

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. 5 - Ottobre 2010
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

n.5
OTTOBRE

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



In questo numero:

- ***Indicazioni alla esecuzione di un esame endoscopico***
- ***Pioggia di bollini rosa per i presidi ospedalieri***
- ***Responsabilità medica in psichiatria***



Celebrazione del Centenario della Istituzione degli Ordini dei Medici-Chirurghi

ANCONA, 20 novembre 2010

presso il Circolo Ufficiali della Marina Militare (g.c.)

Via S. Martino, 59

PROGRAMMA

- ore 17.00 Saluto del Presidente del Circolo Ufficiali della Marina Militare Italiana
Contrammiraglio CP Giovanni Pettorino
- ore 17.10 Saluto del Presidente dell'Ordine MCEO di Ancona **dr. Fulvio Borromei**
- ore 17.20 Saluto del Presidente della FNOMCEO **dr. Amedeo Bianco**
- ore 17.30 Saluto del Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università
Politecnica delle Marche **Prof. Antonio Benedetti**
- ore 17.40 Proiezione del video
"Professione Medico: cento anni di storia degli Ordini dei Medici"
a cura della FNOMCEO
- ore 18.00 **Dr. Sergio Giustini**
"L'origine dell'Ordine dei Medici di Ancona"
- ore 18.15 **Dr. Federico Grimaccia**
"Rapporti di un giovane medico con il proprio Ordine"
- ore 18.30 **Sig.ra Giuliana Chiorrini Urbani**
"Il sogno realizzato di un medico senza frontiere"
- ore 18.45 **D.ssa Maria Del Pesce**
"Il futuro della donna medico"
- ore 19.00 **Prof.ssa Giovanna Vicarelli**
"Donne di Medicina"
- ore 19.15 Premiazione dei medici che festeggiano il 50°, 60° e 70° anno di laurea
- ore 19.30 Conclusioni del Presidente dell'Ordine MCEO di Ancona **dr. Fulvio Borromei**
- ore 20.00 Vin d'honneur con intrattenimento musicale

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 Ancona

*Questo numero è stato chiuso il
22 ottobre 2010*

*Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa*

EDITORIALE

Rivisitiamo il nostro Codice Deontologico 4

NOTIZIE DALLA REDAZIONE

*Nuovo numero del Bollettino e nuova
impaginazione* 5

*Censimento attività "medicine e pratiche
non convenzionali"* 6

BUONA SANITA'

Responsabilità medica in psichiatria 7

*Pioggia di bollini rosa per i presidi
ospedalieri di Osimo e Loreto della
Zona Territoriale n.7 di Ancona* 10

*Nuovo consiglio direttivo della sezione
di Ancona della Lega italiana per la lotta
contro i tumori* 18

LETTERE DALLA FACOLTA'

*Gene patenting:
sono brevettabili i nostri geni?* 19

NOTIZIARIO

*ONAOI, approvazione definitiva
nuovo statuto* 21

*Pieghevole informativo sulla profilassi
antirabbica* 23

INSERTO

*Indicazioni alla esecuzione di un esame
endoscopico* 24

DALLA FNOMCeO

*Medici competenti: gare di appalto al ribasso
per il servizio di sorveglianza sanitaria* 28

Nuove norme Codice della strada.

Certificato medico 30

Decreto 10 marzo 2010 30

Rivisitiamo il nostro Codice Deontologico

di Fulvio Borromei

Presidente OMCeO di Ancona

Ci occuperemo dell'articolo 69 che recita:

DIREZIONE SANITARIA

Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario in una struttura privata deve garantire, nell'espletamento della sua attività, il rispetto delle Norme del Codice di Deontologia Medica e la difesa dell'autonomia e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.

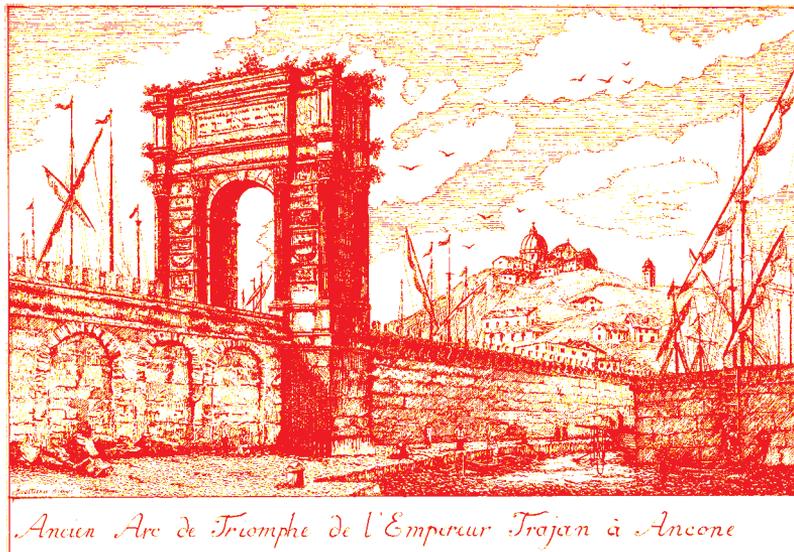
Egli comunica all'Ordine il proprio incarico e collabora con l'Ordine Professionale, competente per territorio, nei compiti di vigilanza sulla collegialità nei rapporti con e tra medici per la correttezza delle prestazioni professionali nell'interesse dei cittadini.

Egli, altresì, deve vigilare sulla correttezza del materiale informativo attinente alla organizzazione e alle prestazioni erogate dalla struttura.

Egli infine vigila perché nelle strutture sanitarie non si manifestino atteggiamenti vessatori nei confronti dei colleghi.

Questo articolo evidenzia tutta la penetranza di un codice che vuole richiamare i medici al comportamento deontologico e a confrontarsi con il proprio Ordine ed a ritenerlo come massimo punto di riferimento.

Inoltre va sottolineato che questo articolo individua un insieme di attribuzioni e compiti che caratterizzano la funzione propria di una direzione sanitaria correttamente esercitata, di un incarico che non è mai rutinario, specie in una realtà organizzativa odierna, dove elevati livelli tecnologici e varietà di figure professionali investite in genere di una propria autonoma sfera di competenza, richiedono al Direttore Sanitario una grande capacità manageriale ed un grande senso Deontologico.



Ancien Arc de Triomphe de l'Empereur Trajan à Ancone



Nuovo numero del Bollettino e nuova impaginazione

Il comitato di redazione ha ritenuto, nel corso delle riunioni per la valutazione degli articoli in pubblicazione, che la copertina del nostro giornale non fosse "accattivante" e che questo potesse essere uno degli argomenti chiamati in causa riguardo la scarsa penetranza presso i Colleghi.

Si è perciò deciso di cambiare la veste tipografica, e di inserire in copertina gli argomenti principali di ogni numero, con la speranza di stimolare almeno la curiosità dei nostri lettori.

Come si dice in questi casi "se Maometto non va alla montagna, è la montagna che va da Maometto".

Inoltre le pagine centrali, da questo numero, saranno dedicate ad argomenti pratici che, di volta in volta, con il contributo dei collaboratori del bollettino o di chiunque fosse interessato, pubblicheremo, con l'intento di fornire indicazioni precise circa il comportamento da tenere durante la nostra attività professionale.

Chi volesse può inviare protocolli, suggerimenti terapeutici o diagnostici, che contengano utili informazioni. La raccomandazione è quella di contenere il tutto su quattro cartelle, limitandosi alle indicazioni pratiche (in caso di necessità si potrà pensare di fare una seconda pubblicazione sul bollettino successivo).

Se l'iniziativa andrà a buon fine, si potrà pensare di raccogliere gli elaborati e proporre una pubblicazione separata di facile consultazione.

Inoltre nelle pagine interne troverete un invito alla festa del centenario che si svolgerà il 20 novembre 2010. La partecipazione è aperta a tutti gli iscritti. Per problemi organizzativi si prega di dare la propria adesione alla segreteria dell'Ordine entro e non oltre il 10 novembre p.v.

Buon lavoro.

Marco Silvestrelli

MERCOLEDÌ 17 NOVEMBRE alle ore 17.30
nella Sala del Teatro delle MUSE di ANCONA
verrà presentato il libro:

NOI, quelli delle malattie rare *Storie di vita, amore e coraggio*

Saranno presenti:

l'autrice, la giornalista **MARGHERITA DE BAC**
il Prof. **Orazio Gabrielli**, *Facoltà di Medicina di Ancona*
la **Dr.ssa Irene Piccinini**, *Servizio Salute Regione Marche*

L'incontro è organizzato dalla Sezione
Ancona - Riviera del Conero della F.I.D.A.P.A.
(Federazione Italiana Donne Arti Professioni Affari)



Censimento attività "medicine e pratiche non convenzionali"

A tutti gli iscritti dell'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di ANCONA

Gentilissimo Collega,

negli ultimi anni le attività di "medicine e pratiche non convenzionali" sono divenute sempre più diffuse tra i medici e gli odontoiatri nel nostro Paese, tanto che anche la FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) se ne è interessata fortemente, approvando nel 2002 un documento contenente linee guida e discutendo proposte di legge alla camera dei Deputati nel corso degli anni.

L'Ordine di Ancona ha deciso pertanto di censire i medici chirurghi e odontoiatri che effettuano tali attività al fine di conoscere il reale interesse per tali pratiche tra i propri iscritti.

Per facilitare la raccolta e standardizzare le informazioni, è stato predisposto un modulo scaricabile dal sito dell'Ordine, da compilare e rinviare via mail (segreteria@ordinemedici.ancona.it) o FAX (071200360) **entro il 31 dicembre 2010**.

Ringraziando per la collaborazione si porgono cordiali saluti.

Ancona, 20 settembre 2010

Il Presidente dell'Ordine
Dr. Fulvio Borromei

**FAC-SIMILE
DOMANDA**

Alla segreteria dell'Ordine
dei Medici chirurghi ed Odontoiatri di Ancona
FAX: 071 200360
e-mail: segreteria@ordinemedici.ancona.it

CENSIMENTO "MEDICINE E PRATICHE NON CONVENZIONALI"

Il sottoscritto Dr./dr.ssa _____
nato/a il _____ a _____ e residente a _____
in via _____ dichiara di svolgere la/le seguente/i attività:

Medicina Omeopatica;
 Medicina Omotossicologica;
 Agopuntura;
 Medicina Ayurvedica;
 Medicina Tradizionale Cinese;
 Fitoterapia;
 Medicina Antroposofica;
 Medicina Tradizionale Tibetana;
 Osteopatia;
 Chiropratica;
 Altro _____

Per ogni attività svolta compilare i campi della tabella sottostante.

Tipologia attività	Titolo di studio	Università statale / non statale o ente privato	Corso/master	Durata (gg, mesi, anni)	Totale ore

Li, _____ Firma _____

Responsabilità medica in psichiatria

di Ilaria Capecci

Dirigente medico psichiatra - SPDC - ASUR 5 - Jesi



La follia è una condizione umana. In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia, invece incarica una scienza, la psichiatria, di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla.

F. Basaglia

Spunto per l'articolo che segue mi è stato dato dalla lettura, molto interessante, degli atti di un convegno organizzato sul tema dall'ordine dei medici di Bologna. Il mio scopo non è essere provocatoria né polemica ma soltanto dare un punto di partenza per iniziare a riflettere e a trattare in modo più concreto un tema tanto delicato e discusso come la responsabilità medica all'interno di una branca che, tra tutte le altre, si trova a gestire spesso situazioni estremamente complesse, confusive, conflittuali ed astratte.

Compito dello psichiatra dovrebbe essere il costruire un'alleanza con il paziente che permetta allo stesso non solo di superare le crisi e fronteggiare le difficoltà quotidiane, ma anche evitare il pericolo di autosufficienza e/o autoesclusione. Il paziente psichiatrico, infatti, si trova spesso escluso, o autoescluso, dall'organizzazione familiare e sociale che ha regole per lui troppo complesse e contraddittorie.

Nello stesso tempo, però, il medico psichiatra deve garantire la disponibilità assistenziale a chiunque in ogni momento e deve fronteggiare le richieste, a volte incongrue o ambivalenti, di familiari e società.

In questo modo ci troviamo spesso incastrati nella contraddizione irrisolvibile tra gli interessi e la fiducia del paziente e gli "interessi della collettività".

Sempre più spesso familiari o microcosmo so-

ziale si rivolgono ai servizi psichiatrici con l'aspettativa, o l'esigenza, di trovare decodificazioni univoche del comportamento del paziente, ma soprattutto di ottenere protezione dalle condotte e dalle idee che impediscono allo stesso di partecipare alla vita sociale.

La mission dello psichiatra è, dunque, solo apparentemente semplice: egli deve occuparsi di prevenzione, cura e riabilitazione. In realtà è evidente la complessità di un lavoro che deve adeguarsi ad un contesto socio-ambientale ed operativo estremamente variabile.

Le criticità del nostro mestiere sono molteplici:

- i turni di pronta disponibilità vissuti spesso con stress per mancanza di posti letto o per la sempre maggiore richiesta di prestazioni a volte improprie da parte di pazienti, familiari e alcuni sanitari;
- la paura sempre più frequente di dimettere un paziente (sia dal ricovero ospedaliero che dalla presa in carico territoriale) per l'esponenziale aumento di denunce o di "ricatti morali" da parte degli stessi pazienti che non vogliono uscire dal circuito della psichiatria per vantaggi secondari, o dei familiari che non vogliono farsi carico di un congiunto problematico;
- l'atteggiamento della magistratura che lavora su numeri e statistiche, pretende un controllo puntuale di tutte le situazioni senza considerare quanti utenti sono in carico ai



servizi di salute mentale e con quali risorse di personale, luoghi idonei, budget;

- la difficoltà ad inserire gli utenti in progetti riabilitativi personalizzati, in comunità terapeutiche adatte alle loro esigenze per problemi, ancora una volta, di budget.

Esiste, dunque, un paradosso nel nostro lavoro di psichiatri: dobbiamo facilitare l'inserimento sociale e lavorativo di un malato che a volte non viene nemmeno accettato o poco tollerato come degente in un reparto non psichiatrico. Da qui ci ritroviamo a volte in situazioni in cui dobbiamo gestire patologie internistiche in SPDC dove spesso la componente "organica" non può essere valutata nel modo corretto.

È altrettanto vero, però, che dall'attuazione della legge 180 la massima preoccupazione di molti psichiatri è stata solo quella di non tornare al vecchio modello manicomiale; intenzione sicuramente lodevole e condivisibile ma che a volte ci si nasconde dietro una ideologia perdendo di vista il fatto che se da una parte il paziente psichiatrico non è sempre né solo pericoloso, alcune volte può diventarlo.

Tale aspetto, al contrario, è sempre tenuto nella massima considerazione dalla magistratura che, in qualità di braccio forte della società, ritiene lo psichiatra corresponsabile delle azioni del paziente.

Inoltre, nonostante l'indubbia incostituzionalità nel ritenere malattia mentale e pericolosità indissolubilmente legati, purtroppo tale relazione viene sempre avallata a causa dell'assoluta mancanza di legislazione in merito.

È altrettanto vero che la mancanza di norme precise in materia non svincola lo psichiatra dagli obblighi deontologici.

Se da un lato, infatti, è profondamente ingiusto considerare un individuo pericoloso solo per avere la sfortuna di essere un malato psichico, è anche vero, senza nascondersi dietro un velo di ipocrisia e sterile buonismo, che una "colpa" dello psichiatra è proprio il voler negare a tutti i costi la possibile esistenza di questo legame.

La società chiede al medico di fare diagnosi e prognosi ma, al tempo stesso, chiede al medico psichiatra di prevedere la futura condotta dei propri pazienti, richiesta chiaramente impossibile da soddisfare.

Un altro aspetto importante da valutare è, inoltre, l'aumento esponenziale negli ultimi anni delle denunce e delle accuse contro i medici, compresi gli psichiatri. Troppo frequentemente tali accuse hanno il solo scopo di ottenere un risarcimento pecuniario.

D'altra parte ogni medico deve lavorare sempre con perizia, prudenza e diligenza anche (ma non solo) per evitare accuse di "colpa"; colpa che, nel caso di professionisti che lavorano nel servizio pubblico, non è mai individuale. La colpa può essere allargata, in base alla gravità e alle caratteristiche del reato, al direttore dell'Unità Operativa, al direttore di dipartimento, al direttore sanitario e al direttore generale. Tale condivisione della colpa può essere causata anche dal fatto che sempre più frequentemente la decisione di evitare un ricovero o una prestazione viene presa al fine di mantenere un determinato budget.

Ecco che, in questo contesto, entra in gioco la "posizione di garanzia" (Art. 40 com. 2 C.P.) che rende possibile il passaggio giudiziario della responsabilità penale del medico quando un suo paziente commette un crimine come l'omicidio.

Si può meglio spiegare il concetto utilizzando un esempio: se il paziente viene riconosciuto non imputabile, automaticamente si rende giuridicamente evidente la diretta responsabilità dello psichiatra che riveste una "posizione di garanzia" verso terzi, in questo caso la collettività.

La Posizione di Garanzia, dunque, si utilizza in tutti i reati omissivi impropri (il non aver fatto qualcosa che si era tenuti a fare) ed è essa stessa composta da:

1. Posizione di Controllo: controllo su potenziali pericoli contro terzi;
2. Posizione di Protezione: evitare pericoli provenienti da terzi.

In questi termini lo psichiatra è tenuto a controllare sempre il paziente psichiatrico poiché per la società e la magistratura egli è **SEMPRE POTENZIALMENTE PERICOLOSO**; da qui l'obbligo di un'attenta osservazione farmacologica e di un controllo sociale vigile del malato che si trova ad essere "tenuto all'angolo" da chi invece, per mission professionale, dovrebbe proteggerlo.

La sentenza n. 1673 della Corte di Cassazione afferma che la tutela sanitaria obbligatoria non è solo una tutela del malato ma anche dei terzi; eppure se viene proposto un Trattamento Sanitario Obbligatorio con la motivazione di pericolosità il giudice non lo accetta perché non rientra tra le motivazioni che giustificano un TSO!

Altre sentenze affermano che "se un comportamento aggressivo è conseguenza di una malattia mentale" per questo motivo esiste la "colpa" dello psichiatra che doveva evitare il problema utilizzando le terapie farmacologiche a dosaggi maggiori.

Ma così facendo non viene affatto considerato il punto di vista del paziente psichiatrico che è costretto ad assumere tali farmaci; come proteggerlo dal rischio di effetti collaterali anche potenzialmente letali che si manifestano utilizzando dosaggi eccessivi (a volte anche a dosaggi terapeutici) di alcuni farmaci psichiatrici?

È evidente che se la Posizione di Garanzia fosse applicata meccanicamente agli psichiatri, sarebbe la fine della "Legge 180" così come è stata concepita.

Come è possibile, inoltre, far coesistere l'attuazione della Posizione di Garanzia con l'attuazione del codice deontologico?

In particolare dell'Art. 32 (Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili) che recita tra le altre parti: "Il

medico deve impegnarsi a tutelare il minore, l'anziano e il disabile, in particolare quando ritenga che l'ambiente, familiare o extrafamiliare, nel quale vivono non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute...il medico deve adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché all'anziano o al disabile siano garantite qualità e dignità di vita...".

Altro passaggio fondamentale nel valutare la responsabilità dello psichiatra è il Nesso di Casualità per cui lo psichiatra deve essere collegato al reato commesso dal paziente da un doppio nesso:

- Condotta del medico ed aggravamento delle condizioni del paziente;
 - Aggravamento del paziente e reato o suicidio.
- In ogni reato in cui viene coinvolto un paziente psichiatrico ha un ruolo centrale e fondamentale la perizia che può essere una Consulenza Tecnica d'Ufficio o di Parte.

La pericolosità sociale non è una patologia psichica pertanto non dovrebbe essere di competenza psichiatrica (è altrettanto vero, però, che a volte un individuo diventa "psichiatrico" dopo aver commesso un reato..).

È evidente, dunque, che l'estrema confusione sul tema della responsabilità medica in psichiatria ha radici nell'ambiguità legislativa, organizzativa e ideologica esistente che merita di essere chiarita.

Concludo con la speranza che questo articolo possa essere lo spunto per affrontare un tema così importante nel prossimo futuro con le modalità e nelle sedi adeguate.



Pioggia di bollini rosa per i presidi ospedalieri di Osimo e Loreto della Zona Territoriale n.7 di Ancona



Sintesi della conferenza stampa su:

“Premio speciale Women friendship per il presidio Ospedaliero Santa Casa di Loreto”

O.N.Da, l'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna, ha promosso dal 2007 il progetto “Ospedale Donna” per l'individuazione degli ospedali in rapporto al loro livello di “Women friendship”, ossia al grado di attenzione posta non solo nei confronti delle patologie femminili, ma anche nei confronti delle specifiche esigenze “di genere” delle donne.

L'iniziativa, che è arrivata al traguardo del quarto anno, è volta a identificare delle strutture ospedaliere all'avanguardia nel panorama sanitario italiano, al fine di facilitare la scelta del luogo di cura da parte delle donne.

Alle strutture ospedaliere in possesso dei requisiti previsti da O.N.Da, e valutati da una giuria appositamente nominata, vengono assegnati dei Bollini rosa, da 1 a 3, che attestano “l'eccellenza al femminile”.

Sono ormai oltre 350 gli ospedali ‘a misura di donna’ sull'intero territorio nazionale: quest'anno su 132 candidature ben 122 nuove strutture si sono aggiudicate i prestigiosi bollini rosa, di queste oltre 100 hanno ricevuto più di un bollino. In particolare, a 51 ospedali sono stati assegnati 3 bollini, altri 51 hanno ricevuto 2 bollini, 20 un bollino.

Nella Regione Marche, quest'anno sono stati due i presidi ospedalieri, SS. Benvenuto e Rocco di Osimo e Santa Casa di Loreto a conquistare il massimo riconoscimento dell'O.N.Da i tre bollini rosa, a seguire con due bollini l'Ospedale Santa Croce di Fano e il Presidio Ospedaliero di Civitanova Marche, e con 1 bollino l'Ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto.

A Roma il 30 giugno alle ore 13.00, presso la Sala Auditorium Biagio D'Alba del Ministero della Salute, la Commissione O.N.Da. incaricata della valutazione, presieduta da Laura Pellegrini, sono stati premiati gli ospedali vincitori, ed è stato assegnato un ulteriore premio “women friendly” a tre strutture particolar-

mente significative: l'Istituto Multimedita di Castellanza per il percorso di prevenzione e diagnosi del tumore al seno che ha quasi azzerato i tempi d'attesa; l'Ospedale di Polo Santa Casa di Loreto per la promozione del parto naturale e dell'allattamento al seno fortemente integrato con il territorio e l'Ospedale San Giovanni e Ruggi di Salerno per la Carta Rosa che raccoglie tutte le informazioni cliniche del percorso assistenziale della donna.

Alla conferenza stampa è intervenuta la Dr.ssa Elisabetta Esposto, dirigente medico della Direzione medica del Presidio Ospedaliero Unificato, a nome del Direttore sanitario Dr. Tiziano Cossignani e del Direttore di Zona Avv. Giovanni Stroppa ed ha illustrato le caratteristiche peculiari del Presidio che lo distinguono come particolarmente “women friendly”.

Il Presidio Ospedaliero di Loreto “Santa Casa”, Ospedale di Polo nella rete dell'assistenza ospedaliera della Zona Territoriale n. 7 di Ancona, è un piccolo ospedale con 53 posti letto ospedalieri con servizio di Diagnostica per immagini, laboratorio analisi, Punto di Primo Intervento, fortemente integrato con il territorio in quanto al suo interno vi sono servizi territoriali come RSA, Hospice, ambulatorio vaccinazioni, ambulatorio continuità assistenziale, U.O attività consultoriali.

Il Presidio ospedaliero di Loreto, da sempre lavora nell'ottica della centralità del paziente, accompagnando lo stesso nel suo percorso diagnostico-terapeutico garantendo la dignità della persona assistita, questo soprattutto per quanto riguarda il genere femminile.

Tre sono le Unità Operative che sono state candidate.

L'U.O. di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Loreto diretto dal Dr. Massimo Marconi, è tra gli attori che partecipano al progetto sperimentale “Le reti di patologia nelle aree Metropolitane”.

Tale progetto nasce tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona (Ospedale di terzo livello) e il POU della Zona territoriale n. 7 Ancona ed ha come obiettivo l'integrazione interaziendale finalizzata ad eliminare le sovrapposizioni, a recuperare la fuga extraregionale, a fornire risposte assistenziali precise e differenziate, a ridurre i tempi di attesa, ad ottimizzare l'uso delle risorse che incidono nel medesimo territorio.

Per la chirurgia generale si è data la priorità alla patologia femminile del nodulo mammario e quindi l'UO di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Loreto eroga tale attività mettendo a disposizione la propria struttura e personale di assistenza ai professionisti specialisti dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona.

Nel 2009 sono state assistite 254 donne, e visto i risultati in termini di qualità dell'assistenza e cura delle donne, tale progetto nel corso del 2010 sarà potenziato sia in termini di sedute operatorie alla settimana che in termini di tipologia di interventi da programmare.

Il Servizio di Radiologia e Diagnostica per immagini dell'Ospedale di Loreto nell'ambito della Struttura Radiologica della Zona Territoriale 7 Regione Marche, il cui Responsabile è il Dr. Franco Baiocco, costituisce il centro di riferimento per tutta la Diagnostica Senologica ed in particolare per la prevenzione del Carcinoma Mammario. Come noto, il carcinoma mammario rappresenta un grave problema sociale con un riferimento importante al mondo femminile. Il Servizio di Loreto ha organizzato lo screening mammografico (I e II livello) ponendo forte attenzione all'ambiente e massima cura al colloquio con la donna che viene sempre informata di tutte le fasi del percorso da personale Medico Radiologico dedicato. Tale percorso a garanzia di un elevato livello di professionalità ed umanità.

I seguenti dati a dimostrazione della forte connotazione femminile che l'Azienda ha voluto per il Presidio Ospedaliero di Loreto:

- N° visite annuali: 17950;
- N° Mammografie cliniche: 7928;
- N° Mammografie screening: 7663;
- N° Ecografie Mammarie: 10022;
- N° Biopsie e localiz. pre-chirurgiche: 838.

L'U.O. Attività Consultoriali appartiene al Distretto Sud della ZT 7 di Ancona, coordinata dalla Dr.ssa Rita Gatti, serve un bacino d'utenza di quasi 80.000 abitanti.

Tra le diverse attività di competenza due sono i percorsi di particolare rilevanza per la donna: la Gravidanza a basso rischio e il Corso di accompagnamento alla nascita.

Il primo consente di:

- potenziare la funzione assistenziale del Consultorio Familiare rivolta alle fasce sociali più fragili socialmente ed economicamente;
- ridurre visite ed esami in eccesso, seguendo le linee guida del NICE (National Institute for Clinical Excellence) sull' "Assistenza prenatale di routine per donne gravide sane";
- valorizzare la figura dell'ostetrica;
- promuovere l'allattamento materno;
- valorizzare il lavoro di squadra, integrato tra operatori ospedalieri (ginecologi-ostetrici) e territoriali (ostetrica).

Il secondo prepara ad una nascita consapevole e partecipata.

Un punto di forza è la numerosissima presenza dei padri a tutti gli incontri: ciò indica il livello di coinvolgimento e di consapevolezza degli uomini che si apprestano a diventare padri, protagonisti al pari delle madri dell'evento nascita. L'occasione di incontrare i padri rappresenta una grande opportunità per rivalutare il ruolo paterno, per garantire un valido sostegno alla madre nel delicatissimo periodo del dopo parto e per aiutarli a mettere una "base sicura" della famiglia, in cui padri e madri siano in grado di cogliere i bisogni dei propri figli, sia fisici che emotivi affettivi e relazionali. Una parte importante è dedicata alla promozione protezione e sostegno dell'allattamento materno secondo gli standard indicati dal percorso UNICEF dei 7 passi. Infatti, dopo aver ottenuto il riconoscimento BFH per l'Ospedale di Osimo (Ospedale di rete della ZT7 riconosciuto anch'esso con tre bollini rosa), ora la nostra ZT si candida al riconoscimento di Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno (BFCl).

La struttura ha progettato ed implementato progetti dedicati al mondo femminile come ad esempio: protocollo per il bambino abbandonato, protocollo allattamento al seno, protocollo assistenziale latex safe, protocollo donazione cordone ombelicale, vaccinazione anti HPV, mediazione culturale, campagna anti-violenza sulle donne Regione Marche: Chi umilia una donna non è un uomo; in itinere la predisposizione del protocollo depressione



post partum – Relazione Madre Bambino, del Protocollo Ospedale senza Dolore e della Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno (BFCl) - Ricerca UNICEF-Burlo Garofalo Trieste.

La dr.ssa Esposto ha illustrato inoltre, con orgoglio anche le caratteristiche che hanno permesso al Presidio Ospedaliero di Osimo di essere premiato con tre bollini rosa.

Alla base c'è la nascita come evento unico ed irripetibile e la donna, principale protagonista, è rispettata nelle sue scelte, nell'intimità, garantendo un'assistenza personalizzata e la sicurezza per lei e il nascituro.

L'U.O. complessa di Ostetricia e Ginecologia, diretta dal Dr. Mauro Tiriduzzi, composta da 10 posti letto di ostetricia, 4 di ginecologia e 2 di day surgery offre alle utenti un modello di assistenza ostetrica che promuove e favorisce, attraverso una serie di processi ed iniziative, la centralità della triade madre-padre-bambino e l'empowerment della donna. La sala travaglio parto è allestita per assicurare serenità e creare un'atmosfera accogliente e protetta dove il partner, o una persona scelta dalla partoriente, può assisterla e sostenerla, vivendo insieme questa esperienza indimenticabile. Il soffitto attraverso dei punti luce simula un cielo stellato che, con la cromoterapia e le pareti colorate, favorisce il rilassamento tra le contrazioni. Un'atmosfera familiare e confortevole per la donna, e chi la sostiene, è valorizzata dalla possibilità di musicoterapia, aromaterapia, e dall'eventuale utilizzo di sgabello olandese, ballon, tappetino per assumere le posizioni più libere e attive.

Anche nella vasca la donna può sentirsi al

centro di un progetto di maggiore naturalità e intimità sostenuta, con un rapporto *one to one*, da un'ostetrica che discretamente vigila garantendo un ambiente sicuro.

La donna partecipa in maniera attiva al suo travaglio parto, l'ostetrica la sostiene e l'accompagna favorendo una maggiore consapevolezza nelle proprie capacità, nelle risorse che ha già in sé, e che risultano fondamentali per vivere al meglio la profondità emozionale della nascita.

La nostra struttura, certificata dall'UNICEF "OSPEDALE AMICO DEL BAMBINO" dal 2006, è particolarmente attenta alle mamme e ai loro piccoli anche nei

momenti successivi al parto. Al fine di favorire un avvio precoce e duraturo dell'allattamento al seno, l'innamoramento e la conoscenza tra mamma, papà e nuovo nato, è stata creata un'apposita stanza, definita del bonding o delle coccole, in cui godere, nelle prime ore dopo il parto, di una particolare intimità compatibilmente con la sicurezza del benessere materno fetale.

Il raggiungimento degli standard stabiliti dall'UNICEF per la promozione dell'allattamento materno ci ha permesso di ottenere alla dimissione la percentuale del 98,89% di allattamento esclusivo.

Dopo il post partum, mamma e bambino vengono accompagnati in stanza e continuano a rimanere insieme nel reparto che, con colori pastello, li accoglie (ROOMING IN).

Per favorire l'attaccamento e la nascita della nuova famiglia il partner, o chi preferito dalla puerpera, può rimanere la notte per intraprendere insieme il percorso genitoriale.

Se un bambino ha bisogno di essere ricoverato, la struttura offre la possibilità, ad uno dei genitori, di essere ospitato in reparto per assisterlo e confortarlo durante la degenza.

In caso di necessità le gravide/puerpere possono usufruire di un sostegno psicologico e, in occasione di donne appartenenti ad una diversa etnia, scegliere il vitto in base alla religione, usi e costumi, richiedere la presenza di un mediatore culturale, ricevere o visualizzare documentazione multilingua (10 PASSI OMS sull'ALLATTAMENTO, video "donna salute nel mondo").

Alla popolazione femminile è garantito un programma di prevenzione per il tumore al collo dell'utero e alla mammella effettuato da

personale femminile.

Sono stati istituiti ambulatori dedicati:

- ambulatorio della patologia cervicale dove poter eseguire pap test, colposcopia e ricerca HPV;
- ambulatorio isteroscopico per la diagnosi e il trattamento di patologie della cavità uterina che possono manifestarsi nelle diverse fasi della vita di una donna. L'isteroscopia ha una particolare rilevanza nella prevenzione del carcinoma dell'endometrio.

È presente un servizio di Day Surgery per la presa in carico delle donne con le patologie da trattare.

Nella struttura è inoltre attiva la chirurgia LAPAROSCOPICA diagnostica e operativa, che consente di visualizzare ed eventualmente operare direttamente gli organi genitali femminili (utero, tube, ovaie). Questa tecnica chirurgica mininvasiva utilizza piccole incisioni cutanee sull'addome con il vantaggio, rispetto alla chirurgia tradizionale, di un migliore e più rapido decorso post operatorio.

L'unità operativa complessa di ostetricia e ginecologia, ha effettuato nell'anno 2009 la seguente attività:

Attività Unità Operativa complessa di ostetricia e ginecologia - anno 2009

RICOVERI

• Ostetrici	766
n. parti vaginali	405
n. parti cesarei	213
<i>(tagli cesarei ripetuti n. 90 pari a 14.4%, primi tagli cesarei n. 123 pari al 19.7%)</i>	
n. travagli in acqua	79
n. episiotomie 23.7%	96
n. parto analgesia 4%	10
n. t. cesarei per volontà materna	5
• Ginecologici	93
• Day surgery	199

INTERVENTI CHIRURGICI 590

ATTIVITÀ AMBULATORIALE

• pap test	764
• isteroscopia	615
• patologia cervicale	366
• visite	3163
• ecografie	2274
• CTG	2493

La seconda U.O. candidata è la Chirurgia Generale il cui Responsabile è il Dr. Elio Fiore; la stessa dispone di n° 10 stanze di degenza con 2 posti letto ogni stanza, servizio igienico in camera, aria condizionata.

L'U.O. opera con l'obiettivo di garantire la centralità della persona e a stimolare, educare e sviluppare nella persona assistita, la capacità di autonomia ed autocura, tenendo conto del suo stato di salute e delle sue potenzialità residue.

Lo scopo è quello di supportare, aiutare, sostenere e sostituire nella temporaneità del bisogno la persona sottoposta ad intervento chirurgico, e prepararla a gestire il suo stato di salute con consapevolezza ed appropriatezza al momento della dimissione.

In particolare:

- gestire la paziente sottoposta ad intervento chirurgico per neoplasia mammaria;
- supportare ed aiutare la donna ad accettare il suo stato fisico, aiutarla a ritrovare sicurezza e consapevolezza del proprio essere donna (La possibilità di ricreare nella donna la sua femminilità attraverso ricostruzioni mammarie sia con tessuti omologhi sia tramite posizionamenti protesici è un importante aiuto nella autostima della donna e nella sua prospettiva di vita normale);
- gestire il paziente colostomizzato: educare il paziente ed i suoi familiari alla corretta gestione della stomia, supportare, dal punto di vista psicologico, il paziente ed i familiari ad accettare la colostomia, infondere sicurezza e consapevolezza per il ritorno ad una vita sociale e di relazione soddisfacente.

L'U.O. di chirurgia ha attivato un ambulatorio senologico con personale dedicato.

Le pazienti afferenti all'ambulatorio vengono sottoposte a visita senologica. In caso di negatività obiettiva, le pazienti di età superiore ai 45 aa vengono instradate in un percorso di follow-up annuale con esame ecomammografico di base.

Le pazienti con obiettività, vengono inviate, seguendo un percorso privilegiato, ad esame eco grafico e/o mammografico.

Le pazienti con chiara patologia neoplastica vengono inviate a percorso chirurgico con possibilità di valutazione del linfonodo sentinella e di ricostruzione mammaria simultanea o differita. Tutte le pazienti neoplastiche vengono sottoposte a esame eco tomografico total body,

Criteria aggiudicazione bollini rosa

1 BOLLINO ROSA: è stato attribuito alle strutture ospedaliere che riservano un'attenzione specifica nei confronti delle donne, relativamente alla diagnosi e terapia di patologie femminili; che rispettano la corretta applicazione dei LEA (livelli essenziali di assistenza) con particolare riferimento all'appropriatezza delle prestazioni; che siano accreditate e certificate per i requisiti strutturali e alberghieri.

2 BOLLINI ROSA: sono stati attribuiti alle strutture ospedaliere che, in possesso dei requisiti per ottenere 1 bollino rosa, abbiano all'interno del loro Comitato Etico almeno tre donne; abbiano un congruo numero di donne in posizione apicale; abbiano caratteristiche strutturali e servizi a misura di donna (possibilità di ricevere figli in età infantile, elasticità negli orari di ingresso dei familiari, disponibilità di servizi di lavanderia, luoghi di socializzazione, ecc) e tengano conto della multietnicità.

3 BOLLINI ROSA: sono stati attribuiti alle strutture ospedaliere che, in possesso dei requisiti per ottenere 2 bollini rosa, abbiano prodotto pubblicazioni scientifiche su patologie femminili, applichino la normativa vigente sull'ospedale senza dolore e attuino il controllo del dolore nel parto e l'analgesia ostetrica.

scintigrafia ossea e consulenza oncologica.

Le pazienti con esame ecomammografico dubbio vengono sottoposte ad esame citologico agoaspirato per definizione del grado di displasia e conseguente iter terapeutico.

I noduli dubbi vengono asportati con esame estemporaneo della lesione per definire l'iter chirurgico previo consenso informato.

Le pazienti operate vengono seguite con controlli preventivi semestrali e successivamente annuali clinico laboratoristici e radiologici.

La terza Unità Operativa premiata è quella di Pediatria diretta dalla Dr.ssa Luciana Miglioizzi che svolge assistenza ai neonati (circa 600/anno) sia nella sala parto e operatoria, sia nel reparto di degenza dell'U.O. di Ostetricia, rivolgendo una particolare attenzione non solo al-

la promozione ed al sostegno dell'allattamento al seno, ma anche al nuovo nucleo familiare, nel tentativo di rispettare ed offrire momenti di intimità, che si rendono indispensabili in un momento della vita irripetibile, in quanto ogni nuova nascita si rivela portatrice di nuove ed uniche emozioni.

Da questa premessa scaturisce la volontà di creare in ospedale, nonostante i ritmi imposti dal luogo, comunque di per sé "medicalizzato", un ambiente familiare, caldo e sereno, mai estraneo o peggio intimidatorio.

Le neomamme hanno necessità di vivere questo delicato momento della loro vita, ricco di emozioni intense, ma anche di volte paure e insicurezze, nella certezza che gli operatori tutti si prendano cura di loro e del loro bambino, per poter affrontare con maggiore serenità e senso di adeguatezza, non solo l'allattamento, ma anche l'assunzione stessa del loro nuovo ruolo di madre.

Il periodo del "post-partum" rappresenta per la donna un momento di particolare fragilità emotiva, che talvolta si può prolungare e sfociare in stati di ansia e depressione se non viene compreso e supportato.

E' stato attivato pertanto un ambulatorio pediatrico aperto tutti i giorni per l'assistenza dei neonati e dei neogenitori anche dopo la dimissione, nei primi 7-15 giorni di vita del bambino. Successivamente il bambino viene affidato al pediatra del territorio che lo prende in cura, assumendo il ruolo di pediatra della famiglia, mantenendo aperta la comunicazione con il pediatra ospedaliero per i casi più complessi.

E' sempre possibile contattare telefonicamente l'infermiera del nido o della pediatria nell'intero arco delle 24 ore, quindi anche nelle ore notturne.

I neonati, prima della dimissione dalla Neonatologia, vengono sottoposti agli screening per le malattie metaboliche, per l'organo della vista e dell'udito, per le cardiopatie congenite e per la displasia evolutiva dell'anca (DEA).

Per quest'ultima patologia il pediatra esegue a 6-8 settimane anche lo screening ecografico dell'anca, attraverso un percorso già stabilito prima della dimissione dall'ospedale; viene effettuata l'ecografia dell'anca a tutte le neonate femmine, mentre ai maschi solo quelli che hanno uno dei cinque fattori di rischio per

la displasia evolutiva dell'anca (gemellarità, presentazione podalica, familiarità, screening clinico dell'anca (manovra di Ortolani) positivo alla nascita, oligodramnios).

Per quanto riguarda il reparto di degenza pediatrico, le stanze sono dotate di tutti i confort alberghieri ed è consentita l'assistenza di un genitore, o di entrambi, nei casi più complessi, garantendo il posto letto e il pasto.

L'U.O. di Pediatria si è inoltre data una organizzazione che privilegia il ricovero breve e, quando possibile, il ricovero solo diurno, per evitare il disagio alle mamme di allontanarsi dagli altri figli e dalla loro casa per lungo tempo, fosse anche una notte.

Questa problematica investe soprattutto le donne straniere che spesso non hanno la famiglia di origine in Italia, e che pertanto non hanno aiuti in caso di una loro assenza da casa.

E' stata sviluppata l'offerta ambulatoriale, disponibile tutti i giorni, sia di tipo specialistico, che di consulenza e al medico di Pronto Soccorso Generale e al medico Pediatra del Territorio.

Anche nei giorni festivi e prefestivi il medico Pediatra Ospedaliero è reperibile per l'intero arco delle 24 ore.

Conclude la Dr.ssa Esposto "per i nostri Presidi Ospedalieri e soprattutto per i professionisti questo importante riconoscimento "women friendly" dimostra che non è tanto importante la grandezza o il prestigio dell'ospedale, ma l'impegno e l'attenzione che gli operatori e l'organizzazione della struttura dimostrano ogni giorno nella diagnosi e cura delle donne che vi accedono con i loro bisogni e le loro emozioni. La forza sta nell'ascolto e nell'accoglienza in contesti semplici e professionali al contempo, che riportano la donna ad un dimensione più umana e naturale della medicina con una forte integrazione con il territorio di appartenenza".

L'elenco di tutti gli ospedali premiati fino ad oggi è raccolto in una Guida di O.N.Da, pubblicata con il Sole 24Ore e disponibile nelle librerie, che ha l'obiettivo di offrire alle donne uno strumento informativo in grado di orientarle in modo consapevole nella scelta dei luoghi di cura. È inoltre presente sul portale di sanità del Sole 24Ore un banner che rimanda al sito www.ondaosservatorio.it alla sezione dei bollini rosa.



Nuovo consiglio direttivo della sezione di Ancona della Lega italiana per la lotta contro i tumori

di Sergio Giustini

Il dr. Ugo Braccioni è stato designato Presidente del nuovo consiglio direttivo della sezione di Ancona della LILT.

I Consiglieri eletti sono:

Braccioni Francesco – Caleffi Ezio – Capestro Francesco – Frega Natale – Fucili Augusto – Fumelli Paolo – Giampieri Rodolfo – Giustini Sergio - Lenzi Donatella – Luchetti Alessandro.

I Revisori dei Conti:

Coppola Stefano – Di Paolo Paolo – Mariotti Corrado.

La dr.ssa Rosa Brunori Ciriaco è il Commissario Regionale della LILT che opera nelle cinque province e spiega come la Lega sia un ente pubblico su base associativa costituita, fin dal 1922, per promuovere ed attuare la cultura della prevenzione oncologica sul territorio nazionale. Questa si realizza attraverso gli interventi della prevenzione primaria e cioè la promozione di corretti stili di vita e di sana alimentazione e quelli della prevenzione secondaria ossia la diagnosi precoce dei tumori fino a giungere infine alla assistenza psicologica, riabilitativa ed anche economica al malato e alla sua famiglia.

Gli eventi principali della LILT sono tre: la settimana nazionale per la prevenzione oncologica in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei Ministri e vari ministeri; il simbolo di essa è l'olio extravergine di oliva, principe della dieta mediterranea ed ingrediente fondamentale nella prevenzione dei tumori, delle malattie cardiovascolari e metaboliche.

Vi è poi la sensibilizzazione della giornata mondiale senza tabacco, evento a sua volta promosso dalla OMS che si svolge il 31 maggio in partnership con la camera nazionale della moda per creare un messaggio forte contro il fumo. Infine vi è la campagna nastro rosa che si tiene nel mese di ottobre di ogni anno ed è dedicata esclusivamente alla prevenzione del tumore al seno con varie centinaia di spazi aperti per offrire alla donna visite ed esami senologici.

Da rimarcare poi i periodici incontri con la popolazione della città in collaborazione con il comune di Ancona e le circoscrizioni ove, alla presenza di sempre numeroso pubblico, gli esperti rispondono alle domande dei cittadini. Buon lavoro alla nuova sezione!



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

Gene patenting: sono brevettabili i nostri geni?

di Francesco Orlandi

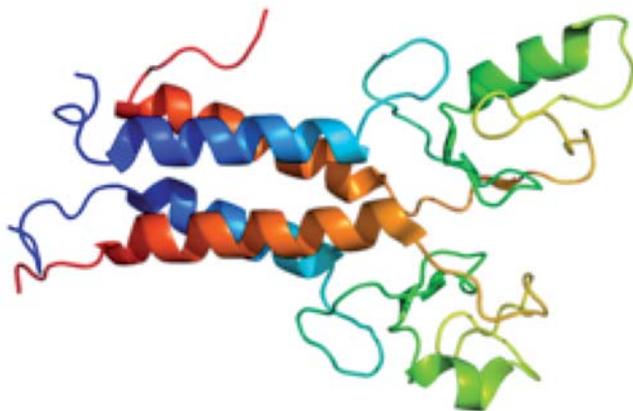
Robert Sweet, giudice federale del distretto di New York, ha negato alla Myriad Genetics Inc una serie di brevetti per test basati sui geni *BRCA1* e *BRCA2* ed il rischio di cancro del seno e di cancro ovarico (1). Il giudice ha definito questo tipo di brevetti una violazione della legge naturale.

La sentenza, emessa il 29 marzo scorso, ha fatto rumore. La materia è infatti regolata da tempo negli Stati Uniti con un complesso ponderoso di disposizioni (2), ma in queste settimane si sono ovviamente susseguite diverse definizioni di liceità, basate su finzze giuridiche e filosofiche.

Alcune associazioni di consumatori ed il Presidente dell'American Society for Clinical Pathology hanno commentato favorevolmente il verdetto, accanto a ricercatori non-Myriad che nel loro lavoro non possono utilizzare le procedure brevettate. L'amministrazione del Health Department di Washington ritiene che sia necessaria un'invenzione aggiunta, ad esempio di terapia.

I difensori della brevettabilità agitano lo spettro di una battuta d'arresto nella ricerca e nello sviluppo della "personalised medicine" conseguente l'applicazione della genomica alla medicina pratica. Va tenuto conto che i test monogenici tipo *BRCA1* e *BRCA2* saranno rapidamente superati da prove come il "long QT", basato su una dozzina di geni. La Myriad Genetics sostiene comunque che il semplice isolamento di parti del DNA rende brevettabile la procedura, ed ha fatto ricorso a Washington.

Il legame tra cancro del seno e *BRCA1* (*breast cancer1*, gene soppressore del tumore) è stato



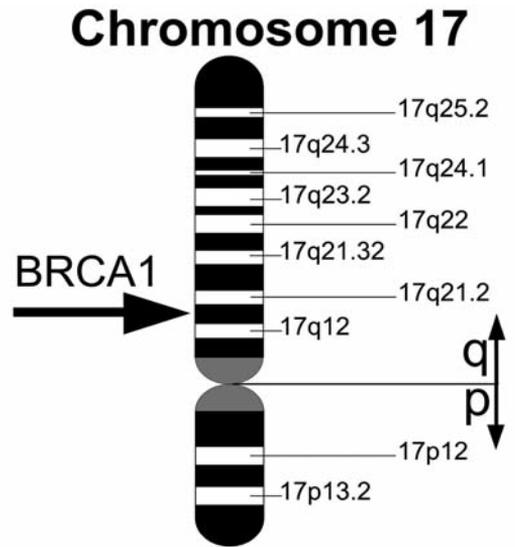
Breast cancer type 1 susceptibility protein, prodotta dal BRCA1

individuato nel 1990, e la sequenza di *BRCA1* e *BRCA2* è stata definita nel 1995. Il primo brevetto genetico (la durata corrente è di 20 anni) è stato concesso nel 1982 all'Università della California. Da allora ne sono stati rilasciati migliaia, ed attualmente un venti per cento delle sequenze del DNA dell'uomo è sotto brevetto. La Myriad, fondata nel 1991 dal Premio Nobel W. Gilbert e collegata all'Università di Utah, ha investito inizialmente nella ricerca qualcosa come 22 milioni di dollari, vende il *BRACAnalysis test* a 3.150 dollari rimborsabili dalle compagnie USA di assicurazione, ed ha presentato un bilancio annuale 2009 di 326 milioni di dollari USA (3).

Le difficoltà per i brevetti sul genoma sono iniziate da qualche anno. Nel 2004 la Comunità Europea ha limitato l'estensione dei diritti, e le campagne di promozione dei test rivolte dalla Myriad direttamente al consumatore americano hanno fatto arricciare il naso (4,5). Al di là delle diatribe sul brevetto, il test ha un valore predittivo molto forte. La donna positi-

va al test si trova a fronteggiare scelte difficili, dalla terapia antitumorale alla "chirurgia profilattica" (6,7). La donna negativa al test ha un rischio maggiore di quello medio solo in presenza di due o più casi di cancro nella famiglia, ma va incontro a problemi psicologici pesanti (8,9). Prepariamoci alla "personalized medicine".

1. Editorial. Testing time for gene patents. *Nature* 2010;464:957 (15 April 2010).
2. www.human genome project information.
3. Kesselheim AS, Mello MM. Gene patenting – is the pendulum swinging back? *New Engl J Med* 2010;362:1855-8.
4. William-Jones B. "Be ready against cancer, now": direct-to-consumer advertising for genetic testing. *New Genetic Soc* 2006;25:89-107.
5. Matloff E, Caplan A. Direct to confusion: lessons learned from marketing BRCA testing. *Am J Bioeth* 2008;8:5-8).
6. Gulden C, Olopade OI. Risk assessment and genetic testing for ovarian cancer. *Am J Roentgenol* 2010;194:309-10).
7. Hamilton R. Genetics: breast cancer as an exemplar. *Nurs Clin North Am* 2009;44:327-38).
8. Bakos AD, Hutson SP, Loud JT. BRCA mutation-negative women from hereditary breast and ovarian cancer families: a qualitative study of the BRCA-negative experience. *Health Expect* 2008;11:220-31).



Collocazione del BRCA1 nel cromosoma 17

9. Metcalfe KA, Finch A, Poll A, et al. Breast cancer risks in women with a family history of breast or ovarian cancer who have tested negative for a BRCA1 or BRCA2 mutation. *Br J Cancer* 2009;100:421-5
10. Korde LA, Mueller CM, Loud JT, et al. No evidence of excess breast cancer risk among mutation-negative women from BRCA mutation-positive families. *Breast Cancer Res Treat* 2010 May 11.



ONAOSI

Approvazione definitiva nuovo statuto

di Umberto Rossa

Consigliere di Amministrazione ONAOSI Delegato alla Comunicazione

Il 9 febbraio 2010 i Ministeri Vigilanti hanno approvato definitivamente con Decreto Interministeriale ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 comma 2 lettera a del Decreto Legislativo 30 giugno 1994 n. 509 il nuovo Statuto ONAOSI adottato dal Consiglio di Amministrazione il 9 maggio 2009. Lo Statuto, oltre che in Gazzetta Ufficiale, è pubblicato anche sul sito www.onaosi.it.

Particolare rilevanza assume l'articolo 24 il quale norma l'iscrizione all'ONAOSI dei Sanitari Volontari, non dipendenti pubblici, ponendo dei vincoli precisi e tassativi sui tempi di iscrizione volontaria stessa (**ENTRO L'8 FEBBRAIO 2011**) che se non rispettati faranno perdere per sempre al Sanitario la possibilità di aderire alla Fondazione ONAOSI privandosi così dell'opportunità di poter usufruire dei servizi e delle prestazioni a favore della propria famiglia e dei propri figli.

In particolare l'art. 24 prevede che "... per i **sanitari neoiscritti** rispettivamente agli **Albi provinciali** dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari **entro 5 (cinque) anni dalla data di prima iscrizione all'albo**.

Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile.

Per i **Sanitari già iscritti** rispettivamente agli **Albi provinciali** dei medici chirurghi, odontoiatri, medici veterinari e farmacisti, ma non contribuenti alla data di entrata in vigore del presente Statuto, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari **entro 1 (uno) anno dalla data di entrata in vigore del presente Statuto**.

Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile.

Per i **Sanitari già contribuenti obbligatori**, (di-



Fondazione O.N.A.O.S.I.

Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani Perugia

pendenti pubblici), che cessino da tale regime di contribuzione, è ammessa la facoltà di iscriversi come contribuenti volontari **entro 2 (due) anni dalla cessazione**.

Trascorso inutilmente tale termine, la domanda di iscrizione volontaria non è accoglibile.

Il mancato o irregolare pagamento dei contributi obbligatori e/o volontari, se non sanato nei termini previsti dal Regolamento, comporta, in ogni caso, la perdita definitiva dello status di contribuente e del diritto ad ogni prestazione, nonché l'impossibilità di una nuova iscrizione".

Pertanto **il termine tassativo per l'iscrizione volontaria all' ONAOSI** per i sanitari già iscritti ai rispettivi Albi è fissato per **l'8 febbraio 2011**.

L'ONAOSI rappresenta un modello di assistenza complementare conveniente e a basso costo a tutela dei figli e delle famiglie dei Sanitari. L'attività della Fondazione, finalizzata a obiettivi di solidarietà e assistenza, ha per scopo primario il sostegno, l'educazione, l'istruzione e la formazione, entro i limiti di bilancio, degli orfani, figli legittimi, adottivi o naturali riconosciuti, di medici-chirurghi ed odontoiatri, veterinari, farmacisti, contribuenti ob-

bligatori o volontari, per consentire loro di conseguire un titolo di studio e di accedere all'esercizio di una professione o di un'arte.

Ti ricordo che l'ONAO SI è una forma di "assicurazione" complementare di tipo prevido-assistenziale economica, davvero vantaggiosa dal punto di vista dei possibili benefici e attuale a tutela dei figli e delle famiglie dei Sanitari. Non eroga prestazioni pensionistiche ma Prestazioni Assistenziali (sia contributi in denaro che accoglienza presso le proprie Strutture Residenziali) e Servizi:

- Ammissione gratuita per gli orfani o equiparati tali in strutture all'avanguardia per sostenerli nel loro percorso educativo-formativo (Convitti e Collegi Universitari in Perugia e nei centri Formativi in varie città italiane: Bologna, Torino, Padova, Pavia e Messina), a pagamento per i figli di contribuenti in vita;
- Contributi periodici in denaro fino al trentesimo anno di età, di carattere ordinario e/o straordinario il cui importo è legato all'ordine di studi seguito (con una maggiorazione per gli studenti fuori sede). E' prevista inol-

tre l'erogazione di un'integrazione assistenziale in relazione alle condizioni economiche del nucleo familiare di appartenenza;

- Interventi diretti a favorire la formazione;
- Interventi speciali a favore dei disabili di cui alla L. 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modifiche ed integrazioni;
- Ogni altra forma ritenuta idonea al conseguimento dei fini istituzionali, o a essi strumentale, complementare o comunque connessa;
- Assegnazione di alloggi vacanza agli assistiti/vedove e agli iscritti nelle seguenti località:
 - Prè Saint Didier (Aosta) - Porto Verde (Misanò Adriatico);
 - ospitalità presso la Residenza di Montebello in Perugia riservata agli iscritti ed alle vedove.

Inoltre a condizioni regolamentate e a pagamento è previsto l'accesso ai servizi ONAO SI (Strutture – Collegi – Convitti – Centri Formativi – Case Vacanze – Residenza Montebello di Perugia – Masters) anche ai figli dei contribuenti viventi.



CORPORATE SUPPORTER OF THE FINANCIAL PLANNING ASSOCIATION - FPA (USA)

SOL&FIN SIM ha eliminato alla radice il problema del conflitto di interessi, essendo una Società INDIPENDENTE, non partecipata da Banche o Istituzioni Finanziarie, pur mettendo a disposizione dei Risparmiatori i prodotti delle Banche e delle Istituzioni Finanziarie nazionali ed internazionali, con le quali i Risparmiatori stipulano i contratti d'investimento.

SOL&FIN SIM è "Super Partes", senza alcun interesse o necessità di "sponsorizzare" prodotti specifici di gruppi di appartenenza, e consente all'Investitore di avere **il meglio selezionato e diversificato scientificamente, storicamente convalidato.**

La struttura scientifica della nostra attività indipendente, rivolta alla tutela degli Investitori, consente:

- la **prevenzione** dei rischi finanziari;
- la **protezione** degli investimenti;
- il **controllo** e l'ottimizzazione delle performance.

Sol&Fin Sim SpA - Via Maliani, 12/A - 62019 Recanati (MC)

Melania Bravetti - Cell. 339 3025889 - www.solfin.it/melania.bravetti - E-mail: melania.bravetti@solfin.it

Iscritta all'Albo Unico Nazionale dei Promotori Finanziari - Delibera Consob n. 11528 del 7/7/98

Pieghevole informativo sulla profilassi antirabbica

Realizzato dalla Società italiana di medicina veterinaria preventiva
in collaborazione con le Asl di Firenze e Milano

Da qualche mese il nostro Paese si trova ad affrontare la ricomparsa della rabbia silvestre in alcune regioni del Nordest, a distanza di quasi quindici anni dall'ultimo caso riscontrato in un animale selvatico. Questa nuova epidemia, che presenta modalità e tempi di diffusione modificati rispetto al passato, ha messo tutte le professionalità sanitarie, e in particolare quelle dei servizi veterinari e dei servizi di prevenzione delle Asl, davanti alla necessità di individuare e mettere in atto adeguate misure di controllo, costringendo a rivedere molte delle politiche di profilassi e di gestione delle morsicature.

In questo contesto è diventato indispensabile attuare una corretta informazione della popolazione, a partire da quella delle aree a rischio in cui si sono verificati i casi di infezione e dove, da alcuni mesi, sono in vigore anche alcune misure di prevenzione obbligatorie come la vaccinazione degli animali domestici. Le misure in questione non interessano solo quanti risiedono nelle regioni del Nordest, ma anche tutti coloro che le visitano e vi soggiornano con i loro animali, con particolare frequenza in questa stagione per ragioni di turismo. Ecco allora l'importanza che l'informazione sulla rabbia raggiunga quante più persone possibile e, per ottenere questo risultato, diventa indispensabile la collaborazione tra tutte le diverse figure professionali e sanitarie. La Società italiana di medicina veterinaria preventiva, con la collaborazione dei servizi veterinari delle Asl di Firenze e di Milano, ha deciso di realizzare un pieghevole informativo sulla rabbia e sulle misure per prevenirla che dà risposta a tutte le principali domande dei cittadini sulla malattia, i suoi sintomi, le procedure in caso di morsi di cani, la vaccinazione antirabbica, le misure di "protezione", sfatando anche alcuni luoghi comuni purtroppo assai diffusi.

Ne è nata la guida agile e pratica, di immedia-

ta comprensione, che troverete in allegato e, che può rappresentare un utile vademecum anche per chi fino ad ora non avesse avuto modo di conoscere questa malattia e le sue modalità di diffusione.

Sperando che questo nostro piccolo contributo possa essere utile a migliorare e facilitare la comunicazione sulla malattia nei confronti dei vostri utenti, associati e lettori.

Cordiali saluti

Il Presidente
Dott. Aldo Grasselli

CHE RABBIA!!

**DOMANDE E
RISPOSTE PER...
NON FARSI PRENDERE
DALLA RABBIA!**

Indicazioni alla esecuzione di un esame endoscopico

Dott. Marco Silvestrelli

Gli esami endoscopici (EGDS e colonscopia) rappresentano ormai la procedura di prima scelta per la diagnosi di patologie dell'apparato digerente per quanto riguarda l'esofago, lo stomaco, il duodeno, il colon e l'ileo terminale.

La digiunosopia e la ERCP (colangiopancreatografia retrograda endoscopica) sono invece tecniche ancora di 2° scelta e riservate a casi particolari.

Raccomandazioni generali per la prescrizione/prenotazione:

Specificare sempre sulla richiesta, o in allegato, il quesito diagnostico ed eventuali dati anamnestici ed obiettivi essenziali sia in termini di indicazione all'esecuzione dell'esame che in termini di contro indicazione (in questo caso specificare i motivi della prescrizione).

Allegare documentazione o menzione di accertate o sospette allergie o intolleranza a farmaci (specie in riferimento ad eventuali sedazioni).

Indicare la terapia in atto (specie farmaci che modificano i valori emocoagulativi).

Evitare richieste generiche e doppie del tipo gastro + colon (accettabili solo su esplicita indicazione specialistica).

Specificare sempre se trattasi di:

- *primo esame;*
- *prestazione di controllo programmato;*
- *ricontrollo successivo a primo esame;*
- *follow up (con precisa indicazione della patologia primitiva).*

Ricordare al paziente che per l'esecuzione

dell'esame è indispensabile il consenso informato e che necessita di una sua adeguata collaborazione.

Ricordare al paziente di portare, all'atto della effettuazione della prenotazione, i referti di esami precedentemente svolti e qualunque referto comunque pertinente (ECG, Esami ematici, ecc.).

E.G.D.S. (esofagogastroduodenoscopia)

Considerazioni generali

Lo studio del tratto digestivo superiore per via endoscopica rappresenta sicuramente la metodica più efficace per la diagnosi differenziale tra i molteplici sintomi collegabili ad una patologia delle prime vie dell'apparato digerente.

Il perfezionamento della strumentazione, la riduzione del calibro degli endoscopi e la possibilità di utilizzare vie di introduzione alternative (nasale) a quelle tradizionalmente usate (orale), hanno ridotto il ricorso alla sedazione unicamente a quei casi in cui l'età del paziente (neonati e bambini al di sotto dei 12 anni) o le menomazioni psichiche non ne garantiscano una completa collaborazione.

L'esofagogastroduodenoscopia diagnostica è generalmente indicata in caso di:

1. Sintomi persistenti a carico dell'addome superiore;
2. Disfagia o odinofagia;
3. Sintomi da reflusso gastroesofageo persistenti o recidivanti nonostante un corretto tentativo terapeutico;

4. Vomito persistente da causa sconosciuta;
5. Malattie di altri organi o sistemi nelle quali la presenza di patologia gastrointestinale può modificare il trattamento (es: pazienti con storia di ulcera peptica o di sanguinamento digestivo che sono candidati al trapianto, alla terapia anticoagulante o con FANS a lungo termine);
6. Poliposi adenomatosa familiare;
7. Per la conferma e la diagnosi cito-istologica di lesioni sospettate o dimostrate con tecniche di imaging (radiografia, ecografia, TC, RMN) come: neoplasie, ulcere gastriche od esofagee, stenosi od ostruzioni del tratto gastrointestinale superiore;
8. Sanguinamento gastrointestinale acuto;
9. in presenza di perdita cronica di sangue o di anemia da carenza di ferro quando la situazione clinica suggerisce una causa a carico del tratto digestivo superiore o quando la colonscopia è negativa;
10. quando è necessaria una biopsia digiunale o duodenale o la raccolta di liquido digiunale;
11. per la diagnosi di ipertensione portale;
12. per valutare il danno acuto dopo ingestione di caustici;

L'esofagogastroduodenoscopia diagnostica NON è generalmente indicata per la valutazione di:

- disturbo cronico, stabile, atipico per malattia organica già considerato di natura funzionale. In casi eccezionali la EGDS può essere a volte giustificata per escludere malattie organiche specialmente se i sintomi non rispondono alla terapia.
- Pirosi retrosternale di recente insorgenza e che risponde alla terapia.
- Riscontro radiologico di ernia iatale asintomatica o di ulcera duodenale non complicata che ha risposto alla terapia o di deformazione del bulbo duodenale,

(asintomatica o che ha risposto alla terapia).

L'esofagogastroduodenoscopia sequenziale o periodica (follow up) è generalmente indicata in caso di:

- Sorveglianza periodica per esofago di Barrett e per poliposi adenomatosa familiare;
- controllo di ulcere esofagee o gastriche o stomali per dimostrarne la guarigione e verificarne la benignità;
- Precedenti riscontri di polipi adenomatosi gastrici o duodenali;
- Follow up dopo sclerosi o legatura di varici esofagee o gastriche;
- displasia gastrica.

L'esofagogastroduodenoscopia sequenziale o periodica (follow up) generalmente NON è indicata:

- per la sorveglianza periodica per atrofia gastrica (con o senza metaplasia intestinale), anemia perniziosa, acalasia, precedenti interventi chirurgici sullo stomaco;
- per la sorveglianza di malattie benigne guarite come esofagite, ulcera gastrica o duodenale;
- per sorveglianza dopo dilatazione di stenosi benigne a meno che non intervenga un cambiamento della sintomatologia.

Esofago di Barrett (follow up)

- assenza di displasia: controllo endoscopico più biopsie ogni 18-24 mesi; terapia antireflusso permanente.
- displasia lieve: controllo endoscopico entro 3 mesi previo trattamento antireflusso intensivo per 8-12 settimane. Se confermata la displasia lieve, terapia antireflusso permanente e controllo endoscopico ogni anno. Se scompare la displasia lieve in due controlli endoscopici successivi, terapia antireflusso permanente e controllo come in assenza di

displasia.

- displasia grave: ripetere a breve termine le biopsie. Se confermata la displasia grave: intervento di resezione, o, in alternativa, terapia endoscopica (mucosectomia o ESD).

Gastite atrofica (follow up)

Recentemente l'ASGE, sulla base di un'analisi costo-beneficio, ha messo in discussione la necessità di una sorveglianza endoscopico-istologica periodica nella gastrite atrofica, per la sproporzione fra l'esiguo numero di cancro gastrici precoci attesi rispetto all'impegno di risorse economiche ed organizzative; questo atteggiamento trova peraltro ampi consensi internazionali. Pertanto verrebbero consigliati controlli endoscopici occasionali solo nel caso di significativi mutamenti sintomatologici.

COLONSCOPIA

Considerazioni generali

La esecuzione di uno studio del tratto digestivo inferiore per via endoscopica, va sempre considerata, salvo indicazioni particolari, completa solo se si è eseguita una pancolonscopia.

Unicamente se si è correttamente individuata la valvola ileo cecale si può parlare di esame completo.

Nel caso in cui non si sia riusciti a completare l'esame per difficoltà tecniche o condizioni anatomiche o patologiche, è necessario eseguire un Rx clisma opaco a doppio contrasto o una enterotc per evitare falsi negativi che potrebbero portare a ritardi di diagnosi anche pericolosi per la salute del paziente.

Lo studio del tratto terminale dell'ileo non viene routinariamente richiesto, ma risulta fondamentale in caso di sospetta patologia infiammatoria o neoplastica evidenziata da indagini precedentemente eseguite o da

sospetto clinico.

Fondamentalmente la colonscopia è indicata se il trattamento del paziente sarà probabilmente influenzato dal risultato dell'indagine o quando si presuma l'esistenza di una patologia che può contemplare una procedura di endoscopia terapeutica.

Colonscopia: indicazioni

I sintomi principali che possono portare all'indicazione di una colonscopia diagnostica sono:

- Il dolore addominale
- La stipsi e la diarrea
- La rettorragia o l'ematochezia
- L'anemizzazione o la presenza di sanguinamento occulto fecale
- La subocclusione intestinale
- Il tenesmo rettale e l'iperpiressia.

Se si considerano le patologie come punto di partenza, la colonscopia può essere indicata:

- Per la valutazione di quadri radiologici anomali (soprattutto in caso di stenosi o difetti di riempimento)
- Per la valutazione di malattie infiammatorie intestinali e le coliti ischemiche
- Per la sorveglianza di pazienti sottoposti ad asportazione endoscopica di polipi colorettali o dopo resezione chirurgica di neoplasie maligne
- Per lo screening del cancro
- Per le sindromi da neoplasie colorettali ereditarie.

Indicazioni dubbie:

- Pazienti con sindrome dell'intestino irritabile cronica o stabile, o con dolore addominale cronico
- Pazienti con diarrea acuta
- Pazienti con adenocarcinoma plurimetastatico di cui è sconosciuto il focolaio primario di insorgenza, in assenza di segni o sintomi riferibili al colon o quando il risultato della colonscopia comun-

que non modifica il trattamento

- Come procedura routinaria di follow up in pazienti portatori di malattia infiammatoria cronica intestinale (ad eccezione della sorveglianza endoscopica della rettocolite ulcerosa per l'insorgenza di displasia o carcinoma)
- In caso di emorragia digestiva acuta del tratto digestivo superiore o con melena da focolaio emorragiparo riconosciuto endoscopicamente a carico delle vie digestive prossimali.
- Non è ottenibile una adeguata collaborazione del paziente.

Indicazione assente:

- Manca il consenso informato del paziente
- Il rischio per la salute o la vita del paziente oltrepassa i benefici derivanti dalla procedura
- Nel sospetto o nella certezza della perforazione di un viscere e in presenza di peritonite
- In caso di colite fulminante
- In presenza di diverticolite acuta severa
- Nel follow up della diverticolosi
- Nel follow up di polipi iperplastici (?), infiammatori o di lipomi
- Megacolon Tossico
- Aneurisma delle arterie iliache e dell'aorta clinicamente significativi
- Diatesi emorragica grave non correggibile
- Scopenso cardiaco grave
- Insufficienza respiratoria grave.

Follow up del carcinoma operato

Una pancoloscopia da eseguire entro 6 mesi dall'intervento ove non sia stata effettuata prima della resezione.

Per i pazienti sottoposti a resezione per adenoK del colon (escluso il retto-sigma):

- *Stadio A,B,C di Dukes e in caso di metastasi epatica e polmonare unica resecata,*

coloscopia a 3 anni dall'intervento; ogni 5 anni dall'ultimo controllo (fino a 75 anni di età).

- *Stadio D: nessun controllo.*

Per i pazienti sottoposti a resezione per adenoK del rettosigma:

- *Stadio A: coloscopia a 3 anni dall'intervento e ogni 5 anni dall'ultimo controllo*
- *Stadio B,C e in caso di metastasi epatica e polmonare unica resecata: rettosigmoidoscopia ogni 6 mesi per i primi 2 anni, coloscopia al 3° anno, colonscopia ogni 5 anni dall'ultimo controllo*
- *Stadio D: nessun controllo.*

Sorveglianza endoscopica in colonscopia.

Adenomi:

- Controllo a 1 anno (ricerca polipi non visti) per Clean-Colon
- Controllo a 5 anni se coloscopia eseguita in condizioni ottimali
- Controllo a 3 anni in familiari di 1° grado per K coloretale.

In caso di asportazione in frammenti multipli (piecemeal resection), controllo a 3/6 mesi per valutazione della completa rimozione.

Sorveglianza endoscopica in colonscopia.

Malattie infiammatorie (RCU):

Durata della malattia superiore agli 8 anni:

- pancoloscopia con biopsie multiple eseguite ogni 10 cm ogni 1-2 anni.

Reperto istologico di displasia

(in qualsiasi controllo):

- Incerta per grado: ripetizione dell'esame endoscopico dopo 6 mesi con biopsie addizionali per definizione istologica certa.
- Di basso grado: pancoloscopia con biopsie ogni 6 mesi. Colectomia nei pazienti giovani dopo conferma istologica.
- Di alto grado: colectomia dopo conferma istologica.
- Displasia su lesione polipoide o massa (DALM): colectomia per qualunque grado di displasia.

Medici competenti: gare di appalto al ribasso per il servizio di sorveglianza sanitaria

*Ai Presidenti degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri*

*Ai Presidenti delle Commissioni
per gli Iscritti all'Albo degli Odontoiatri*

Cari Presidenti,

facendo seguito alla comunicazione n. 20 del 10 marzo 2010 si ritiene opportuno segnalare che questa Federazione ha reiterato la propria posizione presso le sedi istituzionali (All. n. 1).

A seguito di ciò il Ministero della Salute con nota del 18 giugno 2010 ha risposto, accogliendo le istanze della FNOMCeO (All. n. 2).

Pertanto, stante quanto suesposto, tutti gli Ordini provinciali sono tenuti nell'ambito della propria competenza territoriale a vigilare ed a intervenire qualora enti locali, pubbliche amministrazioni e aziende continuino ad indire gare al ribasso aventi ad oggetto prestazioni sanitarie mediche.

Cordiali saluti

Amedeo Bianco

OGGETTO: Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro – gare di appalto al ribasso per il “servizio di sorveglianza sanitaria” di cui all’art. 41 del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni – richiesta apertura tavolo tecnico.

Illustre Ministro,

questa Federazione che è un ente pubblico esponenziale dell'intera categoria medica ha espresso a più riprese forti elementi di criticità in ordine alla prassi consolidata di indire gare di appalto al ribasso per l'affidamento del c.d. “servizio di sorveglianza sanitaria” di cui all’art. 41 del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni.

Si rileva innanzitutto che nell'ambito del nuovo sistema di prevenzione disegnato dal D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni e integrazioni ruolo preminente, anche ai fini della valutazione dei rischi e delle interferenze e ai fini della attuazione dei modelli di organizzazione e gestione della sicurezza, è assegnato al medico competente.

Il medico competente svolge funzioni di integrazione del sistema organizzativo complessivo della “sicurezza” dei luoghi di lavoro, essendo titolare di obblighi anche “operativi” e fondamentali nella gestione integrata del “sistema sicurezza”.

Le preoccupazioni di questa Federazione rivestono esplicitamente aspetti di carattere deontologico, professionale e correlativamente di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Giova infatti rilevare che appare discutibile che le prestazioni professionali del medico competente siano equiparate ad un servizio; al tempo stesso in ordine a tale prassi si sottolinea che il D.Lgs. 163/06 recante “Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture” prevede all’art.2, comma 2, che il principio di economicità possa comunque essere derogato ove si tratti di materia inerente alla tutela della salute.

L'indizione di bandi di gara al ribasso per il "servizio di sorveglianza sanitaria" da parte di imprese private e di pubbliche amministrazioni si pone di conseguenza in contrasto con l'elaborazione di corrette procedure per l'adozione e la efficace attuazione di modelli di organizzazione e gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Questa Federazione ritiene che l'utilizzo del criterio del prezzo più basso in luogo dell'offerta più qualificata comporta i rischi di scelte che vanno a scapito della qualità della prestazione professionale e correlativamente della sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Si rileva peraltro che nella gran parte dei bandi al ribasso indetti da imprese e da pubbliche amministrazioni sia già contenuto il protocollo sanitario da applicare e ciò in violazione della normativa vigente che prevede che sia il medico competente, che collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi, a determinare il relativo protocollo di sorveglianza sanitaria finalizzato alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all'ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell'attività lavorativa.

Si precisa inoltre che nei singoli contratti di appalto, subappalto e somministrazione debbano essere specificatamente indicati, a pena di nullità, i costi relativi alle misure adottate per eliminare o ridurre al minimo i rischi derivanti dalle interferenze delle lavorazioni e che tali costi non debbano essere soggetti a ribasso.

Con riferimento alle gare di appalto per il servizio di sorveglianza sanitaria e i relativi connessi aspetti deontologici si precisa che l'art. 54, comma 1, del codice di deontologia medica prevede che "nell'esercizio libero professionale, fermo restando il principio dell'intesa diretta tra medico e cittadino e nel rispetto del decoro professionale, l'onorario deve essere commisurato alla difficoltà, alla complessità e alla qualità della prestazione, tenendo conto delle competenze e dei mezzi impegnati".

La disposizione di cui sopra deve poi essere posta in correlazione con l'art. 70 dello stesso codice che reca norme in materia di qualità delle prestazioni e dispone che "il medico dipendente o convenzionato debba esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e l'equità delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico deve altresì esigere che gli ambienti di lavoro siano decorosi e adeguatamente attrezzati nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa compresi quelli di sicurezza ambientale. Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale e la sicurezza del malato".

Si rileva quindi che la fattispecie indicata in oggetto, oltre a creare un conflitto tra norme giuridiche e norme deontologiche, appare lesiva dell'interesse primario e costituzionalmente rilevante della tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Pertanto, stante quanto suesposto, si chiede l'intervento della S.V. al fine di una attenta riflessione in ordine ad una prassi consolidata, di indire gare di appalto al ribasso per il c.d. "servizio di sorveglianza sanitaria", che, violando gli aspetti deontologici, pone una seria minaccia ad una efficace attività di prevenzione sui luoghi di lavoro.

Riteniamo infine che i delicati temi sollevati rendono assolutamente necessaria la costituzione, in pieno spirito collaborativo, di un tavolo tecnico sulle modalità e procedure di affidamento degli incarichi di "sorveglianza sanitaria" nei luoghi di lavoro che dovrebbe vedere coinvolti rappresentanti della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, del Ministero del Lavoro delle Politiche Sociali, del Ministero della Salute e della FNOMCeO al fine di conseguire una efficiente rete di servizi professionali ed una efficace tutela del diritto alla sicurezza dei lavoratori.

Cordiali saluti

Amedeo Bianco

Nuove norme Codice della strada. Certificato medico

In relazione alla richiesta di chiarimenti da parte di alcuni Ordini provinciali in merito alle nuove di posizioni apportate dalla Legge 120/2010 al D.Lgs. 285/1992 "Nuovo Codice della strada" con particolare riguardo all'art. 119 "Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida" si comunica quanto segue.

Come specificato nel comma 2-ter dell'articolo suindicato le modalità degli accertamenti clinico-tossicologici da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope e il modulo di certificato medico saranno individuati con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti.

In attesa della nuova regolamentazione i medici non dovranno apportare alcuna modifica agli adempimenti in materia di certificazione per la patente di guida.

Si evidenzia inoltre che la FNOMCeO è in contatto con i Ministeri della Salute e delle Infrastrutture per monitorare la progressione del regolamento e fornirà le indicazioni opportune agli Ordini provinciali non appena sarà approvato il decreto.

Per quanto concerne la richiesta di indicazioni sulla tariffa consigliata per la predisposizione del suddetto certificato è necessario fare riferimento al Tariffario regionale che ne stabilisce l'importo.

Tale tipo di prestazione è esente da IVA così come specificato nella Comunicazione FNOMCeO n. 8/2005.

Cordiali saluti

Amedeo Bianco

Decreto 10 marzo 2010 – Modifica del DM 1-8-2005 per la soppressione della Scuola di specializzazione di "Psicologia clinica"

Cari Presidenti,

si ritiene opportuno segnalare che nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 151 del 1° luglio 2010 è stato pubblicato il decreto 10 marzo 2010 recante "Modifica al decreto ministeriale 1° agosto 2005 per la soppressione della Scuola di specializzazione di «Psicologia clinica» e l'integrazione del decreto 24 luglio 2006 con l'iscrizione della stessa Scuola tra quelle di area psicologica".

Il decreto indicato in oggetto è stato emanato dal Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca al fine di recepire la sentenza del Consiglio di Stato n. 4483/2007 (All. n. 1) che ha annullato il decreto 1° agosto 2005 (Gazzetta Ufficiale n. 176 del 5 novembre 2005), relativo al riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria, è modificato per quanto riguarda l'area medica, classe Neuroscienze e scienze cliniche del comportamento, nel senso che viene soppressa la tipologia di «Psicologia clinica». Sono fatti salvi i diritti dei medici specializzati e specializzandi presso le preesistenti scuole di Psicologia clinica afferenti alle Facoltà di medicina e chirurgia, purché immatricolati entro e non oltre l'anno accademico 2006/2007.

Evidentemente questo decreto è atto conseguente e dovuto ad una giurisprudenza consolidata in materia non in linea, come è noto, con la posizione assunta in questi ultimi anni da questa Federazione.

La FNOMCeO laddove possibile manterrà fermo il proprio indirizzo in tutta coerenza con quanto finora già espresso.

Al fine di consentire un esame più approfondito della materia si allega copia del decreto indicato in oggetto (All. n. 2)

Cordiali saluti

Amedeo Bianco



Ordine dei medici-chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Ancona

Ancona, 26/10/2010

A tutti gli iscritti
Albo medici chirurghi e Albo odontoiatri
della provincia di ANCONA
LORO SEDI

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 mercoledì 15 dicembre p.v. alle ore 7,00, in prima convocazione, e per

GIOVEDÌ 16 DICEMBRE 2010 ORE 17,30, IN SECONDA CONVOCAZIONE,

presso la Loggia dei Mercanti - Via della Loggia - ANCONA

con il seguente

ORDINE DEL GIORNO

- 1) Relazione del Presidente;
- 2) Relazione del Tesoriere sul Bilancio consuntivo 2009 e presentazione Bilancio preventivo 2011;
- 3) Relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti;
- 4) Premiazione per il 25° anno di laurea;
- 5) Giuramento d'Ippocrate dei neo-laureati, consegna pergamene;
- 6) 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 16 DICEMBRE 2010

il dott./prof. _____

(data)

(firma)

medici & medici



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