l'aveva ideato e sognato.

I locali, grazie all'interessamento dell'allora Assessore alla Partecipazione Democratica, dott. Maurizio Cesarini, furono trovati al piano terreno di un antico palazzo restaurato del centro, Palazzo Bottoni, in Via Cialdini, 26.

L'inaugurazione del Museo ebbe notevole risonanza locale; infatti sia i giornali cittadini, sia la rivista comunale, che la radio e la televisione marchigiana diedero buon risalto alla iniziativa.

A questo punto è iniziata una ricca serie di donazioni molto importanti, anche se non potrò mai scordare la prima, la più semplice e spontanea, avvenuta durante la inaugurazione.

Alla presenza delle Autorità cittadine, dei Presidenti degli Ordini dei Medici e Farmacisti, si è presentato un vecchietto con un pacchetto in mano che ha donato alla raccolta un clistere in ottime condizioni appartenuto a sua suocera.



Citerò solo alcune delle tante donazioni che ho ricevuto in questi anni.

DONAZIONE DELLA FAMIGLIA DEL PROF. LORENZO CAPPELLI

La nuora del Professore, ormai novantenne e senza figli, avendo saputo dai giornali della istituzione di un Museo, mi ha telefonato annunciandomi la donazione al Comune di tutto il materiale sanitario appartenuto al suocero, Prof. Cappelli, eminente chirurgo, morto nel 1949 e sepolto nel famedio della città per il suo altissimo contributo alla chirurgia dei primi decenni del '900.

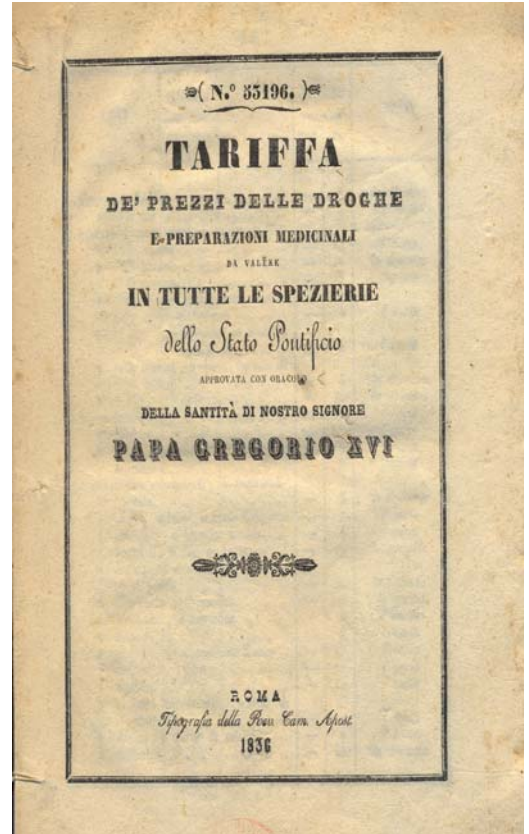
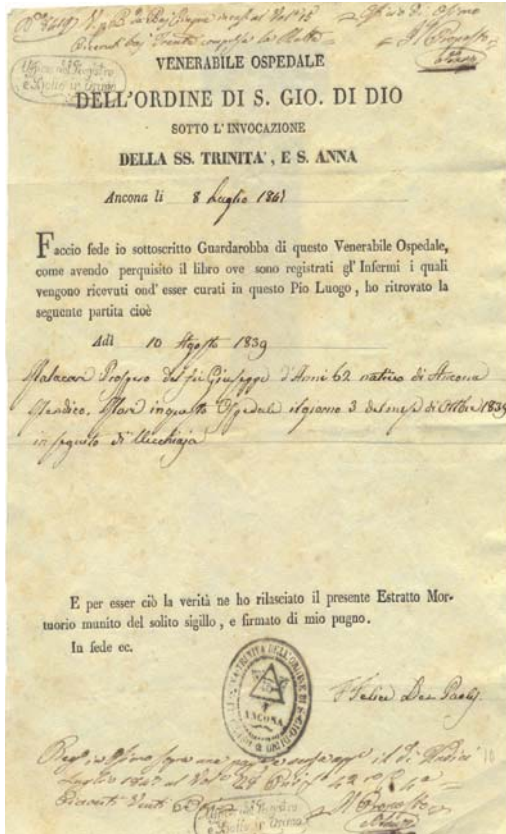
Il lascito è stato veramente imponente e consta di:

- Mobili dello studio con soprammobili e quadri.
- Una ricca biblioteca di libri di Medicina di inizio secolo.
- Materiale sanitario vario.
- Materiale documentale di grande interesse.

DONAZIONE DEL DOTT. TITO ZAMBELLI DI FALCONARA

Ultimo di una generazione di Medici, da almeno quattrocento anni, ormai ritiratosi dalla professione, ha deciso di donare:

- Sfigmomanometro di Rivarocci del primo novecento.
- Scatola lignea contenente apparecchio per toracentesi di fine '800.
- Scatola lignea contenete 32 ferri chirurgici per amputazione d'arto di fine '700 completa di materiale per emostasi.
- Libri di medicina e attrezzi vari.





A queste vanno aggiunte piccole donazioni di Enti o Medici e quanto il sottoscritto ha recuperato o acquistato da privati o nei mercatini dell'antiquariato.

A tutt'oggi il Museo consta di due sole stanze, una per la conservazione degli oggetti e l'altra utilizzata come biblioteca.

In altri locali di mia proprietà conservo tantissimo materiale che, solo per motivi di spazio, non posso esporre al Museo.

Tutto questo ha comportato enormi sforzi sia fisici, per il trasporto del materiale cartaceo, che intellettivi per la catalogazione dello stesso e mi ha impegnato per anni.

Infatti, essendo ancora in attività lavorativa, ho potuto utilizzare solo i periodi di ferie o ritagli

di tempo libero il sabato o la domenica.

Tutti, ormai, sanno di questo mio hobby e grazie ai vecchi Medici della città o ai tanti trovarobe posso aumentar la raccolta, arricchendola, di giorno in giorno, con tante nuove curiosità.

Attualmente, grazie all'interessamento del Preside della Facoltà di Medicina, prof. Tullio Manzoni, e della Professoressa di Storia della Medicina, prof. Stefania Fortuna, della Università Politecnica delle Marche, sto perfezionando un comodato d'uso tra il Comune e l'Università per trasferire tutta la raccolta nei locali della Facoltà di Medicina dell'Ateneo dorico.

Vorrei infatti mettere a disposizione di studenti o di quanti sono interessati all'argomento, il materiale che ho raccolto, perché il ricordo del passato sia di stimolo alle nuove generazioni.

Mediche a percorrere nuovi sentieri della scienza senza dimenticare i pionieri del passato.

Aiudi Giancarlo

Via T. Frediani, 11 60123 ANCONA

Tel. 071-2073291 - Cell. 348-3100851

E-mail: gc.aiudi@alice.it



da Lettere dalla Facoltà, periodico della Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Università Politecnica delle Marche

Diventare medico

di Francesco Orlandi

Ho immaginato uno specializzando che chiedeva cosa siano la *patient-centered outcomes research* e la *comparative-effectiveness research (CER)*, due espressioni equipollenti che da qualche settimana girano associate all'*American Recovery & Reinvestment Act (ARRA)*. L'ARRA è il programma federale per la sanità USA varato nel febbraio 2009, 787 miliardi di dollari con 1.1 miliardi per il CER. E', come sappiamo dai mezzi di comunicazione, un minestrone in fase di cottura. Non ci interessa qui il dibattito politico e legislativo sulla riforma, e per avere una rassegna continuamente aggiornata dei commenti tecnici sulla stampa medica americana basta un click (1). La curiosità è per i cambiamenti nel modo di essere medico: cosa si percepisce?

L'aspetto più forte è la dichiarazione di guerra ai comportamenti nocivi. Un 40 per cento delle morti evitabili è correlato negli Stati Uniti ad errori ed abitudini nello stile di vita. Il programma introduce pertanto negli schemi di base dell'assistenza medica (e nella stessa nomenclatura medica) una "terapia dei comportamenti". Si include anche l'incentivo finanziario (cosa non nuova ma finora sperimentale) nelle scelte per ridurre il rischio di malattia. Si profilano studi clinici disegnati su questi schemi, ad esempio farmaco vs stile di vita (2-5).

Immaginiamo, semplificando, un medico di medicina generale impegnato in questi programmi:

- il primo assistito ha una insoddisfacente curva da carico di glucosio. Il medico gli prospetta le diverse opzioni: la semplice osservazione, la metformina (riduzione del 30% del rischio di insorgenza di diabete), uno stile di vita appropriato (riduzione del

60%, 6). Cosa preferisce il paziente? La scelta dello stile di vita è associata a benefici finanziari.

- il secondo assistito ha problemi per il fumo, e vorrebbe smettere. La scelta è tra (a) farmaci a base di nicotina, vareniclina, bupropione etc; (b) lo psicologo; (c) incentivi finanziari (tre volte più efficaci delle misure convenzionali, 7). Cosa preferisce?
- il terzo paziente è un obeso. Anche a lui viene offerta la rosa di possibilità terapeutiche, da quelle convenzionali agli incentivi finanziari. Cosa sceglie?

Il progetto stima che questa "terapia dei comportamenti" aumenterà significativamente l'efficacia delle raccomandazioni mediche, e che gli incentivi finanziari porteranno a risparmi nella spesa sanitaria americana. Che sia la volta buona della prevenzione, una prevenzione meno gridata e realmente prioritaria?

Un secondo aspetto coinvolgente la pratica medica è lo sviluppo di un sistema informatico governativo diretto alla popolazione generale sulle scelte disponibili ed appropriate per ogni problema di salute. Qui lo scenario sembra poggiare su una specie di cittadino consapevole, che si informa sulle pagine governative di internet e poi va dal medico per concertare insieme la decisione più appropriata alla propria personale situazione. Questo *shared decision making* viene presentato come superamento del "paternalismo medico tradizionale" (8).

Il mio immaginario interlocutore avverte qualche incertezza. Debbo confessargli che nelle Marche lo *shared decision making*, la decisione consapevole e condivisa, avviene senza

sforzo con alcuni tipi di assistiti, mentre altri ascoltano attentamente per concludere "decida lei dottore", ed altri ancora rifiutano perfino la decisione salva-vita. Queste diversità sono espressione della grande varietà culturale e psicologica sia del paziente che del medico. Stimare la effettiva capacità di decisione del paziente è un problema aperto anche negli Stati Uniti (9).

Il programma evoca per il medico una maggiore libertà ed una maggiore responsabilità (anche finanziaria, 10), ma non è ancora chiaro cosa sarà con precisione il futuro *care delivery team* ospedaliero o la *patient-centered medical home* ambulatoriale. Si annuncia anche un ripensamento delle strutture sanitarie. Il "come" ed il "dove" dell'assistenza avranno una larga priorità sul tipo delle prestazioni: le malattie cardiovascolari, ad esempio, restano la voce leader tra le affezioni di sistema ma ricevono un quarto della considerazione riservata alla riorganizzazione dei servizi (2,11).

La medicina americana resta sempre una

grande scuola di dibattito scientifico e professionale.

1. Healthcarereform.nejm.org
2. Iglehart JK. Prioritizing comparative-effectiveness research, Institute of Medicine recommendations. N Engl J Med 2009;361:325-8
3. Conway PH, Clancy C. Comparative-effectiveness research, implications of the Federal Coordinating Council's report. N Engl J Med 2009;361:328-30.
4. Marmor T, Oberlander J, White J. The Obama administration's options for health care cost: hope versus reality. Ann Intern Med 2009;150:485-9.
5. Volpp KG, Das A. Comparative effectiveness, thinking beyond medication A versus medication B. N Engl J Med 2009;361:331-3.
6. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE et al. Reduction of incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346:393-403.
7. Volpp KG, Traxel AB, Pauly MV et al. A randomized, controlled trial of financial incentives for smoking cessation. N Engl J Med 2009; 360:699-709.
8. Hartzband P, Groopman J. Keeping the patient in the equation, humanism and health care reform. N Engl J Med 2009;361:554-5.
9. Brody B. Who has capacity? N Engl J Med 2009;361:232-3.
10. Luft HS. Health care reform, toward more freedom and responsibility for physicians. N Engl J Med 2009;361:623-8.
11. Dougherty D, Conway PH. The "3T's" road map to transform US health care: the "how" of high-quality care. JAMA 2008;299:2319-21.



Il NUOVO elenco telefonico di Ancona e provincia.

Gratuitamente nelle case e nelle aziende.



Elenco Si! è il nuovo elenco telefonico:
 Uno strumento di informazione
 completo e di facile consultazione
 dove trovare:
 abbonati privati e affari, numeri fissi, cellulari,
 indirizzi e-mail, internet, elenco categorico,
 guida ai servizi pubblici e privati
 e dettagliate informazioni territoriali
TUTTO ALL'INTERNO DELLO STESSO VOLUME.

Per gli inserzionisti di **ElencoSi**:
 indicizzazione GRATUITA del proprio sito internet
 sul nostro portale per un veloce e diretto contatto anche on line

Di seguito vi presentiamo alcuni esempi



Nel prossimo Elenco (uscita Maggio/Giugno 2010) saranno disponibili
 anche spazi più ampi per centri medici associati e centri salute.

ROSSI Dott. Mario
 SPECIALISTA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA
 SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA
 e-mail: mario.rossi@fastwebnet.it
 38, V. Amendola.....071.12.34.56

MEDICO CHIRURGO

* Roberto 33.V. Roma 24.53.07
 * Santa 33.V. Roccapietra 24.57.99
 BERNARDINI Adriano 33.V. Roma 24.58.87
 * Carlo 33.V. Caparra Basso 24.56.15
 * Ines 33.V. Grottole 24.55.04
 * Maria 33.V. Roma 24.58.07
 * Com. Mito - Studio Tecn
 * Omnia
 BERNARDI Diana
 BERTI Gabriele
 BERTINI Aldo 33.V.
 * Italo 33.V.
 * Maurizio 33.V.
 DIAGETI Anna 33.V.
 * Vito
 BIANCHI Armando
 * Enrico
 BLOCHINI Oreste
 BLOCHINI Paolo 33.V.
 * Luigi
 * Mario 33.V.
 * Mario 33.V.
 * Paolo 33.V.
 BIODDICHETTI Sergio
 BOCCACCIO Sergio
 BOCCI Loris 33.V.
 BOCCOLI Igno 33.V.
 BOLOGNINI Silvia 33.V.
 BOMPRESCHI Nello
 BONACCI Enrico 33.V.
 BONIA Roberto
 BRACCONI Andrea 33.V.
 BRACCONI Andrea 33.V.
 * Giacomo
 * Gianfranco 33.V.
 * Giovanni 33.V.
 BRANCHESI ALBERTO G.
 BRANCHESI Giuliana
 * Pino
 BRECCIA Gianfranco
 * Giovanni
 BRECCIAROLI Di Mauro 33.V.

ROSSI Dott. Mario
 SPECIALISTA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA
 SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA
 e-mail: mario.rossi@fastwebnet.it
 38, V. Amendola - SENIGALLIA.....339.123.45.67

MEDICO CHIRURGO

* Roberto 33.V. Roma 24.53.07
 * Santa 33.V. Roccapietra 24.57.99
 BERNARDINI Adriano 33.V. Roma 24.58.87
 * Carlo 33.V. Caparra Basso 24.56.15
 * Ines 33.V. Grottole 24.55.04
 * Maria 33.V. Roma 24.58.07
 * Com. Mito - Studio Tecn
 * Omnia
 BERNARDI Diana
 BERTI Gabriele
 BERTINI Aldo 33.V.
 * Italo 33.V.
 * Maurizio 33.V.
 DIAGETI Anna 33.V.
 * Vito
 BIANCHI Armando
 * Enrico
 BLOCHINI Oreste
 BLOCHINI Paolo 33.V.
 * Luigi
 * Mario 33.V.
 * Mario 33.V.
 * Paolo 33.V.
 BIODDICHETTI Sergio
 BOCCACCIO Sergio
 BOCCI Loris 33.V.
 BOCCOLI Igno 33.V.
 BOLOGNINI Silvia 33.V.
 BOMPRESCHI Nello
 BONACCI Enrico 33.V.
 BONIA Roberto
 BRACCONI Andrea 33.V.
 BRACCONI Andrea 33.V.
 * Giacomo
 * Gianfranco 33.V.
 * Giovanni 33.V.
 BRANCHESI ALBERTO G.
 BRANCHESI Giuliana
 * Pino
 BRECCIA Gianfranco
 * Giovanni
 BRECCIAROLI Di Mauro 33.V.

ROSSI Dott. Mario
 SPECIALISTA IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA
 SPECIALISTA IN ENDOCRINOLOGIA
 e-mail: mario.rossi@fastwebnet.it
 38, V. Amendola - SENIGALLIA.....339.123.45.67

MEDICO CHIRURGO

* Roberto 33.V. Roma 24.53.07
 * Santa 33.V. Roccapietra 24.57.99
 BERNARDINI Adriano 33.V. Roma 24.58.87
 * Carlo 33.V. Caparra Basso 24.56.15
 * Ines 33.V. Grottole 24.55.04
 * Maria 33.V. Roma 24.58.07
 * Com. Mito - Studio Tecn
 * Omnia
 BERNARDI Diana
 BERTI Gabriele
 BERTINI Aldo 33.V.
 * Italo 33.V.
 * Maurizio 33.V.
 DIAGETI Anna 33.V.
 * Vito
 BIANCHI Armando
 * Enrico
 BLOCHINI Oreste
 BLOCHINI Paolo 33.V.
 * Luigi
 * Mario 33.V.
 * Mario 33.V.
 * Paolo 33.V.
 BIODDICHETTI Sergio
 BOCCACCIO Sergio
 BOCCI Loris 33.V.
 BOCCOLI Igno 33.V.
 BOLOGNINI Silvia 33.V.
 BOMPRESCHI Nello
 BONACCI Enrico 33.V.
 BONIA Roberto
 BRACCONI Andrea 33.V.
 BRACCONI Andrea 33.V.
 * Giacomo
 * Gianfranco 33.V.
 * Giovanni 33.V.
 BRANCHESI ALBERTO G.
 BRANCHESI Giuliana
 * Pino
 BRECCIA Gianfranco
 * Giovanni
 BRECCIAROLI Di Mauro 33.V.

Elenco telefonico comune di Senigallia alla voce Rossi Dott. Mario

* Roberto 33.V. Roma 24.53.07
 * Santa 33.V. Roccapietra 24.57.99
 BERNARDINI Adriano 33.V. Roma 24.58.87
 * Carlo 33.V. Caparra Basso 24.56.15
 * Ines 33.V. Grottole 24.55.04
 * Maria 33.V. Roma 24.58.07
 * Com. Mito - Studio Tecn
 * Omnia
 BERNARDI Diana
 BERTI Gabriele
 BERTINI Aldo 33.V.
 * Italo 33.V.
 * Maurizio 33.V.
 DIAGETI Anna 33.V.
 * Vito
 BIANCHI Armando
 * Enrico
 BLOCHINI Oreste
 BLOCHINI Paolo 33.V.
 * Luigi
 * Mario 33.V.
 * Mario 33.V.
 * Paolo 33.V.
 BIODDICHETTI Sergio
 BOCCACCIO Sergio
 BOCCI Loris 33.V.
 BOCCOLI Igno 33.V.
 BOLOGNINI Silvia 33.V.
 BOMPRESCHI Nello
 BONACCI Enrico 33.V.
 BONIA Roberto
 BRACCONI Andrea 33.V.
 BRACCONI Andrea 33.V.
 * Giacomo
 * Gianfranco 33.V.
 * Giovanni 33.V.
 BRANCHESI ALBERTO G.
 BRANCHESI Giuliana
 * Pino
 BRECCIA Gianfranco
 * Giovanni
 BRECCIAROLI Di Mauro 33.V.

Elenco telefonico comune di Ancona alla voce Rossi Dott. Mario

* Roberto 33.V. Roma 24.53.07
 * Santa 33.V. Roccapietra 24.57.99
 BERNARDINI Adriano 33.V. Roma 24.58.87
 * Carlo 33.V. Caparra Basso 24.56.15
 * Ines 33.V. Grottole 24.55.04
 * Maria 33.V. Roma 24.58.07
 * Com. Mito - Studio Tecn
 * Omnia
 BERNARDI Diana
 BERTI Gabriele
 BERTINI Aldo 33.V.
 * Italo 33.V.
 * Maurizio 33.V.
 DIAGETI Anna 33.V.
 * Vito
 BIANCHI Armando
 * Enrico
 BLOCHINI Oreste
 BLOCHINI Paolo 33.V.
 * Luigi
 * Mario 33.V.
 * Mario 33.V.
 * Paolo 33.V.
 BIODDICHETTI Sergio
 BOCCACCIO Sergio
 BOCCI Loris 33.V.
 BOCCOLI Igno 33.V.
 BOLOGNINI Silvia 33.V.
 BOMPRESCHI Nello
 BONACCI Enrico 33.V.
 BONIA Roberto
 BRACCONI Andrea 33.V.
 BRACCONI Andrea 33.V.
 * Giacomo
 * Gianfranco 33.V.
 * Giovanni 33.V.
 BRANCHESI ALBERTO G.
 BRANCHESI Giuliana
 * Pino
 BRECCIA Gianfranco
 * Giovanni
 BRECCIAROLI Di Mauro 33.V.

La continuità assistenziale oggi

di Gerarda Lucia Cellesi

Appena laureati il desiderio più grande è di riuscire ad intraprendere la strada più vicina alle proprie inclinazioni, ma poi ci si rende conto che le difficoltà sono tante e non sempre si riesce immediatamente a realizzarlo.

Infatti, frequentare un Corso di Specialità o il Corso di Formazione di base, ormai le uniche strade percorribili, può diventare un lungo passaggio che in alcuni casi anche dopo averle affrontate non ti garantiscono un lavoro immediato. Ecco dunque la "Continuità assistenziale": prima via di passaggio per un'attesa, oggi quasi un obiettivo per un lavoro sicuro. Ma che cos'è la Continuità assistenziale o ex Guardia Medica? Che ruolo svolge? Forse non molti sanno che quello che oggi viene vista un po' come la "cenerentola" della professione medica, svolge un ruolo fondamentale di sostegno e integrazione, nelle ore notturne prefestive e festive, sia con il medico di Medicina Generale, sia con i Pediatri di libera scelta e con l'Emergenza Sanitaria Territoriale. In base al nuovo Accordo Collettivo, sono equivalenti ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di libera scelta.

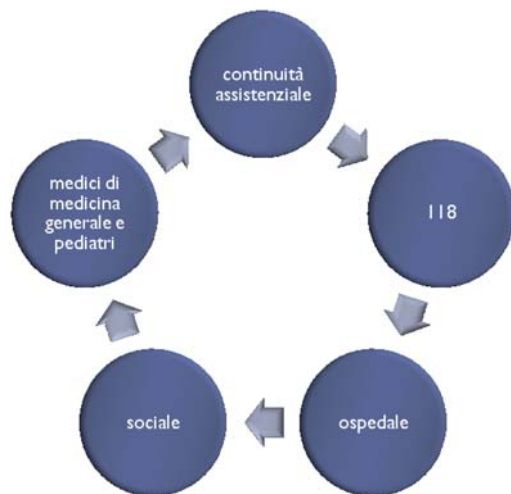
A loro ci si rivolge per le prestazioni non differibili, cioè per le situazioni di malattia che non possono essere rinviate il giorno successivo al proprio Medico Curante. Sulla base delle notizie fornite da chi chiama e dalle domande poste dal medico per approfondire il problema, quest'ultimo può decidere di intervenire in base all'Articolo 67 del nuovo Accordo Collettivo con varie modalità:

Può effettuare la visita a domicilio: quando la malattia possa essere ivi risolta.

Può rinviare a strutture più adeguate o attivare il Servizio di Emergenza Urgenza (118) se la patologia non fosse valutabile e gestibile a domicilio;

Può in taluni casi invitare il paziente a raggiungere la sede per una valutazione ambulatoriale;

Può infine limitarsi a un consiglio telefonico



se questa è la richiesta o qualora, assumendosene la responsabilità, sia in grado di valutare la risolvibilità del caso.

Inoltre il medico di Continuità Assistenziale può erogare:

Prescrizioni farmaceutiche per una terapia non differibile.

Può rilasciare certificazioni e di malattia limitatamente ai giorni coincidenti con i turni festivi prefestivi e notturni.

Invece non può erogare:

Prestazioni infermieristiche che non seguano l'atto medico: iniezioni, sostituzioni di medicazioni;

Ripetizioni di ricette in terapie croniche;

Trascrizioni di ricettario S.S.N. di prescrizioni di altri medici convenzionati;

Vaccinazioni;

Punti di sutura ed eventuali rimozioni degli stessi;

Trascrizioni su ricettario S.S.N. di prescrizioni del Pronto Soccorso o dei reparti ospedalieri (i medici dei reparti sono forniti di ricettario e hanno l'obbligo di emettere le opportune ricette);

Prescrizioni di esami diagnostici-strumentali o di visite specialistiche;

Indipendentemente da ciò che può o non può erogare è bene tener presente che il ruolo che affronta il Medico di Continuità non è solo privo di pochi mezzi a disposizione, soprattutto per coloro che operano in zone disagiate, ma espone direttamente la propria persona a seri rischi affrontando molto spesso da solo il servizio, in particolare notturno.

Il problema "sicurezza" è un tema molto ampio e dibattuto dove si cerca di trovare ancora soluzioni migliori ed è quello che il Nostro Ordine dei Medici Chirurghi vuole in qualche modo rendersi partecipe.

I mutamenti demografici e sociali in corso e la necessità di presa in carico del cittadino durante l'intero arco della vita pongono il tema dell'integrazione e della continuità assistenziale, al centro delle polemiche sanitarie

dei paesi a sviluppo economico. Oggi ci si pone l'obiettivo della realizzazione di un processo di riordino che garantisca un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociali teso a fornire l'unitarietà tra prestazioni sanitarie e sociali, la continuità tra azioni di cura e riabilitazione, la realizzazioni di percorsi assistenziali integrati, l'intersectorialità degli interventi, unitamente al conseguente equilibrio di risorse finanziarie e organizzative in rapporto all'attività svolta tra ospedale e il territorio a favore di quest'ultimo. In definitiva si cerca di realizzare meccanismi di operatività sinergica tra il servizio di Continuità Assistenziale e quello di Emergenza sanitaria territoriale al fine di arricchire il circuito professionale dell'emergenza e della Medicina di famiglia.



Il dolore nella Zona Territoriale 7

di Antonio Stramentinoli e Alessandro Luzi

L'Associazione Internazionale per lo studio del dolore definisce il sintomo dolore come *“una esperienza sgradevole, sensoriale ed emotiva, associata ad un danno dell'organismo: attuale o potenziale”*. Questa esperienza negativa è vissuta nella totalità e soggettività della persona e mina il suo equilibrio psico-fisico e sociale. Dal punto di vista anatomico-patologico il sintomo dolore è funzionale all'organismo, indica che *“qualche cosa sta funzionando male”*, che sta avvenendo un danno oppure è già accaduto e dobbiamo fronteggiarlo, rispondendo a questo avvertimento con meccanismi pro-attivi e reattivi atti a neutralizzare la causa che ha scatenato il dolore.

Ma anche il sintomo dolore se persiste, determina una vera e propria patologia, una sindrome che si automantiene e si alimenta con meccanismi neuro-endocrini e psicologici.

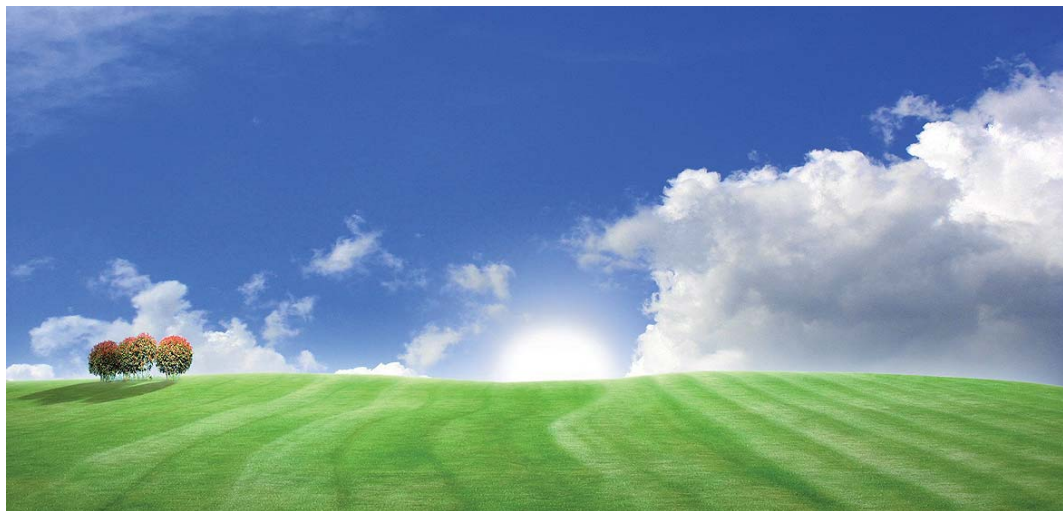
Il sintomo dolore è molto diffuso e spesso sottovalutato, si stima che in Europa occidentale siano 70 milioni le persone che ne soffrono. Le ricerche più recenti dimostrano che il 50% degli adulti patiscono di uno o più tipi di dolore; si tratta di dolore sia acuto che cronico ed è dimostrato che con l'avanzare dell'età la percentuale aumenta notevolmente.

Le patologie che sono più correlate al dolore cronico sono: la lombalgia, l'artrosi, le vasculopatie e le cefalee ricorrenti compresa l'emigrania; in queste persone il sintomo dolore è parte della stessa esistenza, conviverci diviene così insopportabile ed a volte insostenibile e l'ipotesi del suicidio a volte sembra essere la sola soluzione.

La Medicina del Dolore risponde e risolve questi problema sia che si è affetti da dolore acuto che cronico. Il Medico curante ogni volta che ne ravveda la necessità può inviare allo specialista il paziente che non risponde alle *“normali terapie”*, per poter procedere ad una attenta valutazione ed alla messa a punto delle migliori strategie terapeutiche con l'obiettivo di migliorare la qualità di vita dell'individuo.

Il Servizio di Anestesia Analgesia e Rianimazione della nostra ASUR 7, ha maturato una vasta esperienza nel trattamento delle seguenti patologie:

- Patologie vascolari
- Patologie neuropatiche
- Herpes zoster e nevralgia post-erpetica
- Lombosciatalgie
- Sindrome post-discectomia
- Sindrome da arto fantasma





- Neuropatia post-chirurgica
- Epicondiliti
- Periartrite scapolo omerale
- Gonalgie
- Coxalgie
- Dolore neoplastico

La scelta terapeutica è sempre personalizzata e modulabile a seconda della risposta del paziente. Le tecniche per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti rivestono la massima importanza e siamo in grado di effettuare le scelte più appropriate per lo stato clinico della persona, cercando di ottenere il maggior beneficio recuperando la massima autonomia nel proprio domicilio. A questo scopo siamo in grado di offrire terapie a livello ambulatoriale come:

- Infiltrazioni intra e peri- articolari
- Mesoterapie
- Blocchi nervosi periferici
- Blocchi nervosi peridurali
- Terapia antalgica endovenosa

Ma anche terapie continue somministrate at-

traverso pompe elastomeriche, facilmente gestibili anche dai familiari a domicilio, previa accurata educazione, ma anche pompe totalmente impiantate. In questo settore abbiamo una particolare conoscenza di varie tecniche mininvasive che riusciamo ad attuare in regime di day- surgery, queste sono:

- Impianto di porth venosi centrali
- Impianto di Periferical Intravenous Central Catheter (PICC)
- Impianto di cateterini peridurali tunnelizzati
- Impianto di cateterini para-vertebrali tunnelizzati
- Impianto di cateterini spinali tunnelizzati

L'accesso a questa tipologia di servizi è semplice: l'ASUR 7 ha incrementato tale attività ambulatoriale presso il poliambulatorio del presidio ospedaliero di Loreto il giorno di MARTEDI' con ORARIO 14,00 – 15,30 e presso l'ospedale di Osimo il VENERDI' dalle ore 15,00 alle 16,30 **PREVIA PRENOTAZIONE PRESSO IL CUP 071 8705242 CON LA RICHIESTA DEL MEDICO CURANTE**



Diminuzione della concentrazione emogloblinica: un problema negli anziani

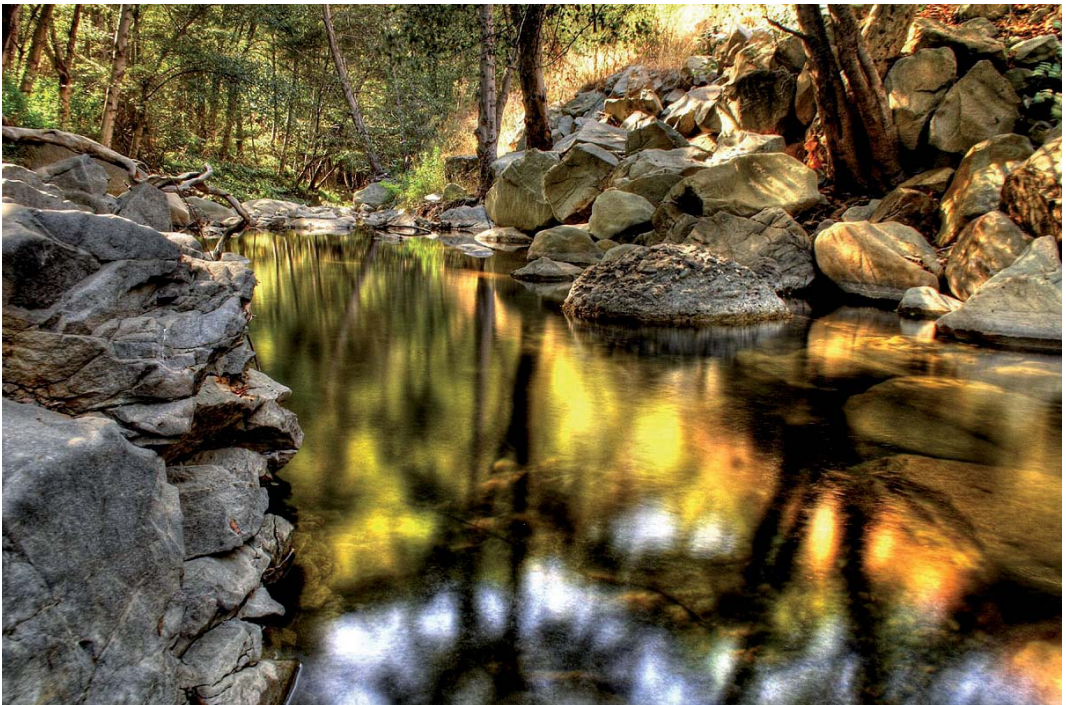
di Odoardo Gambella

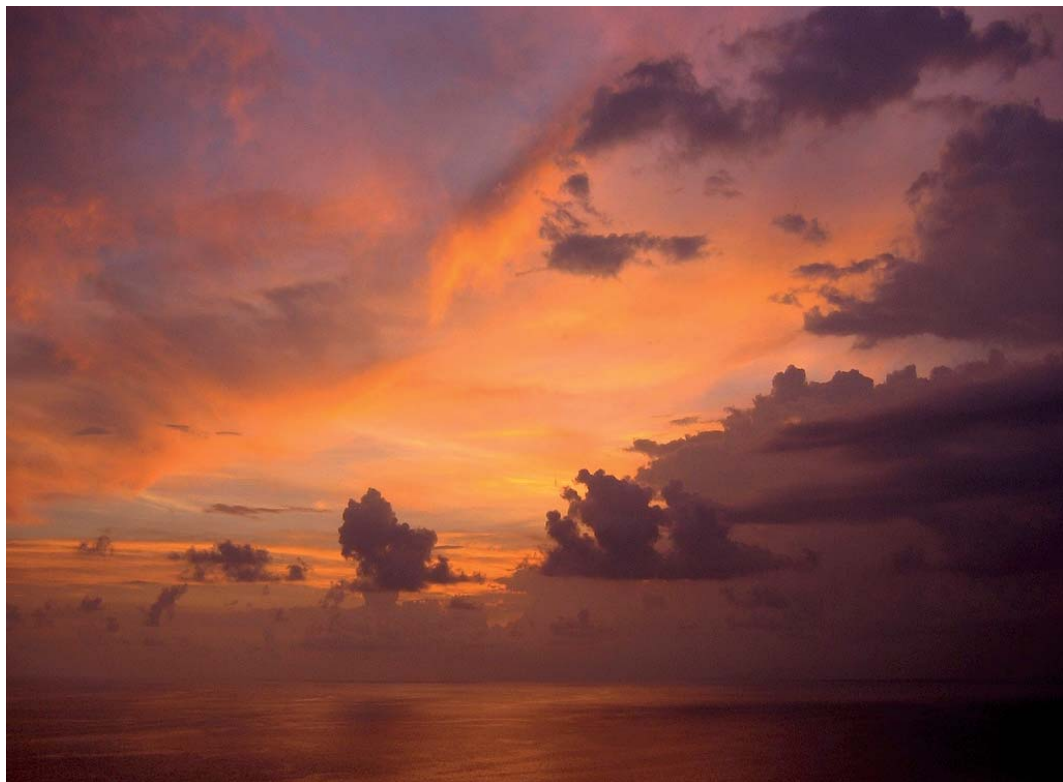
La concentrazione emogloblinica (Hb) varia con l'età, il sesso, le caratteristiche etniche e geografiche.

Diminuisce con l'avanzare dell'età, in media di 0,06 g/dL/anno negli uomini, un po' meno nelle donne, con inizio verso i 20/30 anni negli uomini ed i 50/60 anni nelle donne, diminuzione che si mantiene abbastanza costante fino ai 65-70 anni, intensificandosi però negli anni successivi, specie oltre gli 80, ma con variazioni più o meno intense nei vari gruppi di età. Perciò la diminuzione della concentrazione emogloblinica negli anziani è una normale condizione fisiopatologica ma che può arrivare, fino ad un grave stato anemico (si ha stato anemico, secondo i criteri della Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), quando la concentrazione emogloblinica è minore di 13 g/dL negli uomini e di 12 g/dL nelle don-

ne). Diminuiti livelli di Hb aumentano significativamente il rischio di disabilità fisica, ospedalizzazione e mortalità.

Le cause, escluse le più frequenti patologie dell'anziano, le malattie cardiovascolari, quelle neoplastiche e quelle renali, sono molteplici, in parte note, altre poco note o ignote ma tutte riflettono le interrelazioni esistenti tra fattori interni (biologici e genetici) e quelli esterni (dietetici, ambientali, comportamentali) che si verificano durante la vita. Se i fattori esterni (dieta, infezioni, infiammazioni croniche, differenze geografiche, fattori nutritivi eritropoietici (ferro, Vit. B12, folati) possono essere evidenziati e controllati, i fattori interni, specie quelli genetici, sono in gran parte sconosciuti. In una recente ricerca praticata tra la popolazione di tre paesi, situati alla stessa altitudine, uno del Nord e due del Sud, si evidenziò che





i fattori genetici influivano per il 34% nel paese del Nord e per il 42% in quelli del Sud, comportando una differenza di concentrazione emogloblinica tra 0,4-0,5 g/ dL in tutti i gruppi di età (in Europa la differenza tra Nord e Sud è di 0,3 g/ dL). Gli anziani di tutti tre i paesi avevano, comunque, livelli emoglobinici significativamente più bassi dei soggetti più giovani. Sapere l'entità dell'influenza genetica sui livelli emoglobinici è molto importante, anche se non facile, perchè può migliorare le nostre conoscenze sulla fisiopatologia dell'anemia che colpisce circa il 20% dei soggetti con oltre 80 anni, apparentemente senza causa e, in forma più lieve, gran parte dei soggetti anziani di età inferiore, ma con livelli di Hb maggiore di 10 g/ dL. Al contrario i livelli serici di eritropoietina aumentano con l'età, la qual cosa farebbe pensare o ad un decremento della risposta midollare o ad una minore sopravvivenza eritrocitaria, contribuendo comunque, entrambe, all'insorgenza dell'anemia.

questa tendenza alla diminuzione della concentrazione emogloblinica è ancora più evidente nei soggetti che vivono nelle comunità per anziani (case di riposo) specie in quelli oltre gli 85 anni, in cui, circa il 2,0%, hanno livelli emoglobinici inferiori a 10 g/ dL, mentre i valori medi dell'MCV tendono al medio-alto nei soggetti tra 65-79 anni, ma rimanendo entro i limiti di riferimento e valori medi più elevati (oltre 95 fl) negli ultraottantenni.

Discriminare uno stato anemico derivante da cause esterne o da cause interne con valori della sideremia, Vit. B12 e folati nella norma, non è facile e può creare molte difficoltà per il trattamento terapeutico, non tanto facilmente risolvibile. Comunque risotti livelli di Hb negli anziani, senza una causa apparente, non si possono ritenere diagnosticamente conclusivi, perchè condizioni patologiche multiple sono quasi sempre presenti in questi soggetti anche se silenti o dal punto di vista sintomatologico o per le condizioni cognitive di parecchi di essi.

Le Linee Guida nella Medicina e nell'Odontoiatria

di Federico Fabbri

L'enorme sviluppo delle conoscenze in ambito medico e odontoiatrico cui abbiamo assistito negli ultimi 50 anni, ha messo i professionisti di fronte a una enorme quantità di informazioni non sempre di facile selezione. Ecco quindi che negli anni 80 per migliorare l'efficacia clinica, per migliorare la qualità delle cure, per fornire indicazioni nella gestione dei rischi, per razionalizzare l'uso delle risorse, sono state sviluppate le LINEE GUIDA. Come in un recente scritto viene relazionato da Marco Scarpelli, da Simona Ferro e da Gerardo Ghetti, negli ultimi decenni si è affermata una filosofia nel settore medico-odontoiatrico denominata EVIDENCE-BASED-MEDICINE (EBM) con l'obiettivo di promuovere l'uso delle informazioni scientifiche come base delle scelte assistenziali. Però si è visto che solo l'EBM è una condizione necessaria, ma non sufficiente per una buona pratica clinica. Ecco perché il passo successivo è stato la creazione delle EVIDENCE-BASED-GUIDELINES. A tutto questo oggi sono state dedicate specifiche e strutturate iniziative nazionali, tanto che dal 1998 è stato avviato in Italia il PROGRAMMA NAZIONALE PER LE LINEE GUIDA (PNLG), con la finalità di preparare, divulgare, implementare e aggiornare le linee guida del SSN.

Di recente sono state pubblicate dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali le Linee Guida Nazionali per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie del cavo orale nell'età evolutiva, uno strumento con indicazioni univoche e condivise costruito sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili a disposizione delle diverse professionalità sanitarie (concetto della MULTIDISCIPLINARIETA'), coinvolte nella prevenzione e cura delle patologie del cavo orale in età evolutiva. Purtroppo l'incidenza di patologie di interesse odontoiatrico in età pediatrica, nonostante gli indubbi miglioramenti

ottenuti in termini di salute, rimane elevata. E' necessario quindi promuovere interventi preventivi che, per avere la massima efficacia, necessitano dell'interazione sinergica di tutte le professionalità deputate al mantenimento e al ripristino della salute orale. Il pediatra, figura centrale del progetto in quanto garante e responsabile della salute dei soggetti in età evolutiva, deve attuare interventi e comportamenti educativi e di prevenzione in stretta sinergia con la famiglia e l'odontoiatra.

Le linee guida sono uno strumento per raggiungere gli obiettivi indicati dall'OMS; entro il 2010 il 90% dei bambini di età compresa tra i 5 e i 6 anni dovrà essere esente da carie e a 18 anni non dovrà esserci nessuna perdita di elementi dentari dovuta a carie o a malattia parodontale. Attualmente in Italia più del 20% di bambini di 4 anni presenta carie e l'incidenza sale al 44% a 12 anni. Per i motivi suddetti è stata posta particolare attenzione alle seguenti patologie:

- 1) prevenzione delle lesioni cariose;
- 2) prevenzione delle gengiviti e delle patologie della mucosa del cavo orale;
- 3) prevenzione delle malocclusioni.

RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE LESIONI CARIOSE

La fluoroprofilassi deve essere consigliata per tutti i soggetti in età evolutiva che vivono in aree con acque a basso contenuto di Fluoro (< 0,6%). Da 6 mesi a 3 anni è raccomandata la somministrazione di fluoro per tutti i soggetti. Da 3 a 6 anni è raccomandata la somministrazione di fluoro per via topica attraverso le paste dentifrice (500 ppm) due volte al dì. Dopo i 6 anni è raccomandata la somministrazione di fluoro sempre per via topica attraverso paste dentifrice (1000 ppm) due volte al dì. Sono anche indicate per tutti i bambini le sigillature dei solchi, va proscritto l'uso del succhiottino

dolcificato e del biberon contenente bevande zuccherine. Infine sconsigliare l'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici fuori dai pasti. Negli ultimi anni sta diffondendosi anche la raccomandazione dell'uso delle gomme dolcificate con lo xilitolo.

RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE GENGIVITI E DELLE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI

E' ormai noto che il corretto spazzolamento degli elementi dentari 2 volte al giorno previene la gengivite ad ogni età, per cui la corretta igiene orale dei bambini da 0 a 3 anni è demandata ai genitori; prima dell'eruzione dei dentini decidui, dopo la poppata, si devono pulire le gengive con una garzina umida; dall'eruzione del primo dentino, si devono pulire gli elementi sempre con garza e il prima possibile iniziare l'uso dello spazzolino più appropriato; dai 4-5 anni l'igiene va eseguita dai piccoli soggetti sotto la supervisione dei genitori utilizzando la tecnica a rullo. Per quello che riguarda l'uso del filo interdentale, necessita l'apprendimento di una tecnica specifica e va iniziato al termine della permuta. Nei soggetti a rischio è indicata l'igiene orale professionale secondo parere dello specialista almeno 1 o 2 volte l'anno. In caso di piccoli pazienti affetti da malattie sistemiche con coin-

volgimento diretto delle mucose orali o coinvolgimento dovuto alla terapia della patologia primaria, vengono raccomandati un adeguato controllo dietetico, l'incremento della motivazione e i controlli periodici. Analogamente per i bambini disabili si raccomanda di incrementare l'igiene orale domiciliare tramite i genitori unitamente ai controlli periodici regolari. Infine per i pazienti oncologici è raccomandata la continua consulenza del pedodontista prima, durante e dopo la terapia.

RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE MALOCCLUSIONI

Incentivare l'allattamento al seno e adottare misure atte a disincentivare la suzione non nutritiva dopo i 2 anni. Controllare la respirazione poiché i piccoli soggetti con respirazione orale traggono beneficio dall'espansione ortopedica dei mascellari. Monitorare i pazienti con postura bassa e anteriore della lingua per prevenire il morso aperto e/o l'eccessiva crescita mandibolare.

Per concludere, le linee guida in medicina e odontoiatria pur presentando dei limiti intrinseci come l'oggettivazione e la generalizzazione del paziente, sono una realtà con cui i professionisti devono confrontarsi nel rispetto comunque della loro autonomia professionale e della libertà dei pazienti.





La Presidente Lea Diamante

L'Associazione AMMI di Ancona (Associazione Mogli Medici Italiani), porta a conoscenza dell'Ordine dei Medici, che in data **16 Giugno 2009**, si sono svolte le votazioni per il rinnovo del Comitato Esecutivo AMMI sezione di Ancona, sono state elette per il triennio 2009/2012

Presidente:	Lea Diamante Impiglia
Vice Presidente:	Gabriella Cantelli Nicolini
Segretaria:	Silvia Memè Maggio
Tesoriera:	Maria Muzzonigro Alteri
Consigliere:	Maria Clara Orlandini Carletti Patrizia Maroncelli Mestichelli Ave Rossi Carradori Silvana De Angelis Tommassoni
Supplente:	Laura Pelati Borgognoni

Fiduciose, nella gentilezza e disponibilità che il Presidente dell'Ordine Dott. Fulvio Borromei, ha sempre dimostrato nei nostri confronti, chiediamo che tale notizia venga pubblicata sul giornalino "Medici & Medici."

Con gratitudine, porgiamo cordiali saluti.

Ancona, li 29 Giugno 2009

*La Segretaria
Silvia Memè*

CISOM - Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta



Nei giorni 23/24/25 Ottobre 2009 si è tenuto a Loreto come di consueto, il Pellegrinaggio Nazionale con i Malati dell'Ordine di Malta. All'evento ha partecipato anche il CISOM Raggruppamento Marche con la Sezione di Ancona. Medici, infermieri e soccorritori del CISOM si sono aggiunti quale sostegno ai punti medici già allestiti dal Direttore Sanitario per i Pellegrinaggi dell'Ordine di Malta Con.ssa, Dott.ssa Lelia Passi.

Il CISOM (Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta) dipende dall'ACISMOM (Associazione dei Cavalieri del Sovrano Militare Ordine di Malta); opera da statuto nel soccorso e nella protezione civile. In occasione del terremoto dell'Abruzzo le Marche hanno potuto offrire continua presenza e sostegno agli sfollati.

La foto testimonia la gradita visita del Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona il Dottor Fulvio Borromei, sono presenti il Dottor Sergio Lanari in divisa Cispom, il Capo Raggruppamento Marche la Sig.ra Patrizia Santori Compagnoni Marefoschi, il Responsabile Sanitario Regionale Dottor Franco Alessandrini, il Dottor Vincenzo Firetto Responsabile Sanitario della Sezione di Ancona, la Dott.ssa Maria Francesca Buranelli Capo Sezione di Ancona e la Dott.ssa Fabiola Principi.

Affermo orgogliosamente che il CISOM – MARCHE è in ascesa, ma dobbiamo ancora crescere: per tutti coloro che volessero saperne di più o iscriversi ci contattino su:

cisom-marche-ancona@libero.it

Pediatria Ancona 2009 - MIXING

di Fernando Maria De Benedictis

Nei giorni 23-24 ottobre us si è tenuta a Jesi l'edizione annuale di MIXING PEDIATRIA, PERCORSO INTERATTIVO TRA SPECIALISTI. Il convegno, giunto ormai alla 6° edizione, è organizzato dal prof. Fernando Maria de Benedictis, Direttore della la SOD Pediatria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ancona, con la collaborazione scientifica dei membri provinciali dei pediatri di libera scelta della Regione Marche (Budassi, Capolongo, Gobi, Migliori).

MIXING è nato originariamente con lo scopo di aggiornare il pediatra di famiglia e quello ospedaliero su argomenti per i quali è possibile prevedere nuovi modelli assistenziali. Il modello strutturale, tale da favorire la crescita culturale attraverso lo scambio di opinioni e di esperienze, e l'apprezzamento costante ricevuto nel corso degli anni dai partecipanti

hanno reso in breve tempo l'evento un cardine della formazione della classe pediatrica regionale. Anche per l'anno in corso, nel riconoscerne l'importanza formativa, la Regione Marche ha attivato il servizio di continuità assistenziale, proponendo contestualmente l'inserimento dell'evento nel programma di formazione continua di livello regionale.

La formula didattica, ormai consolidata, utilizza due poli di apprendimento: la presentazione in seduta plenaria di temi di particolare interesse scientifico da parte di esperti (*aggiornamento*) e l'interattività tra partecipanti all'interno di gruppi di lavoro guidati da tutor (*formazione*). Nell'attuale edizione, che ha visto presenti oltre 250 iscritti provenienti anche da regioni limitrofe, i temi di aggiornamento hanno riguardato le nuove sfide della pediatria (Bona), il trapianto di cellule staminali (Aversa), la



neurochirurgia pediatrica oggi (Rychlicki), internet e salute (Pellai). Nei gruppi di studio sono stati affrontati i seguenti temi: il bambino oncologico a domicilio (Milano), la pubertà precoce e ritardata (Chiarelli), i disturbi specifici dell'apprendimento (Mancino), l'uso proprio e improprio degli antibiotici (Boccazzi), le patologie del capello (Bonifazi), l'enuresi (Maffei). Quali tutor dei gruppi di studio hanno agito i seguenti colleghi ospedalieri e della pediatria del territorio delle Marche, dell'Umbria e dell'Abruzzo: Bartolucci, Bosco, Budassi, Capolongo, della Vedova, Gobbi, Grelloni, Guerrieri, Jorini, Martello, Migliori, Nobilini, Olimpì, Piermattei, Rossi e Truffarelli.

Con l'attuale edizione è iniziato inoltre un nuovo percorso biennale di educazione continua su argomenti di particolare importanza per la classe pediatrica: nella sessione "Verità e dubbi" è stato discusso l'uso dei corticosteroidi nelle malattie respiratorie (de Benedictis) e nella sessione "A partire dal sintomo" sono state commentate le nuove linee guida pediatriche

nazionali sulla febbre (de Martino). Particolarmente gradita dai pediatri la sessione "The best ten" in cui migliori 10 articoli della letteratura internazionale dell'ultimo anno sono commentati (de Benedictis) e discussi in aula con i presenti. Come da tradizione, durante l'evento si è svolta una Sessione infermieristica, quest'anno dedicata ai nuovi orizzonti professionali e operativi dell'infermiere pediatrico.

Nell'inaugurazione, il Presidente dell'Ordine dei Medici di Ancona, Dott. Fulvio Borromei, ha avuto parole di apprezzamento per un evento che ha in sé tutti gli elementi per favorire percorsi di collaborazione tra professionisti, ha stimolato a una maggiore informazione dell'Ordine e della cittadinanza su aspetti che uniscono le diverse professionalità mediche e si è augurato che eventi come MIXING si traducano in un costante miglioramento di comportamenti assistenziali. Il prof. de Benedictis è stato formalmente invitato a relazionare in sede di Consiglio dell'Ordine per una riflessione condivisa sui contenuti dell'iniziativa.





Domenico di Bartolo (1440-1443 ca) - L'elemosina del Vescovo - SIENA - Pellegrinaggio di S. Maria della Scala

Seminari Monotematici di Aggiornamento in Medicina del Lavoro

Ancona

Novembre 2009 – Marzo 2010

Segreteria Organizzativa:

S.E.R.E.S. Onlus
Via Grandi, 10 – 60027 Osimo (AN)
tel. 0717302251 Fax 071732455
E-mail: info@seres-onlus.org

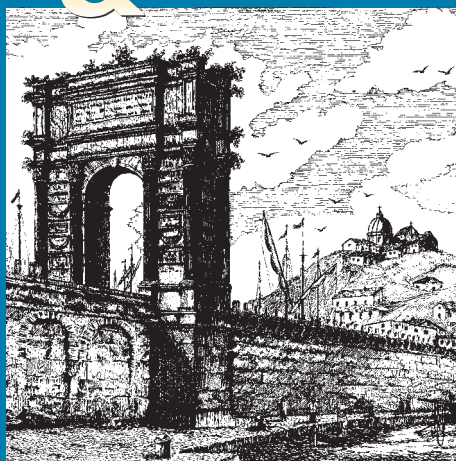
Segreteria Scientifica:

dott. Oriano Mercante
tel. 336631167 Fax 071732455
E-mail: info@orianomercante.it



Concessi 8 crediti ECM per Medici e 9 per Tecnici della Prevenzione

medici &medici



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