

# 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. 4 - Maggio 2010  
Sped. Abb. Postale 70%  
Filiale di Ancona

n. 4  
MAGGIO

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





# REGISTRO DELLA **SOLIDARIETÀ**

Anche tu hai qualcosa da offrire al volontariato: **la tua professionalità**

Hai mai pensato di fare volontariato mettendo al servizio degli altri proprio la tua professionalità di medico? **IL REGISTRO DELLA SOLIDARIETÀ** è un nuovo servizio che raccoglie le disponibilità di professionisti e cittadini che vogliono donare gratuitamente, una tantum o continuativamente, alle associazioni di volontariato le loro competenze lavorative o abilità specifiche.

## Come fare?

Collegati al sito [www.csv.marche.it/registrodellasolidarieta](http://www.csv.marche.it/registrodellasolidarieta) gestito dal Csv che gratuitamente opererà da archivio informatico registrando le offerte di professionisti per arrivare all'utente finale, cioè alle associazioni.

## Qualche esempio?

Insegnare, avere competenze amministrative, informatiche, fornire consulenze mediche, psicologiche, giuridiche, commerciali, ma anche conoscere una lingua, cucinare, ricamare, ecc.

Inoltre, società, aziende ed Enti pubblici o privati potranno offrire gratuitamente e temporaneamente il know-how tecnico e le competenze manageriali per consulenze, corsi di formazione, ecc. o propri mezzi e risorse (ad esempio spazi per incontri, automezzi), per rispondere occasionalmente ai bisogni delle associazioni di volontariato.

Possono essere utenti solo associazioni di volontariato regolarmente iscritte al Registro Regionale del Volontariato delle Marche e associazioni che si ispirano ai principi sanciti dalla L.266/91 previo accreditamento presso il Csv delle Marche.

Il Csv è una struttura operativa istituita dalla Legge quadro sul volontariato n. 266/91 per offrire servizi gratuiti alle associazioni di volontariato marchigiane con l'obiettivo di sostenerne e qualificarne le attività. È gestito dall'Avm – Associazione Volontariato Marche e finanziato dal Fondo Speciale per il Volontariato (costituito da quote degli utili annuali delle Fondazioni di origine bancaria), sul cui corretto utilizzo vigila il Comitato di gestione regionale. A livello organizzativo, è costituito da una sede regionale, cinque sportelli provinciali e punti operativi in altre 19 città marchigiane e fornisce servizi gratuiti di: formazione, consulenze, progettazione, informazione, comunicazione, documentazione e ricerche, utilizzo di attrezzature d'ufficio, prestito di beni e uso delle proprie sedi, orientamento e promozione del volontariato e attività di animazione territoriale.

**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 Petruzzi

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: il Duomo di Jesi**Questo numero è stato chiuso il  
21 maggio 2010**Non ci si assume la responsabilità  
di eventuali errori di stampa***EDITORIALE***Uno spaccato di vita ordinistica* ..... **4****NOTIZIE DALLA REDAZIONE***L'e-mail e la Posta Elettronica Certificata* ..... **9***Convenzione promossa dalla Confartigianato* .. **10****LETTERE DALLA FACOLTA'***Diventare medico,  
la ETIQUETTE-BASED MEDICINE* ..... **12****BUONA SANITA'***OSTEONECROSI dei MASCELLARI  
associata ai BIFOSFONATI* ..... **13***L'amalgama dentale fuorilegge  
come il termometro?* ..... **18***Le linee guida per la prevenzione  
della salute orale nell'adulto* ..... **19***PRESSOTERAPIA: consensus conference* ..... **22****NOTIZIARIO***5° EDIZIONE PREMIO  
"Prof. Franco Bianchi"* ..... **26***FONDAZIONE  
Ospedali Riuniti di Ancona onlus* ..... **29**

# Uno spaccato di vita ordinistica

di Fulvio Borromei

Presidente OMCEO di Ancona

Dieci anni di impegno e di gestione dell'Ordine professionale rappresentano un tempo sufficiente per fare ed esprimere alcune considerazioni e/o riflessioni.

Rappresentano un tempo che mi ha permesso di vivere, assistere, partecipare ad eventi ed episodi politici professionali che danno il senso della istituzione, delle sue criticità e delle sue potenzialità.

In qualità di Presidente OMCEO di Ancona ho potuto cimentarmi e accostare diverse problematiche del nostro operare, vederne gli sviluppi e la ricaduta su una professione, da una parte in costante evoluzione scientifica e dall'altra costretta a confrontarsi con una realtà politica sociale instabile e sempre più ostile.

Secondo me in questo binomio si gioca una buona parte del futuro e della professione medica in Italia e l'Ordine Professionale si iscrive in questo habitat incerto e scivoloso dove gli attori in campo non sembrano aver compreso quale sia la posta in gioco.

E' indubbio che la professione medica è stata ed è tuttora elemento sostanziale di civiltà della nostra società.

Il nostro SSN universalistico è stato ed è sostenuto da una classe medica che ha in grande parte rinunciato ad una professione liberale nella sua estrinsecazione originaria per dedicarsi prevalentemente al servizio pubblico della salute.

Questo grande patrimonio umano, scientifico, filosofico professionale ha concretizzato sicuramente obbiettivi ragguardevoli e con punte di eccellenza, realizzando dei grandi livelli di salute, molto di più di quanto si sia realizzato in altri paesi occidentali (*siamo il 2° paese se-*

*condo l'OMS in quanto a erogazione di servizi in rapporto alle risorse impiegate).*

Oggi, sia la congiuntura economica non favorevole, che una impropria influenza della politica in questo settore, possono mettere a repentaglio quelli che sono gli elementi essenziali del nostro sistema salute che deve poter continuare a sopravvivere, ma soprattutto possa essere esso stesso con i suoi attori foriero di una progettualità capace di cogliere le sfide future.

Il mercatismo (mutuando un nuovo termine usato nel linguaggio politico) non può ridurre queste conquiste sociali dell'uomo ad uno sterile calcolo ragionieristico. Ciò creerebbe l'implosione di tutto il sistema salute.

La professione ha il dovere di contribuire con tutte le sue potenzialità alla costruzione di un progetto di rilancio culturale e professionale tenendo anche conto che senza adeguate risorse economiche non è possibile uno sviluppo e una crescita, per cui dobbiamo essere i primi a perseguire l'appropriatezza nel nostro lavoro e chiedere, di contro, una appropriata allocazione delle risorse economiche e professionali da parte della dirigenza politica amministrativa.

Questa è la condizione ineludibile oggi per il progresso nel nostro settore, per cui dobbiamo sostenere chi sottende verso questo comportamento.

Abbiamo assistito negli anni (fatte salve alcune eccezioni) ad una gestione politica amministrativa della sanità inappropriata. *Il sistema salute è destinato, vuoi per l'aumento della vita media, vuoi per l'utilizzo di più sofisticate tecnologie e per le nuove sfide farmacologiche ad assorbire enormi risorse. Se l'utilizzo*

*pertanto delle stesse non è debitamente appropriato e se la politica anziché intervenire affrontando con la dovuta serenità i veri nodi da sciogliere risponde invece in modo populistico, clientelare nonché parcellare e sordinato ai problemi del "pianeta sanità", inteso nella sua dimensione universalistica e solidale, questi è destinato a soccombere e a non poter più garantire quei principi esplicitati nell'art 32 della nostra Costituzione.*

Dobbiamo comunque dire onestamente che nemmeno noi l'abbiamo aiutata a trovare la rotta, guardando spesso al nostro particolare piuttosto che all'interesse generale.

Nel tempo la sanità non è stata vista come un patrimonio comune, ma di parte e questo atteggiamento ha determinato scompensi e lacerazioni e non ha permesso quindi di investire sempre, risorse economiche, in maniera appropriata.

Quante volte nell'ambito professionale si è parlato di corretta allocazione delle risorse economiche? Poco abbiamo parlato di quelle umane e professionali che sono altrettanto importanti. Questo perché nella agenda politica non si è mai trattato il tema: LA PROFESSIONE MEDICA.

Neanche la professione medica è stata capace di affrontare in maniera adeguata questa stessa problematica con il mondo politico, impegnata in buona parte a posizionarsi nell'ambito del SSN, promuovendo in maniera settoriale la disciplina senza una visione d'insieme.

Questa è la vera nostra colpa perché anziché essere noi i portatori di un interesse generale siamo stati *troppo spesso* portatori di interessi particolari.

Anche per questo nostro erroneo comportamento la politica ha sostenuto alcune progettualità che non sono state fonte di unitarietà, nè di una metodologia di crescita appropriata (vedi il sovrapporsi di servizi sanitari).

Quindi possiamo sintetizzare che in diverse circostanze noi medici abbiamo ritenuto che

la nostra disciplina, il nostro settore, il nostro reparto, la nostra ricerca fossero prioritarie su altre e se ciò in una prima fase ha comportato sicuramente uno sviluppo (essendoci a disposizione delle risorse) e una promozione del concetto di salute, nel tempo questo atteggiamento si è dimostrato un elemento di freno ad uno sviluppo organizzativo strutturale che invece è sostanzialmente necessario per un continuo progresso.

In futuro più che mai per governare la sanità sarà indispensabile far crescere e concretizzare una visione unitaria del sistema salute e non ricorrere alla improvvida applicazione di correttivi a parti del sistema come metodo sistematico.

Necessità quindi di un approccio unitario.

Questo è un compito della professione. Non possiamo delegare ad altri responsabilità che sono nostre.

Abbiamo perso il senso di una cultura comune professionale, delle nostre radici per cui non riusciamo più ad essere efficaci e propositivi e ad essere ascoltati adeguatamente.

Seppure non apparteniamo più ad una professione liberale, come agli albori, dobbiamo comunque riscoprire quel liberalismo, inteso come capacità di mantenere e preservare nella professione l'integrità intellettuale e morale nell'ambito del sistema, traducendosi in una forte identità. Dove l'individualità non sia soffocata dal dogmatismo ma allo stesso tempo sia capace di rappresentare le istituzioni per le quali il professionista si mette a disposizione.

Il medico deve riscoprire il suo ruolo di intellettuale.

Essere così elemento di riferimento, occupando ruoli istituzionali sanitari di valore sociale, come è proprio della nostra professione, con una individualità che di per sé rappresenta la storia, l'etica, la deontologia e che, se armonicamente cresciuta, non cozza con l'interesse comune.

Per realizzare ciò è necessario combattere il relativismo deontologico, anello debole della identità medica.

Senza una forte connotazione etica si rinuncia alla ricerca della verità e si mette in serio rischio la libertà professionale. Libertà che deve essere intrisa di diritti e doveri.

La ricerca dei valori professionali deve essere un continuum proprio della nostra professione e della istituzione ordinistica e non si può delegare ad altri (la politica) il compito di selezionare i valori per noi prioritari.

Dobbiamo essere noi i decisori etici ispirati e proiettati innanzitutto alla dignità della persona e alla nostra storia.

L'Ordine Professionale non può svolgere nessun ruolo se i professionisti non lo colmano della loro attenzione, della loro cultura, della loro storia e della loro partecipazione. Solo così rappresenterà un sommo strumento di crescita, promozione e di grande incidenza politica nella società per le future generazioni di medici. Lo si sentirà come la somma rappresentanza professionale e non verrà considerato terreno improprio di occupazione e/o conquista.

Perché questo avvenga l'Ordine non può essere una istituzione ideologizzata.

Molto si sta discutendo sulla opportunità che questa istituzione sia ancora necessaria e/o adeguata ai tempi che viviamo. Per quanto mi riguarda non sono precluso ad alcuna soluzione, nemmeno a quella di una sua abolizione se l'Ordine non fosse in grado di trovare un ruolo reale nella società professionale. E' chiaro comunque di quei valori che rappresenta, altre istituzioni dovrebbero farsene carico, pena la fine di una professione.

Inoltre voglio stimolare un dibattito interno che porti *la professione* a cimentarsi con se stessa, guardando lo scenario politico sanitario in cui opera, tenendo conto che a volte non siamo quello che siamo ma quello che vogliamo diventare.

Ritengo che la nostra identità professionale attinga da un patrimonio di memorie, da un passato da valorizzare, ma che questa deve essere in grado di costruire UN PROGETTO FUTURO pena la decadenza della stessa.

La professione per riappropriarsi del SUO RUOLO INTELLETTUALE deve avere il coraggio di sfidare i conservatorismi del tempo che esistono anche nel nostro ambito.

Coraggio vuol dire anche capacità di anticipare i processi professionali (che entrano nella nostra storia) e di spezzare le pigrizie culturali.

Questo coraggio va coniugato con una strategia che deve dar vita ad un PROGETTO.

Dobbiamo riprogettare e reingegnerizzare il nostro futuro di professionisti.

Per far questo dobbiamo dare linfa ai nostri giovani colleghi, promuoverli, sostenerli, guidarli, formarli facendo tesoro DELLA STORIA PROFESSIONALE di coloro che si sono affermati e che oggi sorreggono le sorti dei nostri SSN, SSR e STRUTTURE PRIVATE.

Devono anche far tesoro dei nostri errori, affinché non siano ripetuti.

Maestri di vita professionali devono essere L'UNIVERSITA', LE ASSOCIAZIONI PROFESSIONALI sindacali e le SOCIETA' SCIENTIFICHE, L'ORDINE PROFESSIONALE.

Nell'università i futuri medici devono trovare quell'abitato per sviluppare le loro capacità ed attitudini;

i Docenti devono sentirsi i MAESTRI di questi giovani e trasfondere osmoticamente le loro conoscenze come L'ARTIGIANO ARTISTA rinascimentale trasferiva la sua arte ai più meritevoli, sapendo che questa viveva non solamente attraverso le sue opere ma anche con quelle dei suoi allievi.

I giovani professionisti rappresentano un patrimonio umano, culturale, scientifico di inestimabile valore.

Per realizzare questo processo è necessario ritrovare quel PATHOS DIDATTICO che ha reso grande la nostra cultura scientifica.

Così il metodo scientifico insieme alle evidenze scientifiche si mescolano a quel umanesimo che fa grandi i medici grandi.

Le società scientifiche devono essere di supporto a questo processo di formazione nelle successive fasi professionali.

Il Sindacato deve essere strumento di crescita professionale per i giovani professionisti che devono approfondire le tematiche politiche (senza oltranzismi) inerenti la loro disciplina e ruolo, senza comunque perdere una visione di insieme delle problematiche sanitarie.

Il sindacato deve saper far crescere una leadership capace di partecipare attivamente sia al suo interno che in altri settori (management sanitario).

Invito i giovani medici a partecipare attivamente alla vita sindacale, che rappresenta una palestra di crescita identitaria.

La professione ha bisogno di sindacati attivi, capaci di incidere sulla realtà lavorativa ma con una capacità dialettica costruttiva ed interattiva.

In un substrato professionale più maturo L'Ordine può svolgere al meglio il suo ruolo di depositario sommo dell'ETICA e della DEONTOLOGIA, e sviluppare più appropriatamente quel ruolo di vigilanza e di guida nelle interazioni interprofessionali, affinché non nascano conflitti ed incomprensioni perché oggi la concertazione tra le parti non solo professionali è indispensabile per il progresso della SALUTE della nostra società.

Il consolidamento di una leadership laica multidisciplinare, non dogmatica che vede nell'ordine una delle sue espressioni massime, non è antitetico al mondo delle associazioni professionali ma è il completamento, il substrato, il connettivo che rafforza le rappresen-

tanze nei loro ambiti e vede l'organo ordinistico, il garante, il supremo rappresentante.

Questo Consiglio OMCEO di Ancona con i suoi strumenti cerca di realizzare e concretizzare gli obbiettivi che ho indicato nella mia relazione.

La compagine presenta le caratteristiche culturali e professionali per promuovere al meglio i principi sopra esposti.

Rafforzando la nostra preparazione anche attraverso corsi di formazione specifici per consiglieri, ci prefiggiamo di far sentire meglio la nostra opinione in rappresentanza di tutta la categoria e di ricercare un più proficuo rapporto con la politica.

Vogliamo inoltre comunicare in maniera più appropriata con i nostri colleghi, utilizzando il nostro sito, la mailing list, il bollettino.

La mia costante presenza e di altri consiglieri in consessi convegnistici e/o culturali politici, sono indice di una volontà di esserci per comunicare direttamente, per sviluppare relazioni, e fungere anche da promotori di esigenze ed aspettative del nostro corpo professionale.

A voi care colleghe e colleghi la capacità di cogliere gli stimoli e di sostenerci.





All'inizio di questo mandato come capo redattore del Bollettino, mi ero posto il problema del perché pochi Colleghi sfogliassero la rivista.

La risposta più ovvia, chiedendo qua e là, era che non vi erano argomenti interessanti, se non quelli che potevano riguardare, di volta in volta, personalmente ciascuno di Noi.

Per estrapolazione ne abbiamo dedotto che anche tutta l'attività dell'Ordine, in qualche modo fosse vista solo come un qualcosa che non vada oltre al lavoro di Segreteria e pertanto da utilizzare solo in caso di necessità (per certificati, attestati, e, purtroppo, per pagamenti di balzelli e tasse di vario tipo).

Confesso che, prima di entrare a far parte del Consiglio Direttivo, anche io avevo qualche perplessità e molti dubbi su quale fosse il reale significato di una Istituzione che, a prima vista, sembrava così lontana dalla quotidiana attività dei Professionisti iscritti, nonché di dubbia utilità.

In realtà poi, avendo toccato con mano quanti e quali problemi vengono affrontati, e spesso, risolti sia in sede di Direttivo, sia in commissione, o grazie al lavoro dei vari consulenti che affiancano i vari Organi istituzionali, ho potuto apprezzare il lavoro, non solo degli Impiegati che cercano di dare risposte ai Colleghi che necessitano di chiarimenti, documenti o attestati vari, ma anche di tutti coloro che, pur senza apparire cercano di trovare risposte a problemi che, se estrapolati dal caso specifico, potrebbero rappresentare un aiuto a tutti i Medici ed Odontoiatri iscritti.

Ma, naturalmente, non è possibile andare a cercare tutti per chiedere loro se hanno problemi, quindi dobbiamo attendere che siano i Colleghi a farsi avanti per poter dare risposte ai vari quesiti.

È per questo che, all'inizio di questo mandato avevo chiesto di poter avere non solo gli arti-

coli dei "soliti noti", o le locandine dei vari eventi per una pubblicità gratuita, ma anche di contattare la redazione, o direttamente o tramite il Sito, per poter avere un po' il polso della situazione anche in periferia o da parte di coloro che non hanno "Santi in Paradiso" che possano aiutarli.

Senza voler sembrare blasfemo, un po' come disse Kennedy «... non chiedete cosa può fare l'America per voi, ma chiedete cosa potete fare voi per l'America».

Credo che, con la collaborazione di tutti, sarà possibile fare della nostra rivista, e perché no anche del sito, non solo un bollettino, ma qualcosa che assomigli ad un facebook dei professionisti della Medicina in cui esperienze e consigli siano un utile strumento per migliorare sia gli aspetti lavorativi, sia sociali e comportamentali. Uno strumento utile potrebbe essere quello di inserire il proprio nominativo nella mailing list, che consente di avere notizie quasi in tempo reale.

Se poi si decide di approfittare della iscrizione gratuita alla posta certificata che l'ordine offre, sarà possibile anche avere un mezzo che ottimizzi anche i rapporti ufficiali con le amministrazioni, evitando il ricorso a procedure e viaggi dispendiosi sia sotto il profilo economico che del tempo perso per lungaggini burocratiche.

Inoltre le esperienze maturate potranno rappresentare un aiuto per tutti i Professionisti a trovare soluzioni condivise e non ripetere eventuali errori commessi

Tutto questo senza ridurre il normale lavoro degli Uffici e degli Organi istituzionali.

Se questo avverrà potremo dire di avere svolto in pieno il compito che ci è stato affidato e di avere contribuito a migliorare gli aspetti umani e professionali di tutti coloro che l'Ordine rappresenta e tutela.

**Marco Silvestrelli**

# L'e-mail e la Posta Elettronica Certificata

*Il Consiglio dell'Ordine dei Medici-chirurghi e Odontoiatri della provincia di Ancona ha deliberato in data 22/3/2010 di offrire gratuitamente a tutti i propri iscritti la Posta Elettronica Certificata (PEC). Tutti coloro che sono interessati ad ottenerla attraverso l'Ordine, sono pregati di inviare una e-mail alla segreteria al seguente indirizzo [segreteria@ordinemedici.ancona.it](mailto:segreteria@ordinemedici.ancona.it) e/o tramite fax al nr. 071 200360. Tale contratto stipulato dall'Ordine ha una validità di 3 anni.*

L'e-mail è ormai lo strumento di comunicazione elettronica più utilizzato per lo scambio di comunicazioni. La posta elettronica o e-mail (acronimo di Electronic Mail) è un mezzo di comunicazione in forma scritta via Internet. Il principale vantaggio dell'e-mail è l'immediatezza.

I messaggi possono includere testo, immagini, audio, video o qualsiasi tipo di file. La Posta Elettronica Certificata (PEC) è un sistema di posta elettronica nel quale è fornita al mittente documentazione elettronica, con valenza legale, attestante l'invio e la consegna di documenti informatici. "Certificare" l'invio e la ricezione -

i due momenti fondamentali nella trasmissione dei documenti informatici - significa fornire al mittente, dal proprio gestore di posta, una ricevuta che costituisce prova legale dell'avvenuta spedizione del messaggio e dell'eventuale allegata documentazione. Allo stesso modo, quando il messaggio perviene al destinatario, il gestore invia al mittente la ricevuta di avvenuta (o mancata) consegna con precisa indicazione temporale. Nel caso in cui il mittente smarrisca le ricevute, la traccia informatica delle operazioni svolte, conservata per legge per un periodo di 30 mesi, consente la riproduzione, con lo stesso valore giuridico, delle ricevute stesse.

## COS'È LA PostaCertificat@

La PostaCertificat@ è un servizio gratuito che consente ai cittadini di dialogare con le Pubbliche Amministrazioni dotate di PEC presenti nell'Indirizzario PA del Portale.

## PERCHÉ ATTIVARLA

Per eseguire comodamente via internet numerose operazioni, come richiedere informazioni, inviare istanze e documentazioni, ricevere documenti e comunicazioni senza doversi recare fisicamente negli uffici della Pubblica Amministrazione.

## I SERVIZI GRATUITI E A PAGAMENTO PER IL CITTADINO

Oltre alla casella PostaCertificat@, è possibile usufruire gratuitamente di altri Servizi Base (Notifica su posta elettronica tradizionale, Fascicolo, Indirizzario delle Pubbliche Amministrazioni) e attivare, a pagamento, ulteriori Servizi Avanzati come la Firma Digitale e il Servizio di Notifica multicanale.

## DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 maggio 2009 stabilisce che, a ciascun cittadino che ne faccia richiesta, il "Dipartimento per la digitalizzazione della Pubblica Amministrazione e per l'innovazione tecnologica" assegni a titolo non oneroso un indirizzo di Posta Elettronica Certificata, da utilizzare per tutte le comunicazioni con la Pubblica Amministrazione.

# Convenzione promossa dalla Confartigianato

**Pubblichiamo nel nostro bollettino la proposta di convenzione promossa dalla CONFARTIGIANATO. Gli interessati, muniti di un certificato d'iscrizione all'albo, possono contattare i seguenti referenti: Marco Pierpaoli e/o Loretta Costarelli ai numeri telefonici 0712293259-0712293222-0712293293.**

**Il Presidente CAO  
Dott Federico Fabbri**

## PROPOSTA DI CONVENZIONE

La Confartigianato della Provincia di Ancona, con sede in Ancona alla Via Palestro n. 7, C.F. 80004150423, in persona del suo presidente pro-tempore Sig. Belvedere Valdimiro, in seguito citata come "Confartigianato"

### Propone

nell'intento di offrire una prestazione specialistica di alta qualità, di avvicinare nuovi pazienti alle prestazioni odontoiatriche, di creare un profilo dell'odontotecnico di alto livello e di combattere efficacemente l'esercizio abusivo della professione odontoiatrica, a tutti gli odontoiatri della provincia di Ancona la presente convenzione esclusiva per il mondo artigiano, secondo il testo di seguito riportato:

### Articolo 1

Il presente contratto ha per oggetto 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 ed alla riabilitazione odontoiatriche (art 2 l 24/7/85 n. 409) da parte degli odontoiatri aderenti alla convenzione, a favore dei soggetti iscritti alla Confartigianato e loro familiari come di seguito meglio specificato.

### Articolo 2

Gli odontoiatri aderenti alla convenzione si impegnano ad applicare – esclusivamente a favore dei soci e dei loro familiari iscritti alla Confartigianato o all'ANAP (Associazione Nazionale Artigiani Pensionati) ed ai dipendenti e familiari del sistema Confartigianato - il tariffario allegato.

### Articolo 3

L'appartenenza alla Confartigianato o all'ANAP dovrà essere provata mediante l'esibizione della tessera di socio, prima di ricevere le prestazioni odontoiatriche alle tariffe concordate, di cui all'articolo 2 del presente atto e l'odontoiatra si impegna a esporre nella sala d'aspetto del proprio ambulatorio per tutta la durata della convenzione un'apposita targa comprovante la sua adesione.

### Articolo 4

Il rapporto contrattuale che si instaurerà tra il medico convenzionato ed il socio avente diritto a ricevere le prestazioni alla tariffa prestabilita, sarà un contratto d'opera intellettuale, e in quanto tale regolato dagli artt. 2222 c.c. e ss. Pertanto, i medici-chirurghi e odontoiatri aderenti alla presente convenzione si impegnano a svolgere il servizio di cui alla presente scrittura, soggiacendo alla disciplina dettata dagli artt. 1176 secondo comma c.c., 1218 c.c. e 2236 c.c., in tema di diligenza richiesta, al fine di commisurare la responsabilità in caso di inadempimento contrattuale.

Per quanto non espressamente previsto nella presente convenzione si fa rinvio alle norme del codice civile e a quelle speciali.

### Articolo 5

Fatta in ogni caso salva la libertà di scelta secondo scienza e coscienza, gli odontoiatri aderenti alla presente convenzione nello svolgimento delle prestazioni in favore degli associati Confartigianato o ANAP – a parità di condizioni si impegnano ad avvalersi di odontotecnici con titolo di studio ottenuto in Italia iscritti alla CONFARTIGIANATO".

La mera appartenenza alla Confartigianato degli odontotecnici non obbliga i medici convenzionati a prediligere gli stessi, sì da escludere automaticamente quei professionisti non tesserati alla Confartigianato.

### Articolo 6

Agli iscritti aventi diritto verrà fornito adeguato materiale informativo al fine di riconoscere e quindi evitare situazioni illecite di esercizio abusivo della professione.

### Articolo 7

Nell'ambito del rapporto di cura stipulato con i soggetti sopra descritti, l'odontoiatra convenzionato concluderà a sua volta con l'odontotecnico un contratto di prestazione d'opera regolato dagli artt. 2222 e segg.c.c. La Confartigianato non sarà in alcun modo responsabile per ciò che riguarda il rapporto contrattuale che in virtù della presente convenzione vincolerà l'associato al medico odontoiatra convenzionato.

## Articolo 8

Le prestazioni mediche chirurgiche e odontoiatriche saranno svolte presso gli studi dei rispettivi professionisti convenzionati.

## Articolo 9

La Confartigianato, si impegna a dare massima pubblicazione della presente convenzione in modo da raggiungere tutti gli iscritti.

Al fine di consentire a questi di ampliare al massimo la scelta dei medici, la Confartigianato si impegna a garantire la totale diffusione a tutti gli aventi diritto (iscritti e annotati Albo Medici e Albo Odontoiatri).

## Articolo 10

Nell'intento di raggiungere tale obiettivo la Confartigianato si impegna altresì a tenere un elenco di tutti i professionisti convenzionati aderenti alla convenzione in modo da consentirne la consultazione ai propri iscritti e ad aggiornarlo puntualmente e costantemente.

Di tale elenco dovrà essere evitata la diffusione fuori delle sedi della Confartigianato stessa.

## Articolo 11

Le parti stabiliscono attraverso clausola compromissoria che ogni controversia dovesse insorgere in ordine all'interpretazione o all'esecuzione della presente convenzione verrà decisa da arbitri ex art. 808 c.p.c.

## Articolo 12

La presente convenzione decorre dal 1 marzo 2010, ha valore di 2 anni e si intende tacitamente rinnovata per ulteriori due anni fatta salva la possibilità di recesso anticipato da comunicarsi con lettera raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza annuale, e salvo portare a termine la gestione dei lavori iniziati. Il tariffario potrà essere rivisto ogni 2 anni.

La presente proposta resta valida per tutta la durata – come sopra indicata – della convenzione.

(Luogo) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_

Confartigianato  
Il Presidente Provinciale

Il medico odontoiatra aderente

Le parti interessate, ricevuta l'informativa di cui all'art. 10 e preso atto dei diritti di cui all'art. 13 della legge n. 675/96 e successive modificazioni ed integrazioni, esprimono il consenso affinché i propri dati personali possano essere trattati nel rispetto della legge sopra richiamata, per gli scopi indicati, ed affinché gli stessi possano essere oggetto di comunicazione ai soggetti per le finalità dichiarate.

Confartigianato  
Il Presidente Provinciale

Il medico odontoiatra aderente

Dichiaro di avere letto integralmente il presente contratto sottoscritto confermandone ed approvandone, ex art. 1341 C.C., gli articoli 2, 3, 5 10 e 11.

Il medico odontoiatra aderente

## TARIFFARIO

Visita	gratuita
Rx endorale	15 l'una
Status rx (16 lastre)	150
Sigillatura (una)	20
Ablazione tartaro	70
Sbiancamento	250
Estrazione semplice	60
Estrazione complessa	120
Impianto osteointegrato	900
Otturazione semplice deciduo	70
Otturazione complessa deciduo	90
Otturazione amalgama semplice	80
Otturazione amalgama complessa	100
Otturazione composito semplice	100
Otturazione composito complessa	130
Trattamento endodontico monoradicolato	130
Trattamento endodontico biradicolato	200
Trattamento endodontico poliradicolato	280
Corona provvisoria	50
Corona fusa non preziosa	350
Corona fusa preziosa	400
Corona lega non preziosa e ceramica	550
Corona lega preziosa e ceramica	600
Corona ceramica integrale	700
Facceta	500
Perno moncone fuso lega preziosa	200
Ricostruzione perni in silicio o carbonio	150
Intarsio in composito	300
Protesi mobile totale (ad arcata)	900
Protesi mobile scheletrato con ganci	1000
Ribasatura indiretta	150
Aggiunta di dente su protesi esistente	60

Per tutto quanto non contemplato nel tariffario la tariffa va concordata direttamente con il Sanitario

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

# Diventare medico, la ETIQUETTE-BASED MEDICINE

di Francesco Orlandi

Il New England Journal of Medicine dedica un editoriale all'incontro medico-malato, nella sua rubrica *Becoming a Physician*, e propone una lista di comportamenti consigliati per l'incontro con un nuovo assistito (1).

Immaginiamo che sia un ricoverato, sapendo che le variazioni per la visita in ambulatorio non sono sostanziali e che naturalmente ogni malato ed ogni situazione clinica sono diversi. Ecco in sintesi le raccomandazioni generali:

1. **Chiedi il permesso di entrare nella "sua" stanza, aspetta la risposta.**
2. **Presentati con una stretta di mano, precisa il tuo nome ed il tuo ruolo nel reparto.**
3. **Siediti come per un colloquio non affrettato, sorridi.**
4. **Domandagli come si trova nel reparto.**
5. **Al termine della visita, per ogni malato, lavati le mani.**

L'editoriale sottolinea l'importanza oggettiva del lavaggio delle mani, con nuove evidenze di efficacia. L'ultimo studio sulla frequenza delle infezioni da catetere centrale, condotto in 103 unità di degenza per malati critici, ha mostrato una radicale riduzione di tali complicanze dopo l'adozione di una checklist intesa a rafforzare nel personale di assistenza l'uso di lavarsi sistematicamente le mani, accanto ad altre misure di facile applicazione (2,3). Richiami di questo tipo sono comparsi nella recente letteratura internazionale di pediatria, di oftalmologia, di nefrologia e naturalmente per la sala operatoria, malgrado che la "cultura della sicurezza" sulle infe-

zioni si sia affermata da più di un secolo. Una sintesi Cochrane ci dice che non vi sono evidenze di vantaggio tra le diverse soluzioni alcoliche od acquose usate in chirurgia (4). Il lettore interessato alla tecnica dettagliata del lavaggio può ispirarsi ad una recente descrizione (5).

Nel nostro editoriale, però, il lavaggio delle mani ha anche una valenza di buona maniera. Esso viene osservato ed apprezzato dal malato, che (anche in ambulatorio) se ne sente rassicurato. Ma da chi eredita le buone maniere il medico? L'editoriale di Boston mette in primo piano l'educazione familiare ma tira l'orecchio alla didattica medica, che spesso non sottolinea l'opportunità di comportamenti appropriati ad una professione basata sull'empatia. Non si diventa pianista, osserva l'editorialista, senza aver umilmente appreso ed adottato la postura appropriata.

Quali sono i più frequenti motivi d'insoddisfazione espressi dai pazienti in questi articoli? Gli assistiti dicono che il medico "sembra preoccupato soltanto di registrare i dati nel computer", "non sorride mai", "in realtà non so con chi sto parlando dei miei problemi", e così via. Aggiungiamo che in uno studio sulla pratica medica americana il tempo medio disponibile al malato per spiegare il proprio problema prima dell'interruzione del medico è risultato di 23 secondi (6).

Attenzione, la soddisfazione psicologica dell'assistito dovrebbe essere al centro della visita medica.

1. Kanh MW. Etiquette-based medicine. *N Engl J Med* 2008; 358: 1988-9.
2. Pronovost P, Needham D, Berenholtz S, et al. An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356: 2660.
3. Pronovost P, Weast B, Rosenstein B, et al. Implementing and validating a comprehensive unit-based safety program. *J Patient Saf* 2005;1:33-40
4. Tanner J, Swarbrook S, Stuart J. Surgical hand antisepsis to reduce site infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (1): CD004288.
5. Stevens S. Reducing the risk of infection: hand washing technique. *Community Eye Health* 2008;21:17.
6. Bodenheimer T. Transforming practice. *N Engl J Med* 2008;359:286-9.

*Atti del congresso del 14/11/2009 sul tema:*  
**OSTEONECROSI dei MASCELLARI**  
*associata ai BIFOSFONATI.*  
**Una realtà in Odontoiatria - Clinica**  
**e Terapia: esperienze a confronto**

di Vittorio Zavaglia e Alessandra Nori

*Prima di questo bellissimo excursus sullo scottante tema dell'Osteonecrosi indotta dai Bifosfonati, vorrei esprimere a nome mio personale, a nome della Commissione Albo Odontoiatri che ho l'onore di presiedere e a nome di tutto il Consiglio dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Ancona, un atto di profonda stima e di grande riconoscimento per il Dott. Vittorio Zavaglia, per la Dott.ssa Alessandra Nori e per tutta la loro Equipe che con il loro difficile lavoro, con la loro alta competenza e con il continuo interessamento professionale, sono ai vertici italiani ed europei nella loro complessa specialità. Infine in merito all'argomento in epigrafe vorrei stimolare tutti noi, Medici di ogni branca di appartenenza ed Odontoiatri, rispolverando i basilari concetti di etica professionale che ogni tanto dimentichiamo, a collaborare fattivamente su tutto il territorio, poichè solo così possiamo tentare di evitare, prevenire e fare diminuire l'incidenza delle gravi patologie che a volte questa classe di farmaci induce.*

**Federico Fabbri**

Il 14 Novembre 2009 si è tenuto presso l'Aula Magna del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria della Università Politecnica delle Marche, il Convegno: "Osteonecrosi dei mascellari associata a bifosfonati. Una realtà in Odontoiatria – Clinica e Terapia: esperienze a confronto"; l'evento è stato organizzato dalla SOD di Odontostomatologia Chirurgica e Speciale della A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Ancona, diretta dal Dott. Vittorio Zavaglia in collaborazione con la Clinica Odontostomatologica – Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentale diretta dal Prof. Maurizio Proccaccini.

Sempre sullo stesso tema, nel maggio 2006, era stata organizzata una Tavola Rotonda, durante la quale erano stati affrontati per la prima volta nella Regione Marche, le varie tematiche inerenti i problemi diagnostici, terapeutici e le modalità di prevenzione di questa patologia emergente.

Il secondo incontro scientifico sul tema della osteonecrosi dei mascellari associata a bifosfonati (BRONJ) è nato dalla estrema attualità e importanza che ha assunto questa patologia, legata all'ampio uso dei bifosfonati, farmaci impiegati nella terapia endovenosa delle metastasi ossee di vari tumori e, attraverso la somministrazione orale a bassi dosaggi, nella cura dell'osteoporosi.

Da pochi anni, infatti, è stato dimostrato che il loro impiego può essere associato all'insorgenza di una necrosi ossea avascolare, non soggetta a guarigione, che colpisce i mascellari spontaneamente o in seguito a noxae patologiche quali le estrazioni dentali. L'osteonecrosi associata a bifosfonati va, quindi, affrontata principalmente in chiave preventiva, prima dell'assunzione del farmaco, rimuovendo tutti i fattori potenzialmente pericolosi, mentre in fase di terapia senza necrosi conclamate o con lesioni ossee presenti, l'intervento sarà

più complesso ed articolato.

Sulla base dell'esperienza maturata in questi anni nel campo della diagnosi-prevenzione-terapia delle osteonecrosi associate ai bifosfonati, lo scopo del Convegno era di analizzare, i risultati ottenuti nel campo della prevenzione primaria della malattia, la validità dei percorsi assistenziali realizzati e le prospettive future in questi campo.

L'inizio dei lavori è stato preceduto dal saluto delle Autorità – erano presenti il Prof. Leandro Provinciali, Prorettore della Università Politecnica delle Marche; il Dott. Michele Nardone in rappresentanza del Ministero della Salute; l'On. Carlo Ciccio in qualità di Vicepresidente della Commissione Sanità della Camera dei Deputati; il Dott. Fulvio Borromei Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona che ha portato i saluti del Dott. Federico Fabbri Presidente C.A.O. (Commissione Albo Odontoiatri), e il Dott. Aldemiro Andreoni Presidente dell'ANDI regionale.

Era presente anche il Dott. Roberto Mazzanti che ha portato i saluti e gli auguri di buon lavoro della SICOI (Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantare) di cui è Segretario Regionale.

La prima sessione, moderata dal Prof. Maurizio Procaccini e dal Prof. Pietro Leoni, è stata aperta dalla relazione del Prof. Stefano Cascinu Direttore della Clinica di Oncologia, che è intervenuto sul tema della patogenesi della osteonecrosi e della importanza del riconoscimento dei fattori di rischio della malattia collegata all'utilizzo sempre più ampio dei bifosfonati nella terapia dei tumori metastatici, sottolineando infine l'importanza di una stretta collaborazione tra Oncologo ed Odontoiatra nel miglioramento della prevenzione primaria della patologia in discussione.

Il Dott. Vittorio Fusco, Dirigente Medico della S.C. Oncologia della ASO di Alessandria, ha presentato un interessante lavoro sui risultati della Prevenzione dell'osteonecrosi da bifosfonati nella Regione Piemonte - Valle d'Aosta, sottolineando l'importanza determinante della Rete Oncologica Regionale plurispecialistica.

La parola è poi passata al Dott. Ferdinando

Silveri, Dirigente Medico della Clinica Reumatologica della Università delle Marche, diretta dal Dott. Grassi, che ha approfondito il tema dell'impiego dei bifosfonati orali nella cura della osteoporosi.

Numerose domande sono state poste al Reumatologo, soprattutto sui vari dosaggi del farmaco, assai inferiori a quelli impiegati in oncologia, ed utilizzati in maniera crescente nella prevenzione e cura della osteoporosi femminile.

Durante il dibattito è emersa l'opportunità di monitorare nel tempo le pazienti che assumono bifosfonati orali per controllare gli effetti cumulativi e la possibilità di provocare l'osteonecrosi dei mascellari.

L'ultima presentazione della mattinata era affidata alla Dott.ssa Alessandra Nori, responsabile del percorso assistenziale dei pazienti oncologici a rischio di BRONJ o affetti dalla patologia ed afferenti alla SOD di Odontostomatologia Chirurgica e Speciale di cui è Dirigente Medico.

Sono stati illustrati i risultati ottenuti in tema di prevenzione nel periodo 2004-2009 grazie all'applicazione di un protocollo di intervento odontoiatrico messo a punto dalla SOD di odontostomatologia Chirurgica e Speciale. Sono stati, poi, presentati gli obiettivi futuri del Reparto, tra cui quello di creare un gruppo di lavoro interdisciplinare che coinvolgerà tutti gli attuali e futuri collaboratori (i Reparti di Oncologia delle Marche, le Cliniche Universitarie di Oncologia e di Ematologia, reumatologi, endocrinologi, medici di base e le strutture pubbliche e private odontoiatriche), al fine di migliorare la rete già esistente e di offrire ai pazienti un trattamento qualitativamente elevato e facilmente accessibile.

I lavori sono proseguiti con l'interessante relazione della Dott.ssa Maddalena Manfredi Ricercatore nella disciplina di Malattie Odontostomatologiche della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Parma, che ha ampiamente esposto il ruolo dei bifosfonati orali nella possibile insorgenza della osteonecrosi dei mascellari.

L'Igienista Dentale Dott.ssa Scilla Sparabombe ha ampiamente parlato dell'importanza del-

l'applicazione di adeguati protocolli di igiene orale nella fase della prevenzione e di mantenimento durante la terapia con i bifosfonati, presentando i risultati ottenuti presso la SOD di Odontostomatologia Chirurgica e Speciale della quale ha fatto parte per molti anni e presso la quale continua a svolgere attività didattica come Coordinatrice del corso di Laurea in Igiene Dentale.

Nel Pomeriggio, i moderatori Prof. Oliviero Corrieri, Presidente Nazionale SIOG e il Dott. Capparè in rappresentanza del Prof. Marco Collini della U.O di Chirurgia Maxillo Facciale di Mantova, hanno presentato i lavori che hanno affrontato il tema della terapia e dei risultati ottenibili con le diverse modalità di intervento.

Il Prof. Paolo Vescovi, Professore Associato di Malattie Odontostomatologiche e Direttore EMDOLA della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università di Parma e coordinatore GDSO della Azienda Ospedaliera di Parma, ha approfondito il tema del trattamento delle osteonecrosi con la laserterapia come complemento della terapia chirurgica, sottolineandone la semplicità e l'efficacia della sua utilizzazione.

Ha preso, poi, la parola il Dott. Massimo Maniezzo, Dirigente Medico dell'Istituto Nazio-

nale Tumori di Milano che ha presentato gli importanti risultati di guarigione, ottenuti nel trattamento dei siti osteonecrotici, con l'impiego locale dell'ozono.

Le relazioni si sono concluse con l'intervento del Dott. Vittorio Zavaglia, Direttore della SOD di Odontostomatologia Chirurgica e Speciale, che ha presentato, attraverso una ampia casistica, le indicazioni della chirurgia tradizionale resettiva e più invasiva e di quella mininvasiva e più conservativa della piezochirurgia.

Il Convegno si è concluso con una vivace dibattito tra i relatori, avviata con competenza e capacità di sintesi dal Prof. Oliviero Corrieri, sulla necessità dell'impegno di tutte le istituzioni marchigiane per implementare nella Regione Marche i percorsi di prevenzione e cura della osteonecrosi dei mascellari associata ai bifosfonati; in particolare il Dott. Zavaglia, ha annunciato l'organizzazione in breve tempo, di una consensus conference sul tema della BRONJ, con la finalità di riunire tutte le competenze sanitarie impegnate in questo campo, con lo scopo di ottenere il riconoscimento a livello regionale della rete interdisciplinare già esistente e funzionante, indispensabile per fornire ai cittadini marchigiani, percorsi sanitari sempre più vicini alle loro necessità.







# L'amalgama dentale fuorilegge come il termometro?

di Maria Chiara Brugnami

In Italia da aprile 2009 tutti i prodotti contenenti mercurio, termometro in pole position, sono stati tolti dal commercio. Il divieto di produrre e vendere il vecchio e caro termometro è dovuto al fatto che l'Italia ha recepito una normativa comunitaria che serve a tutelare l'ambiente dal rifiuto mercurio. Ma questo è bastato per rendere ancora una volta attuale l'allarme verso la presunta tossicità dell'amalgama, storico materiale da otturazione e per scatenare il dibattito: amalgama dentale sì, amalgama dentale no?

La maggior parte degli italiani scoprono dalla televisione, precisamente dalla trasmissione Report che si occupò della questione nell'ottobre 1998, che le "otturazioni nere" usate per "tappare" il buco lasciato dalla carie sul loro dente, potevano essere dannose per la salute. Conseguentemente il ministero della salute richiese un parere al Consiglio superiore di sanità e nel 2001 il ministro Sirchia emanò un decreto legge che proibiva l'uso, l'importazione e l'immissione in commercio sul territorio nazionale degli amalgami dentali in forma libera consentendone la produzione e la vendita solo nella formula di capsule predosate.

Inoltre il provvedimento del ministero obbligò i fabbricanti ad inserire, nelle indicazioni d'uso, precise istruzioni per i dentisti come ad esempio: 1) la lavorazione in locali ventilati con rivestimenti decontaminabili; 2) lo stoccaggio in ambiente fresco e ben aerato; 3) la realizzazione del lavoro odontoiatrico sempre sotto raffreddamento, aspirazione e isolamento del campo operatorio; 4) l'obbligo di condensare l'amalgama con i mezzi classici manuali e non utilizzare i condensatori ad ultrasuoni; 5) la necessità di non posizionare le otturazioni in amalgama vicino ad altri restauri metallici per il rischio di corrosione; 6) l'obbligo di non realizzare restauri in amalgama sulle donne in gravidanza e durante l'allatta-

mento, nei bambini al di sotto dei 6 anni e nelle persone con gravi nefropatie; 7) l'indicazione assoluta alla rimozione dell'amalgama in pazienti con allergia accertata verso questo materiale o in caso di sopravvenute reazioni locali come lesioni lichenoidi in vicinanza dell'amalgama.

In definitiva, il ministro ribadì quanto la letteratura sosteneva già da molto tempo: non ci sono dati certi sulla pericolosità dell'amalgama, mentre è certo il danno per l'ambiente causato dal rifiuto di amalgama. E per questo ne è stato normato lo smaltimento.

Sull'utilizzo e sulla pericolosità dell'amalgama non ci sono certezze!

Per l'Fdi (World dental Federation), l'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità), il W.H.O. (Organizzazione Mondiale della Salute), la Food and Drug Administration USA (FDA), l'A.D.A. (American Dental Association), le Cliniche Universitarie Svizzere di Berna, Basilea, Ginevra e Zurigo, l'amalgama è a tutt'oggi un materiale molto efficace che non causa effetti collaterali né sul paziente né sull'operatore, anche se occasionalmente si sono verificate reazioni allergiche o lichenoidi. L'Fdi consiglia comunque misure per un corretto smaltimento dei residui di amalgama e un maneggiamento accurato del materiale prima dell'inserimento nel dente, precisando però che non sono stati riportati effetti sistemici e non sono rilasciate nell'ambiente eccessive quantità del materiale.

Non vi è dubbio tuttavia che la comunità odontoiatrica internazionale stia riducendo drasticamente l'uso dell'amalgama per eseguire le otturazioni, ma ciò è dovuto alle richieste estetiche sempre maggiori da parte dei pazienti più che a serie ragioni di ordine tossicologico. Giova ricordare che la migliore otturazione è quella che non è mai stata eseguita e che la più efficace terapia è la PREVENZIONE.

# Le linee guida per la prevenzione della salute orale nell'adulto

di Federico Fabbri

*Facendo seguito a quanto già pubblicato nel periodico dell'Ordine Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Ancona del mese di novembre, in tema di "Linee guida in Medicina e in Odontoiatria", per concludere correttamente il percorso informativo, ecco che dopo aver parlato l'altra volta delle "Linee guida per la promozione della salute e la prevenzione delle patologie del cavo orale nell'età evolutiva, forniteci gentilmente dagli autori Prof. A. PUTIGNANO, Dott.ssa C. MASSACCESI, Prof. M. PROCACCINI dell'Università Politecnica delle Marche, affrontiamo adesso il tema: "Linee guida per la prevenzione della salute orale nell'adulto", che rappresenta un valido strumento di supporto per l'attività lavorativa degli operatori del settore. Queste linee guida sono state redatte dal Prof. Bollero, dal Prof. Grassi, dalla Dott.ssa Nardi, dal Dott. Nardone, coordinati dal Prof. Gherlone.*

## PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE DEI TESSUTI DURI

- 1) In considerazione dell'elevata incidenza di carie è importante che vengano aggiornati gli attuali metodi di prevenzione.
- 2) La carie dentale, nonostante tutto, ha una incidenza ancora molto elevata in Italia, pertanto si suggerisce di mettere in atto in tutta la popolazione e indipendentemente dall'età, ogni presidio utile per prevenirla.
- 3) L'elevata frequenza dell'assunzione di cibo aumenta la probabilità di carie.
- 4) L'utilizzo di paste dentifricie fluorate in età adulta riduce significativamente l'incidenza della carie.
- 5) Le paste contenenti casein-phosphopeptide-amorphous e calcium-phosphate contribuiscono ai processi di remineralizzazione delle superfici dentali.
- 6) La sostituzione del saccarosio con lo xilitolo porta a una riduzione dell'incidenza della carie.
- 7) L'adeguato e corretto spazzolamento riduce significativamente la presenza della placca dentale.
- 8) L'utilizzo di uno spazzolino elettrico è raccomandabile rispetto a uno manuale.
- 9) In caso di presenza di fenomeni di usura dentale, è necessario impostare un corretto programma di educazione del paziente, in modo da renderlo conscio dell'importanza

della prevenzione e del trattamento precoce anche in considerazione dell'impatto negativo che elevati livelli di usura dentale hanno sulla qualità della vita e sui rapporti sociali.

## PREVENZIONE DELLA MALATTIA PARODONTALE

- 1) Ogni paziente visitato deve essere indirizzato verso una buona pratica di igiene orale. E' doveroso intercettare precocemente eventuali patologie sistemiche che possono determinare l'insorgenza e/o la progressione della malattia parodontale. Alla stessa stregua è doveroso adottare ogni misura atta a scoraggiare l'abitudine al fumo.
- 2) Nei soggetti che non riescono a controllare con l'igiene personale il processo infiammatorio a carico dei tessuti gengivali e nei soggetti con patologie sistemiche favorevoli la malattia parodontale, è indicata l'igiene orale professionale almeno 2 volte l'anno. Negli stessi individui è altresì consigliato il controllo chimico della placca batterica, tramite sciacqui con collutori.
- 3) La diagnosi di eventuale malattia parodontale deve essere effettuata da tutti gli odontoiatri su tutti i pazienti e su tutti gli elementi dentali. Per un corretto accertamento diagnostico sono necessari: una dettagliata anamnesi; un esame obiettivo loca-

le; l'esecuzione di esami RX; l'esecuzione eventuale di esami di laboratorio e microbiologici.

- 4) La terapia causale iniziale, in aggiunta alla terapia meccanica non chirurgica, deve comprendere l'informazione, l'istruzione e la motivazione del paziente ad una corretta igiene orale quotidiana e domiciliare. L'odontoiatra deve fornire a ciascun paziente un modello comportamentale riguardante l'igiene orale rapportato alle proprie necessità.
- 5) La terapia meccanica non chirurgica deve costituire il trattamento di base della malattia parodontale e consiste nella strumentazione meccanica, sopra e sotto gengivale, delle superfici radicolari allo scopo di renderle biologicamente compatibili con i tessuti parodontali mediante l'eliminazione dei depositi duri e molli.
- 6) La terapia chirurgica deve essere considerata un mezzo aggiuntivo alla terapia causale e alla terapia meccanica non chirurgica. La scelta della tecnica chirurgica avverrà dopo un'attenta valutazione della cooperazione del paziente e della risposta dei tessuti. La mancanza di un'efficace ed efficiente igiene domiciliare esclude il paziente dal trattamento chirurgico.
- 7) La terapia antibiotica, con l'eccezione delle infezioni acute, non deve essere somministrata in assenza di una precedente terapia meccanica e in assenza di un controllo ottimale della placca da parte del paziente poichè i biofilm proteggono efficacemente i batteri patogeni dagli agenti antimicrobici. La continua emergenza di specie batteriche antibiotico-resistenti, rende necessaria una limitazione all'uso degli antibiotici in terapia parodontale.
- 8) Alla fine della terapia causale e correttiva il paziente deve essere inserito in un sistema di richiami finalizzato alla prevenzione di eventuali recidive della malattia. L'intervallo fra i vari appuntamenti deve essere sempre rapportato alla capacità del paziente di mantenere un adeguato standard di igiene con un programma di mantenimento basato su richiami ogni tre mesi.

### PREVENZIONE DELL'EDENTULIA

- 1) La salvaguardia dei denti naturali rappresenta il principale scopo di qualsiasi intervento preventivo o terapeutico.
- 2) Lo spazzolamento dei denti con tecnica corretta previene l'insorgenza di carie e di malattia parodontale e di conseguenza la perdita dei denti. L'uso di un dentifricio fluorato (1000ppm) è fortemente consigliato nei soggetti adulti a rischio di carie medio-basso.
- 3) L'uso del filo interdentale e di presidi specifici per la pulizia degli spazi interdentali, specie nei portatori di manufatti protesici fissi, è fortemente consigliato.
- 4) Nei soggetti adulti a rischio elevato di carie, sono consigliati sciacqui quotidiani con collutorio fluorato e prodotti a base di clorexidina.
- 5) L'assunzione di cibi contenenti mono o disaccaridi fuori dai pasti è sconsigliata se non in un regime di igiene orale controllata.
- 6) L'abitudine al fumo di sigaretta va altamente scoraggiata.
- 7) Visite specialistiche di controllo sono consigliate annualmente nei soggetti adulti non a rischio e con cadenza da trimestrale a semestrale nei soggetti a rischio di carie e malattia parodontale e nei portatori di protesi estese.
- 8) I soggetti anziani istituzionalizzati necessitano di sedute e insegnamenti di igiene orale.
- 9) La protesizzazione del cavo orale edentulo migliora la qualità di vita del soggetto privo di denti.
- 10) Negli individui portatori di protesi mobile o dispositivi mobili di altro genere (es. by-te), è fortemente consigliata l'igiene quotidiana degli stessi e l'utilizzo di preparati disinfettanti con agenti di pulizia quali ad esempio il NitrAdine.

### PREVENZIONE DEI TUMORI MALIGNI DEL CAVO ORALE

- 1) Adottare ogni misura atta a disincentivare il fumo e l'uso di alcoolici e super alcoolici specie se in associazione tra loro. Tutti i pazienti inoltre, specie in presenza di con-

- dizioni a rischio, devono essere messi nella condizione di poter effettuare periodicamente un "auto-screening" del cavo orale, vale a dire le corrette manovre dell'autoispezione dei tessuti molli.
- 2) In individui di età superiore a 40 anni (soprattutto se di sesso maschile) oppure, in caso di persone di qualsiasi sesso, che fumano e/o consumano quotidianamente alcoolici o superalcolici, specie in assenza di adeguate cure del cavo orale, eseguire una accurata visita della bocca almeno una volta l'anno.
  - 3) Ricercare, in corso di visita, eventuali lesioni sospette in tutto il cavo orale ponendo particolare attenzione alle aree nascoste specie della lingua.
  - 4) Considerare come caso dubbio ogni lesione che si presenti come macchia o placca, nodulo o erosione-ulcera, o verrucosità indipendentemente dai sintomi o dalle cause apparenti fino a quando non venga dimostrato il contrario.
  - 5) Rimuovere ogni possibile causa apparente collegata ad una lesione, seguire l'evoluzione della stessa e considerare come caso dubbio quelle lesioni che non guariscono entro 14 giorni. Il miglioramento, dopo la rimozione della causa apparente, non è guarigione e bisogna continuare a considerare il caso come dubbio.
  - 6) In caso di lesioni dubbie, non ritardare mai la diagnosi somministrando terapie a base di vitamine, collutori, antibiotici o altro per un periodo di tempo superiore a 14 giorni.
  - 7) L'utilizzo della chemiluminescenza o l'impiego di coloranti vitali, come il blu di toluidina, consente nei casi dubbi di effettuare un preliminare e non invasivo esame dei tessuti volto a distinguere i tessuti sani da quelli sospetti.
  - 8) In caso di forte sospetto diagnostico, è necessario effettuare una biopsia. Tale metodica, seguita da analisi e valutazione del campione in laboratorio, rappresenta a tutt'oggi l'esame gold standard nel determinismo diagnostico di una lesione sospetta. La tecnica bioptica deve essere escissionale per tutte quelle lesioni di dimensioni ridotte e localizzate in zone accessibili e non debilitanti per il paziente. In alternativa, va eseguita la tecnica incisionale a livello dei bordi della lesione, facendo attenzione a includere le aree cliniche più sospette, evitando le zone necrotiche.



**CROCE ROSSA ITALIANA**  
COMITATO PROVINCIALE DI ANCONA  
Comitato Locale di Jesi

## *Richiesta di collaborazione con i Medici del Territorio per le attività Volontarie*

Questo Comitato Locale della Croce Rossa Italiana di Jesi, in una fase di riorganizzazione intende rivolgere cortese richiesta di collaborazione volontaria attraverso tutti i Medici Associati, esistenti sul nostro Territorio.

Ogni anno questa Unità C.R.I. organizza Corsi di Primo Soccorso rivolti alla popolazione per tutti coloro che vogliono rendersi disponibili gratuitamente per le Attività Istituzionali a favore dell'Umanità bisognosa.

A tale proposito quindi pensiamo di avvicinare insieme a Voi, con una lettera rivolta a tutti quei professionisti affinché possano aiutarci ad esaudire le tantissime richieste dove essi sono indispensabili.

Attualmente siamo pochissimi Medici iscritti al Comitato Locale di Jesi.

In attesa della vostra conferma, ringraziamo anticipatamente e porgiamo distinti saluti.

**Il Commissario**  
**Dott. Maurizio Ricci**

# PRESSOTERAPIA: consensus conference

di M. Ricci\*, S. Michelini\*\*, F. Boccardo\*\*\*, J.P. Belgrado\*\*,  
T. Baroncelli\*\*\*\*, L. Aluigi\*\*\*\*\*

\* Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione

\*\* Gruppo Europeo di Linfangiologia

\*\*\* International Society of Lymphology

\*\*\*\* Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare

\*\*\*\*\* Società Italiana di Diagnostica Vascolare - Gruppo Italiano di Ultrasonologia Vascolare

**Il giorno 11 Giugno 2008 presso l'Auditorium Sandro Totti dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona, si è tenuto un incontro scientifico su una delle terapie fisiche più utilizzate nel campo della riabilitazione flebolinfologica ed estetica: la Pressoterapia. L'incontro scientifico in forma di Consensus Conference ha cercato un modo comune di utilizzo della terapia suddetta portando una uniformità su scala nazionale. Questo lavoro raggruppa le conclusioni cui è giunto il panel di esperti ivi convenuti.**

La pressoterapia rappresenta una metodica fisico-compressiva che, tramite un'onda di pressione, esegue un massaggio drenante i liquidi degli arti, svolgendo effetti benefici sia sul circolo venoso, in particolare sulla prevenzione della trombosi venosa profonda, che su quello linfatico. Trova indicazione all'interno di numerosi Progetti Riabilitativi riguardanti sia pazienti degenti in ospedale che trattati in regime di Day Hospital così come all'interno di programmi riabilitativi ambulatoriali e domiciliari. Nell'intento di uniformare la modalità di utilizzo di tale metodica, l'11/06/2008 si è tenuto ad Ancona, all'interno dell'Auditorium "Sandro Totti" dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, un incontro scientifico tra le società **SIMFER** (Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione), **GEL** (Gruppo Europeo di Linfangiologia), **ISL** (International Society of Lymphology), **SIA-PAV** (Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare), **SIDV-GIUV** (Società Italiana di Diagnostica Vascolare - Gruppo Italiano di Ultrasonologia Vascolare). I Rappresentanti, delegati dalle proprie Presidenze, hanno stilato un documento condiviso che di seguito viene riportato. Gli apparecchi oggi in uso generano la pressione all'interno di contenitori anelatici



**PRESSOTERAPIA:  
CONSENSUS CONFERENCE**  
Ancona 11.06.2008

**LA PRESSOTERAPIA  
NELLA MEDICINA  
MODERNA**

(Terminali) mediante l'insufflazione di aria da parte di un compressore. La pressione si distribuisce alla superficie cutanea e quindi all'arto, in maniera uguale in tutti i punti ed in tutte

le direzioni, in accordo con la legge di Pascal. Il terminale può essere costituito da una camera unica o da più camere in questo caso le camere multiple possono essere giustapposte o sovrapposte. Per essere efficace sul drenaggio dei liquidi la pressione deve esercitare un massaggio sugli arti in senso disto – prossimale. In questa manie-

ra la pressione esplica la sua azione attraverso una forza comprimente ed una “di trazione” sul tessuto interstiziale e sui vasi in esso contenuti (particolarmente nello strato sopra-fasciale). La forza compressiva determina nell’arto una riduzione del calibro sia dei vasi venosi che linfatici con aumento della velocità del flusso ematico venoso e del flusso linfatico. La stessa forza aumenta la pressione interstiziale che induce una riduzione della pressione trasmurale (Legge di Starling) che si traduce in una riduzione della filtrazione sul versante arterioso ed un aumento del riassorbimento capillare su quello venoso. La risultante è una riduzione del carico linfatico interstiziale. La forza di trazione sull’interstizio può favorire, nel tratto di arto a valle della sacca gonfia, lo stiramento delle fibre elastiche di ancoraggio dei capillari linfatici con conseguente apertura dei pori e aumento del riassorbimento dei liquidi (e proteine).

Non ci sono evidenze che la pressoterapia influenzi direttamente le proteine interstiziali anche se lo stiramento del connettivo interstiziale può favorire l’apertura dei pori linfatici alle proteine e l’aumento della pressione interstiziale può influenzare il loro riassorbimento.

I convenuti hanno concordato sulla opportunità che:

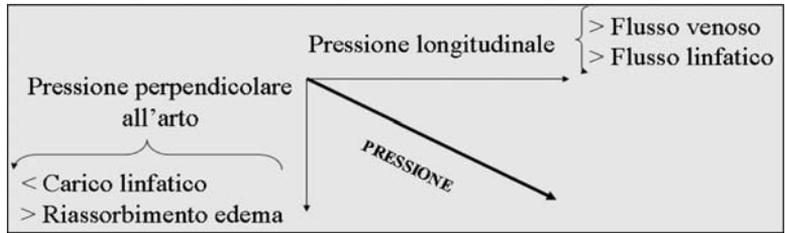
- gli apparecchi debbano rispettare una sequenza temporale di gonfiaggio e gonfiaggio dei terminali che ben si adatti alla fisiologia del sistema linfatico. Per tanto al



fine di svuotare il sistema venoso e linfatico nel segmento sottoposto a pressione debbono avere una fase compressiva che duri almeno 5-6 ed una di riempimento di non meno di 5 secondi;

- la pressione espressa dall'erogatore coincide con quella realmente applicata sull'arto e che, in accordo con le Linee Guida Italiane sul trattamento dell'edema (Gruppo Intersocietario Ministeriale), la pressione utilizzata sia uguale o inferiore a 30-40 mmHg. Questo perché le pressioni endolinfatiche massime non superano 30-40 mmHg, esistono evidenze scientifiche che pressioni oltre 90-100 mmHg provocano danni al sistema linfatico, esistono evidenze sperimentali che pressioni oltre 150 mmHg provocano danni ischemici al sistema muscolare;
- l'efficacia, in termini di riduzione dell'edema, è proporzionale alla durata (ore) del trattamento globale e che il minimo di ore che un ciclo deve prevedere è 5 (5 sedute di un'ora o 10 di 30 min). Ciascuna seduta può variare da un minimo di 30 minuti ad alcune ore, in relazione alla pressione utilizzata ed alla tollerabilità del paziente, ma ogni 90 min si deve avere una interruzione. La cadenza delle sedute deve essere quotidiana;
- l'uso della sola pressoterapia può avere degli effetti collaterali quali l'indurimento dell'edema e la flogosi cronica, legati alla scarsa efficacia sulle proteine interstiziali. Per questo il panel di esperti raccomanda di associare sempre all'uso della pressote-

rapia un'altra forma terapeutica capace di influenzare le proteine quali il Drenaggio Linfatico Manuale, o almeno l'autoattivazione delle stazioni linfonodali prossimali in caso di trattamento domiciliare.



**APPLICAZIONI DELLA PRESSOTERAPIA**

**1. Linfedemi primari e secondari degli arti superiori e degli arti inferiori**

Nei linfedemi primari, nella prima fase di terapia intensiva (cosiddetta 'fase di attacco'), è richiesta una applicazione quotidiana, a bassa pressione, 30-40 mm Hg. (più elevata negli arti di maggiori dimensioni o con consistenza tessutale aumentata). Nella fase 'estensiva', sedute plurisettimanali (2-3/settimana), secondo le necessità cliniche. Va sempre associata alle altre terapie di drenaggio e va applicata previa preparazione manuale delle stazioni linfatiche prossimali e delle vie linfatiche alternative. La durata dell'applicazione non deve essere inferiore ai 30', fino a 90'.

Nei linfedemi secondari vengono rispettati gli stessi criteri dei primari per quanto riguarda le due fasi (attacco ed estensiva) ed i regimi pressori utilizzati (più è denso il tessuto sottocutaneo più è elevata la pressione di somministra-

zione). Anche per le forme secondarie la durata dell'applicazione oscilla tra i 30' ed i 120'. Prima dell'inizio della sedute, anche in questi casi è consigliata la preparazione manuale delle stazioni linfatiche prossimali e delle vie linfatiche alternative. Nelle forme secondarie devono essere impiegati regimi pressori più elevati (40-60 mm. Hg.) per tempi di impiego mediamente più protratti.

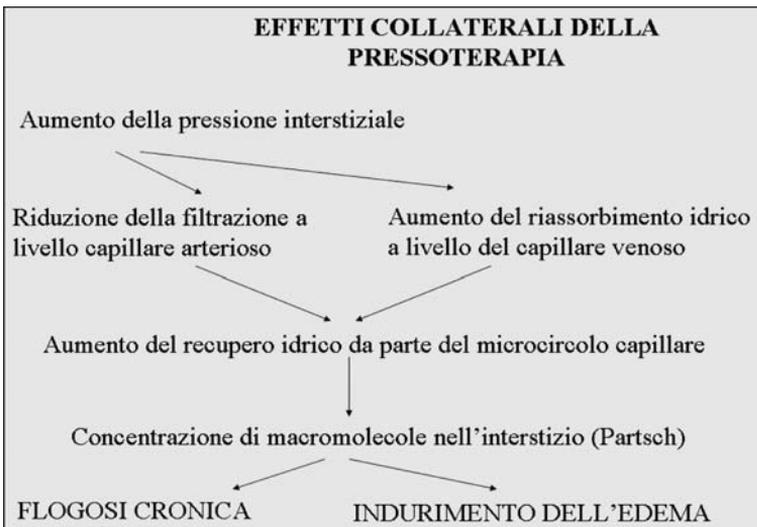
Per quanto riguarda gli effetti collaterali determinati dall'incremento volemico in tempi brevi il paziente ambulatoriale deve essere monitorizzato (valori pressori e condizioni cardiologiche).

**2. Sistema venoso**

Prevenzione della Trombosi venosa profonda. Fermo restando che si ritiene indispensabile l'utilizzo di un tutore elastico preventivo nelle condizioni a rischio (sindromi da allettamento internistiche, chirurgiche ed ortopediche, soggetti a rischio emorragico e considerata la stratificazione del rischio), negli stessi casi la pressoterapia sequenziale è indicata con applica-

zione quotidiana (più volte al giorno), utilizzando pressioni di 40-60 mm. Hg. la durata dell'applicazione non deve essere inferiore ai 30' ciascuna, deve essere impiegata per l'intero periodo di immobilizzazione ed integrata con idoneo tutore elastocompressivo preventivo. Anche in questi casi è auspicabile la preparazione manuale delle stazioni linfatiche prossimali nell'arto e la stimolazione delle vie linfatiche alternative.

**EFFETTI COLLATERALI DELLA PRESSOTERAPIA**





### CONTROINDICAZIONI ALL'USO DELLA PRESSOTERAPIA

Vengono riconosciute controindicazioni locali e sistemiche.

Tra le controindicazioni locali vanno ricordate:

- Erisipela e linfangiti;
- Dermoidermiti;
- Trombosi venosa profonda in fase acuta;
- Tromboflebiti superficiali;
- Gravidanza (con posologia adeguata al singolo caso);
- Arteriopatia obliterante periferica;
- Presenza di neoplasie in atto nell'arto affetto;

Tra le controindicazioni sistemiche vanno considerate:

- Ipertensione arteriosa non controllata;
- Insufficienza cardiaca;
- Edemi da insufficienza cardiaca, epatica, renale o da farmaci.

### BIBLIOGRAFIA

- 1 Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli svantaggi esistenziali. Centro Lombardo per Educazione Sanitaria.
- 2 Zelikovski A, Melamed I, Kott I, et al. The "Lymphapress": a new pneumatic device for the treatment of lymphedema. Clinical trials and results. *Folia Angiol* 1980; 28: 165.
- 3 Richmand DM, O'Donnel TF, Zelikovski A. Sequential pneumatic compression for lymphedema. A controlled trial. *Arch Surg* 1985; 120: 1116.
- 4 Casley-Smith JR, Casley-Smith JR. Modern treatment of lymphoedema. Complex physical therapy:the first

- 200 Australian limbs. *Austral J Dermatol* 1992;33:61-8
- 5 Cavezzi A., Michelini S.: Il flebolinfedema. Dalla diagnosi alla terapia. Edizioni Auxilia 1997
- 6 Linee Guida del Ministro della Sanità per le attività di Riabilitazione. G.U. n° 124 del 30.05.1998.
- 7 Foldi E, Foldi M. Fisioterapia Completa Decongestionante. Roma, Marrapese Editore, 1998
- 8 Michelini S, Failla A, Moneta G. Manuale teorico pratico di Riabilitazione Vascolare".Bologna,Ed.P.R., 2000
- 9 Linee guida diagnostico terapeutiche delle malattie delle vene e dei linfatici. *Acta Phlebologica*. Vol. 1 – suppl. 1 – sett. 2000.
- 10 ISL – International Society of Lymphology. The diagnosis and treatment of peripheral lymphedema. Consensus document of the international Society of Lymphology Executive Committee. *Lymphology* 2002; 28:113-17
- 11 Basaglia N.: Progettare la Riabilitazione. Il lavoro in Team interprofessionale – Ediermes 2002.
- 12 Badger C, Preston N, Seers K et al. Physical therapies for reducing and controlling lymphoedema of the limbs.Cochrane Database of Systematic Review 2004; 4, CD003141:1-7
- 13 Campisi C, Michelini S, Boccardo. Guidelines of the Società italiana di Linfologia: excerpted sections. *Lymphology* 2004; 37:182-84
- 14 Ricci M. Insufficienza vascolare: un buon uso della contenzione. *Il Fisioterapista* 2005; 11



# 5° EDIZIONE PREMIO "Prof. Franco Bianchi"

di Fabio Santelli  
*Presidente Regionale FMSI Marche*



La sera del 11/12/2009 presso Il Ristorante Passetto di Ancona è avvenuta la consegna della 5° Edizione del Premio "Prof. Franco Bianchi" per una Tesi di Laurea in una branca affine alla Medicina dello Sport. La manifestazione ha suscitato anche quest'anno grande interesse da parte del mondo scientifico-sportivo della nostra Regione. Il premio vuole ricordare la figura del Prof. Franco Bianchi già Primario Emerito della Divisione di Urologia dell'Ospedale Umberto 1° di Ancona, che oltre ad aver dedicato gran parte della sua Carriera di Medico alla crescita dell'Urologia Marchigiana, aveva sempre coltivato la passione per lo Sport praticato (sci, automobilismo, vespa ). Nel marzo del 1988 è eletto Presidente della Associazione Medici Sportivi della Provincia di Ancona e lo rimarrà fino al 26

aprile 2002 giorno della sua scomparsa. Presidente Regionale della Federazione Medico Sportiva Italiana per 2 quadrienni.

Il 4 dicembre del 1991 fonda come Presidente il 1° Centro di Medicina dello Sport ad Ancona ed anche il 1° nelle Marche, a Lui dedicato ed intitolato, rappresenta tuttora uno dei Centri più importanti per il conseguimento della idoneità alla pratica dello Sport agonistico. La Commissione giudicatrice, composta dal Dott. Fabio Santelli, Presidente in rappresentanza del "Centro Regionale di Medicina dello Sport" di Ancona, la Dott. ssa Beatrice Bilò e dal Dott. Sergio Giustini, rispettivamente Vice Presidente e Consigliere dell'Ordine dei Medici e Odontoiatri della Provincia di Ancona, e dal sig. Germano Peschini, Vice Presidente del CONI Regionale Marche e rappresentante del

Panathlon Club di Ancona, i quali dopo aver attentamente vagliato la rilevanza scientifica delle tesi presentate, il voto di laurea, ed il curriculum sportivo dei candidati, ha ritenuto di considerare vincitore del Premio il Dr. Federico Guerra di Pesaro.

La serata prende inizio con il saluto del dinamico Presidente del Panathlon Club di Ancona Tarcisio Pacetti con a fianco la Vice Presidente Sig.ra Maria Costantina Venturini Bianchi, a tutti i Panathleti ed agli ospiti della serata: Dr. Umberto Berrettini Cardiologo Lancisi di Ancona e Segretario Nazionale della SIC Sport, Prof. Marco Pozzi Cardiocirurgo Pediatrico e Direttore dell'U.O. di Cardiologia del Lancisi di Ancona, Prof. Alessandro Rappelli Direttore della Scuola di Specializzazione in Cardiologia Università Politecnica delle Marche Facoltà di Medicina e Chirurgia, Dr. Luigi Maria Formica Consigliere Nazionale della Federazione Medico Sportiva Italiana, Dr. Fabio Santelli Presidente Regionale FMSI Marche, Dr. Paolo Bruscoli Presidente Associazione Medico Sportiva Dilettantistica di Pesaro, Dr. Claudio Gambini Cardiologo e Medico dello Sport, Dr. Massimo Cardinali Medico dello Sport, Dr. Sergio Giustini Consigliere Ordine dei Medici Provincia di Ancona, Fabio Luna Presidente CONI Provincia di Ancona, Andrea Carloni Consigliere nazionale U.S.S.I. Segue il Prof. Rappelli che in qualità di Relatore, introduce il Dr Guerra che presenta un riassunto della sua Tesi di Laurea dal titolo:

“Fattori determinanti il danno vascolare carotideo in pazienti ipertesi con sovrappeso corporeo e Sindrome Metabolica” l'esposizione risulta semplice e facilmente comprensibile a tutti anche ai non addetti, ma soprattutto facendo riflettere sulla necessità di aver una maggior cura del proprio corpo, evidenziando che l'attività fisica e/o sportiva controllata contribuisce a migliorare il proprio stato di salute senza

e/o riducendo l'utilizzo di medicine. Al termine del lungo e meritato applauso Andrea Carloni rammenta i precedenti vincitori del premio Franco Bianchi: Dr Giovanni Renato Riccardi nel 2003, Dr.ssa Maria Elena Collina nel 2004, Dr Paolo Pirchio nel 2007, Dr. Marco Torchianti e Dr. Davide Enea ex-equo nel 2008.

Infine, ospite d'onore della serata il Prof Paolo Zeppilli, Medico Federale della Nazionale Italiana di Calcio che ha vinto il Campionato Mondiale di Calcio, Specialista in Malattie dell'Apparato Cardiovascolare e in Medicina dello Sport, Professore Ordinario di Metodi e Didattiche delle Attività Motorie, Docente di Medicina dello Sport all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, Direttore della Scuola di Specializzazione in Medicina dello Sport al Policlinico Gemelli di Roma. Il Prof. Zeppilli ha presentato una interessante e coinvolgente relazione dal titolo “Filosofia e Scienza dell'Estremo” corredata da numerose e bellissime immagini che hanno reso interessantissima la serata; il prof. Zeppilli è anche un valente poeta ed ha recitato una poesia dedicata al ciclista Pantani.

Il Presidente del Panathlon Club di Ancona Tarcisio Pacetti, personaggio eclettico e vulcanico, al termine della serata ha raccolto tutti i partecipanti sotto l'albero di Natale del Ristorante per una foto augurale. La serata si è conclusa con l'arrivederci alla prossima edizione del Premio.



ORDINE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ANCONA

**BANDO DI CONCORSO PER L'ASSEGNAZIONE DI N. 1 PREMIO DI LAUREA  
"PROF. FRANCO BIANCHI" (6ª EDIZIONE)**

**Art. 1**

E' indetto il concorso per l'assegnazione di n. 1 premio di laurea dell'importo di €2000 =, offerto dalla Sig.ra Bianchi, in collaborazione con il Centro Regionale di Medicina dello Sport e con il Panathlon Club di Ancona.

**Art. 2**

Possono partecipare al premio di cui all'art. 1 i **laureati in Medicina-chirurgia** presso l'Università Politecnica delle Marche di Ancona negli anni solari 2007-2009, che abbiano discusso la propria tesi di laurea in una branca affine alla Medicina Sportiva (Cardiologia, Ortopedia, Fisioterapia, Neurologia, Pneumologia) ed in possesso anche dei seguenti requisiti:

- che siano iscritti ad uno degli Ordini dei medici-chirurghi della regione Marche;
- che praticano o abbiano praticato un'attività sportiva amatoriale e/o agonistica;
- che non siano risultati assegnatari di altri premi di laurea o di studio nello stesso periodo.

**Art. 3**

Gli aspiranti ai suddetti contributi debbono presentare una domanda 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 settembre 2010**

La domanda di ammissione si considera prodotta in tempo utile se spedita entro il suddetto termine; farà fede il timbro postale.

**Art. 4**

Nella domanda gli aspiranti devono dichiarare, sotto la propria responsabilità, pena l'esclusione dal concorso:

- 1) il cognome ed il nome;
- 2) la data ed il luogo di nascita;
- 3) il domicilio eletto ai fini dal concorso con espressa menzione dell'impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso;
- 4) il possesso del diploma di laurea conseguito presso la Facoltà di Medicina-chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche di Ancona, nonchè la data del suo conseguimento;
- 5) l'iscrizione ad uno degli Ordini dei medici-chirurghi della regione Marche;

- 6) l'attività sportiva svolta;
- 7) di non aver già percepito altri premi di laurea o di studio banditi da questo Ordine;
- 8) di non aver riportato condanne penali.

La domanda, a pena di esclusione dovrà essere corredata di copia della tesi di laurea che rimarrà agli atti presso la sede dell'Ordine dei Medici.

**Art. 5**

La Commissione Giudicatrice è composta da quattro componenti:

- due membri designati dall'Ordine dei Medici-Chirurghi di Ancona;
- un membro designato dal Panathlon Club di Ancona;
- un membro del Consiglio Direttivo del Centro Regionale di Medicina dello Sport "Prof. F. Bianchi", in rappresentanza della fam. Bianchi che ne diviene Presidente della Commissione.

**Art. 6**

Per la valutazione dei candidati, al fine della individuazione del vincitore, verranno prese in considerazione:

**1) il 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

**2) curriculum sportivo (punteggio da 1 a 20 a giudizio della Commissione);**

**3) qualità della tesi (punteggio da 1 a 20 a giudizio della Commissione);**

**Art. 7**

Nel caso in cui non si presentino candidati oppure la Commissione giudicatrice ritenga di non assegnare il premio suddetto, l'importo relativo sarà utilizzato per istituire un successivo bando di concorso che avrà i medesimi criteri.

**Art. 8**

L'importo relativo alla borsa di studio verrà consegnato direttamente al vincitore dalla Signora Maria Costantina Venturini Bianchi.

*Il Presidente  
Dr Fulvio Borromei*

*Il fac-simile della domanda è scaricabile dal sito [www.ordinemedici.ancona.it](http://www.ordinemedici.ancona.it)*

# FONDAZIONE *Ospedali Riuniti di Ancona onlus*

Lettera aperta di Nadia Storti  
*Presidente della Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona*

*Costituita nel febbraio 2009, la Fondazione Ospedali Riuniti è nata da una idea di alcuni rappresentanti della Direzione Aziendale e dal Presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Ancona, in qualità di privati cittadini, ma professionalmente ed affettivamente vicini a questo grande ospedale.*

Caro Collega,

l'Ospedale non è solo un luogo dove si va per farsi curare, è anche un luogo di speranza, di fiducia, di condivisione, di scelte e di atti d'amore.

I nostri Pazienti sono Persone, con un corpo, ma anche con un cuore e una sensibilità unica che richiede rispetto.

I nostri Operatori sono tutti ottimi Professionisti, innamorati del proprio lavoro, anche quando il lavoro è difficile e pesante.

Impariamo ad amare gli Ospedali Riuniti di Ancona, questo "nostro, grande Ospedale", perché sia sempre meno "cemento e attrezzature" e più luogo di parola, di relazioni, di incontro, di gioia e speranza e di consolazione.



La Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona onlus è nata per questi motivi e ha come obiettivi:

- il potenziamento e il miglioramento del livello di qualità, anche attraverso l'umanizzazione, il rispetto, l'empatia e la comunicazione;
- diventare il terminale intelligente dei bisogni dei cittadini;
- migliorare la qualità del soggiorno e il comfort dei pazienti e delle loro famiglie;
- sostenere lo sviluppo della ricerca scientifica da utilizzare per migliorare le cure erogate e la formazione;
- il miglioramento dell'ambiente di lavoro per i nostri collaboratori perché un ambiente sereno e collaborativo può dare risultati migliori dal lato tecnico e umano.

I Progetti che la Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona intende attivare al riguardo nel corso dell'anno 2010 sono:

- Progetto "Accoglienza pazienti oncologici e casa-alloggio per le famiglie in difficoltà di pazienti ricoverati;

- Sperimentazione clinica di trattamenti oncologici loco regionali normo-ipertermici;
- Umanizzazione delle cure.

Per tutte le iniziative che insieme al personale dell'Ospedale e ai nostri pazienti vorremmo portare avanti, chiediamo il Tuo aiuto e la Tua collaborazione. Anche una sola idea può contribuire a cambiare.

Come?

1. diventando socio sostenitore e partecipando in prima persona alla vita della Fondazione (per informazioni telefonate al numero 071 596.3114);
2. Con donazioni libere (c/c IT 21 B 06055 026080 00000000956 – Banca Marche Ancona – Filiale 124 Ag. 6;
3. firmando il 5 per mille nella Tua dichiarazione dei redditi a favore della Fondazione Ospedali Riuniti di Ancona onlus (CF/P.IVA 93120280420).

## LA NOSTRA MUSICA... PER L'OSPEDALE E LA CITTÀ'

Una serata magica, la prima del 2010, quella di giovedì 29 aprile presso il TEATRO DELLE MUSE di Ancona, un grande spettacolo di musica leggera anni 60-70-80-90, un grande evento musicale, dove i nomi dei più noti musicisti locali, riuniti nel conosciutissimo **gruppo "24 BIT VOICES GROUP"** si sono uniti alle voci e alle musicalità di molti professionisti dell'Ospedale, medici ed infermieri, ospedalieri ed universitari.

Sotto la sapiente direzione artistica di Marcello Colò, la Band ha accolto personaggi "ospedalieri" di spicco, qui citati rigorosamente in ordine alfabetico: Massimo Bernardini, Neurochirurgia, cantante; Mauro Dobran Clinica di Neurochirurgia, alle percussioni, Stefano Gasparini, Pneumologia, all'Harmonica; Sauro Giommetti, Otorinolaringoiatria alla batteria; Mario Guerrieri, Chirurgia generale e Metodologia Chirurgica, alla chitarra; Massimo Morsetti, Blocco Operatorio, cantante lirico; Antonio Napoletano e Andrea Pennacchi, Otorinolaringoiatria, alle chitarre, infine la grande Nunzia Senigagliaesi, Cantante dei 24 BIT, ma anche... caposala Clinica Urologia.

La Serata, supportata dal patrocinio del Comune di Ancona e da un gruppo di sponsor, è servita ad iniziare la "raccolta fondi" per la casa di accoglienza per i familiari dei pazienti oncologici.



# Indimenticabili

**Raffaella Orciani**, nata il 27 marzo 1952 e laureata in Ancona nel luglio 1977 con dichiarazione di lode. Ha frequentato in giovane età per molti anni il reparto di Patologia Chirurgica del prof. Eduardo Landi, guadagnandosi la stima dei colleghi per la sua preparazione e per la sua grande disponibilità e generosità. Dopo la laurea ha intrapreso l'attività di medico chirurgo nell'ambito della Medicina Generale, partecipando costantemente a numerosi corsi di aggiornamento e acquisendo il rispetto di moltissimi suoi pazienti per i quali era il punto di riferimento, il medico dotato di grande professionalità e di grandi doti umane. L'empatia e la schiettezza, associate ad una particolare intelligenza emotivo affettiva, erano le caratteristiche di Raffaella.

Il suo sorriso, la sua lealtà ci mancheranno tanto. La Medicina Generale è onorata da questa collega che, anche quando soffriva per la propria malattia, si occupava dei problemi degli altri. Con rispetto e devozione, ti voglio bene Raffaella, non possiamo dimenticarti.

**Marilena Capriotti**



Raffaella, durante un suo viaggio a Lourdes, scrisse questo breve passo che lesse durante la settimana stazione della Via Crucis (la seconda caduta di Cristo).

*...in suo ricordo,  
a chi l'ha conosciuta e le ha voluto bene...*

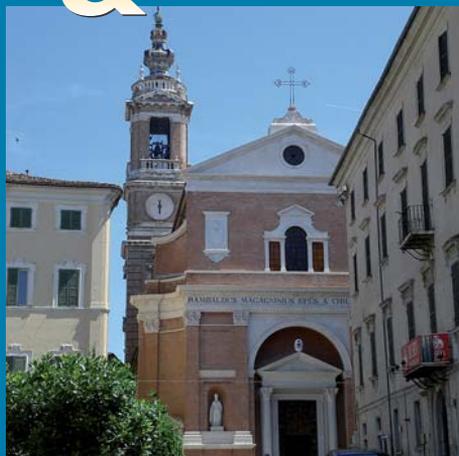
*“La caduta dolorosa e umiliante del Signore è simile alla caduta dell'uomo colpito improvvisamente da una grave malattia.*

*E qui a Lourdes vediamo file interminabili di malati in carrozzina per i quali proviamo sentimenti contrastanti: incredulità, rabbia, impotenza, frustrazione, rassegnazione, paura. Ma la malattia mette a sua disposizione un bene che è sempre stato in suo possesso, ma di cui non ha imparato a godere: cioè il TEMPO. All'improvviso, inchiodato in un letto o su una carrozzina, non potendo più correre al lavoro, a scuola, al supermercato, non potendo più cucinare, accudire i figli, provvedere ai genitori, ha finalmente il tempo per parlare al Signore, approfondire la sua figliolanza, leggere la sua parola, recitare il rosario, meditare sulla vita passata e futura e scoprire che il Salvatore è sempre vicino a lui per consolarlo, dargli forza, rialzarlo, bendare tutte le sue ferite e che lo ama immensamente non per quello che è o possiede, ma per lui stesso.*

*La sofferenza fa scoprire il tempo ed è proprio il nostro tempo che noi come familiari, amici, medici, infermieri, assistenti dobbiamo offrire con gioia al malato: il tempo per una chiacchierata, per un abbraccio, per una preghiera, per una risata, per una parola d'incoraggiamento e di conforto, per infondere in lui la certezza che dopo la caduta c'è sempre il Signore pronto a rialzarlo”.*

*Raffaella*

# medici & medici



[www.ordinemedici.ancona.it](http://www.ordinemedici.ancona.it)  
[segreteria@ordinemedici.ancona.it](mailto:segreteria@ordinemedici.ancona.it)