

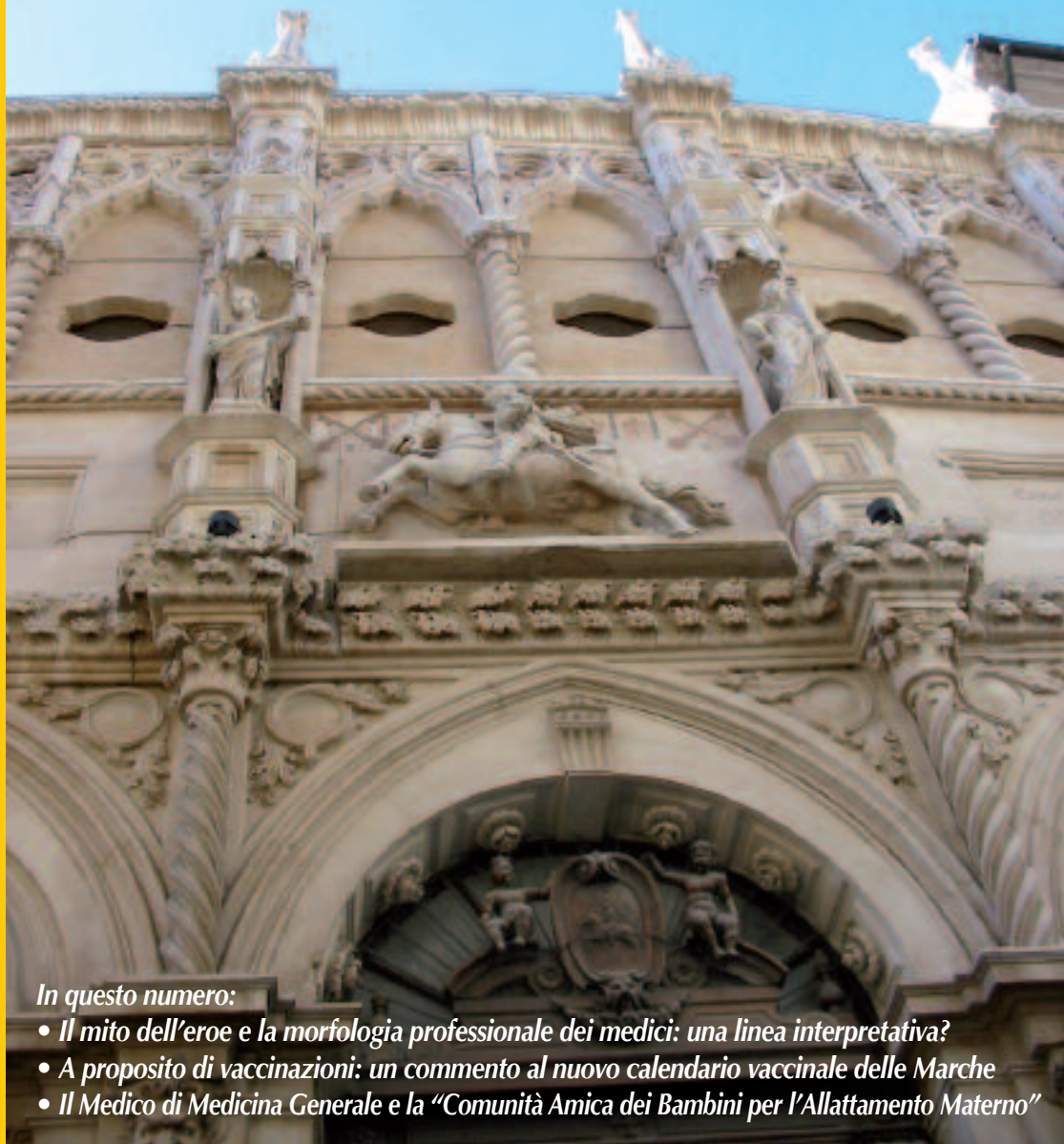
medici & medici

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. 6 - Marzo 2011
Sped. Abb. Postale 70%
Filiale di Ancona

n. **6**
MARZO

Periodico di informazione Medico-Sanitaria

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ancona



In questo numero:

- *Il mito dell'eroe e la morfologia professionale dei medici: una linea interpretativa?*
- *A proposito di vaccinazioni: un commento al nuovo calendario vaccinale delle Marche*
- *Il Medico di Medicina Generale e la "Comunità Amica dei Bambini per l'Allattamento Materno"*



ATTUALITÀ E NUOVE TECNOLOGIE IN CHIRURGIA

Ventennale di Chirurgia Mini-Invasiva nelle Marche

Presidente: Mario Guerrieri

Facoltà di Medicina, Polo B - Aula Montessori

RELATORI & MODERATORI

Prof. Antonio BENEDETTI
Dott. Paolo BERNARDI
Dott. Roberto CAMPAGNACCI
Prof. Stefano CASCINU
Dott. Giambattista CATALINI
Dott. Angelo CAVICCHI
Prof. Francesco CORCIONE
Dott. Gabriele CORRADINI
Dott. Giorgio CUTINI
Dott. Stefano DE LUCA
Prof. Aroldo FIANCHINI
Dott. Antonello FORGIONE
Prof. Roberto GHISELLI
Prof. Mario GUERRIERI
Dott. Luciano LANDA
Prof. Emanuele LEZOCHÉ
Dott. Gian Angelo MARRA
Dott. Gualtiero MAZZOCCONI
Prof. Mario MORINO
Prof. Alessandro M. PAGANINI
Dott. Ivo PATRIZI
Dott. Cristiano PIANGATELLI
Prof. Andrea RISALITI
Dott. Vittorio SABA
Dott. Carlo A. SARTORI
Prof. Massimo SAVIANO
Dott. Emidio SENATI
Dott. Sandro SILENZI
Dott. Giuseppe SINIBALDI
Dott. Walter SIQUINI
Dott. Nadia STORTI
Dott. Franco TEBALDI
Dott. Augusto VERZELLI

Ancona
Ancona
Ancona
Camerino
Senigallia
Napoli
Fermo
Jesi
Civitanova Marche
Ancona
Milano
Ancona
Ancona
Fano
Roma
Novafeltria
Ancona
Torino
Roma
Macerata
Ancona
Ancona
Ancona
Castellfranco Veneto
Modena
Ascoli Piceno
Amandola
Urbino
San Benedetto
Ancona
Fabiano
Pergola

SEGRETERIA SCIENTIFICA
Roberto GHISELLI
Giovanni LEZOCHÉ lezoche@me.com

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
SERVICE ANCONA - Piazza Cavour, 13 - 60121 Ancona
Tel. +39 071 2076090 - Fax +39 071 2084972
info@serviceancona.it

Il congresso è gratuito ed è in corso di accreditamento ECM per medici ed infermieri.
Iscrizione on line sul sito www.serviceancona.it (sezione congressi)

con il contributo:



COVIDIEN

ETHICON
a Johnson & Johnson company

Baxter



STORZ
Karl Storz GmbH

8:30 Introduzione

A. Benedetti
Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia
N. Storti
Direttore Sanitario Ospedali Riuniti di Ancona

8:45 I SESSIONE: STOMACO

Moderatori: L. Landa, G. Corradini
8:45 Opzioni terapeutiche per il cancro gastrico
S. Cascinu
9:00 Resezioni gastriche laparoscopiche
G. Cutini
9:15 Quale linfadenectomia fare?
E. Senati
9:30 Discussione

9:45 II SESSIONE: COLECISTI E VIE BILIARI

Presidente: V. SABA
Moderatori: S. De Luca, F. Tobaldi
9:45 Colectomia NOTES e SINGOL SITE SURGERY (SSS): a che punto siamo?
A. Forgione
10:00 Cause e prevenzione delle lesioni iatrogene delle VB durante colectomia VLP
A.M. Paganini
10:15 Discussione con GB Catalini

10:30 INTERVENTO PREORDINATO

Trattamento laparoscopico delle ernie e dei laparoceli
G. Sinibaldi

10:45 COFFEE BREAK

11:15 III SESSIONE: FEGATO

Presidente: A. FIANCHINI
Moderatori: M. Saviano, G. Mazzocconi
11:15 Tumore della colecisti occasionale: che fare?
I. Patrizi
11:30 Resezioni epatiche per HCC
A. Risaliti
11:45 Resezioni epatiche laparoscopiche
R. Campagnacci
12:00 Discussione

12:15 LETTURA MAGISTRALE

Chirurgia laparoscopica:
cosa è veramente cambiato!
F. Corcione (Presidente S.I.C.E.)

13:00 LIGHT LUNCH

14:30 LETTURA in onore di "Gherard Buess"

TEM, NOTES, SSS: una strada iniziata
20 anni fa
E. Lezoche

15:00 IV SESSIONE: COLON

Moderatori: P. Bernardi, G.A. Marra
15:00 Fast-Track in chirurgia colon-rettale:
vantaggi e problemi
C. Piangatelli
15:15 Resezioni coliche per patologia
non neoplastica
A. Cavicchi
15:30 Colectomia laparoscopica
M. Morino
15:45 Discussione

16:00 V SESSIONE: RETTO

Moderatori: S. Silenzi, W. Siquini
16:00 Total Mesorectal Excision
C.A. Sartori
16:15 TEM: escissione locoregionale
M. Guerrieri
16:30 Diagnosi e trattamento dell'incontinenza
fecale
R. Ghiselli
16:45 Trattamento
del prolasso del retto
A. Verzelli
17:00 Discussione

17:30 Fine lavori



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: **Loggia dei mercanti**

Questo numero è stato chiuso il
31 marzo 2011
Non ci si assume la responsabilità
di eventuali errori di stampa

EDITORIALE

*Si è superata ogni misura,
siamo in balia delle onde* 4

NOTIZIE DALLA REDAZIONE

Campagna postura corretta PEAS 5
*Il mito dell'eroe e la morfologia professionale
dei medici: una linea interpretativa?* 6

BUONA SANITA'

*Giornata di approfondimento in neurochirurgia.
La patologia della regione sellare e sovrassellare* .. 9
*Il medico di Medicina Generale e la "Comunità
amica dei bambini per l'allattamento materno"* .. 11
Ancona 2010, etucomestai onlus 15

ODONTOIATRIA

Implicazioni orali dei disordini alimentari 18

VIAGGIO SENZA BAGAGLIO

La loggia dei mercanti di Ancona 20

INSERTO

*A proposito di vaccinazioni: un commento
al nuovo calendario vaccinale delle Marche* ... 24

DALLA FNOMCeO

*D.M. 30/11/10 inerente ai criteri di valutazione
dell'idoneità psicofisica alla guida di veicoli
a motore* 28
*Certificato preliminare al rilascio della patente
di guida, parere del Ministero della Salute
recante "Quesiti applicativi comma 2 ter
e comma 3 Art. 119 Codice della Strada"* 29
Lettera Vice Presidente E.N.P.A.M. 30

Si è superata ogni misura, siamo in balia delle onde

di Fulvio Borromei

Presidente OMCEO di Ancona

Tutto è diventato difficile, non più a misura di medico e di uomo. I disagi, le difficoltà, le preoccupazioni, l'irrazionalità, le incombenze improprie, stanno progressivamente aumentando, la **mancata memoria storica** verso una professione foriera di civiltà, di democrazia, di rispetto per gli altri, sta progressivamente venendo meno. Tra noi medici ormai serpeggia la sfiducia, l'abbattimento, l'aura di una profonda depressione, che vede abbandonare il campo molti medici che aspettano di andare in pensione.

Questo è un tema ricorrente come se fosse la meta per mettere fine ad una lunga sofferenza, ad un profondo malessere.

Su tutta la parte ancora attiva della professione ormai sovrasta una burocrazia imperante e soffocante che imbriglia il pensiero del medico e lo distoglie dal suo tempo clinico e da quello a cui è chiamato ad operare. Solo una normativa ignorante e fuorviante può costantemente produrre atti amministrativi che pesano sul cuore della professione. A questo ci si aggiunge una maggiore influenza economicistica che è legittima solamente finché ciò non lede la salute del paziente.

Ciò è quanto ha stabilito la Corte di Cassazione, con la sentenza numero 8254 del 02/03/2011, condannando un medico per aver dimesso troppo precocemente un paziente poi deceduto, anche se lo stesso aveva rispettato le linee guida.

Infatti la Cassazione ribadisce che se le linee guida in uso negli ospedali dovessero rispondere solo a logiche economiche, il rispetto delle stesse a scapito dell'ammalato non potrebbe costituire una sorta di salvacondotto

capace di metterlo a riparo da qualsiasi responsabilità penale e civile o anche solo morale, perché non si può essere in contrasto con le conclamate esigenze di cura del paziente.

Ecco quindi spuntare un altro elemento che costringe ancora una volta il medico a dibattersi tra certi aspetti organizzativi non sempre facili da contrastare ed il suo operato di medico.

Questa sentenza comunque attesta che il medico deve operare in scienza e coscienza e secondo i dettami del proprio codice deontologico.

Perché questo si verifichi è necessario che la deontologia sia difesa da noi e riconosciuta dai managers. Perché questo si realizzi dobbiamo trovare la forza e la sinergia professionale nel riconquistare il ruolo di intellettuali nella società ma anche di essere capaci di esprimere **una forte protesta etica ed una grande indignazione** che faccia risvegliare nella società civile la consapevolezza che se muore il medico, la sua deontologia, il suo ruolo del prendersi cura, morirà con lui il diritto alla salute e quindi anche parte della nostra democrazia.

Inoltre questa sentenza deve essere riletta, studiata, discussa con i nostri amministratori e dirigenti sanitari, approfondendone i contenuti, in quanto alcuni di questi contenuti a mio avviso potrebbero venire in nostro soccorso.

Comunque è necessario condividerli, integrarli ed applicarli nell'ottica del nostro Codice Deontologico.

Questa sarà una sfida che il nostro Ordine di Ancona si propone di lanciare a tutta la comunità scientifica e manageriale.

Riceviamo dal dott. Fabbri (Presidente della commissione per la Pubblicità Sanitaria) la seguente missiva, che volentieri pubblichiamo



Campagna postura corretta "PEAS"

Riporto all'attenzione dei colleghi il problema "PEAS". Ricordo a tutti che tempo addietro ci era stato proposto di fare da sponsor (quindi si trattava di sostenere dei costi per la pubblicità sanitaria) per una campagna sulla corretta postura dei ragazzi nelle scuole tramite un leggio da distribuire gratuitamente.

Nel perimetro del leggio sarebbe riportato il nome dello studio sponsorizzante l'iniziativa. Poiché all'Ordine rimanemmo perplessi su alcuni passi dell'iniziativa, chiedemmo ulteriori ragguagli alla Federazione Nazionale che non pienamente convinta sulla correttezza della campagna ha girato a sua volta il quesito al Ministero della Salute, al Ministero della Istruzione e all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

Tutto questo "chiedere" fa capire che qualche problema di non completa assonanza con il nostro Codice Deontologico esiste, quindi, come suggerito dal Presidente CAO Renzo e dal Presidente della Federazione Bianco, per ora stiamo in attesa dei pareri superiori richiesti e aspettiamo ad aderire a questa iniziativa in modo da non rischiare di commettere irregolarità comportamentali in ambito della pubblicità sanitaria.

Federico Fabbri

Consulenza completa nei settori bancario - finanziario - assicurativo - previdenziale

Analisi delle esigenze personali, familiari, lavorative

Verifica della validità delle operazioni già effettuate
in funzione degli obiettivi da raggiungere

Studio di soluzioni personalizzate

Assistenza e monitoraggio costante

**Questo servizio è offerto gratuitamente agli associati, grazie
all'accordo stipulato tra la presidenza e la Financial Advisor
Daniela Renzi, con esperienza ventennale nel settore**

Per appuntamento:

Tel. 071 2072127 - 335 5361985

Fax 071 2077001 - daniela.renzi@allianzbank.it

Corso Stamira, 40 - 60100 Ancona

Allianz  Bank
Financial Advisors

Apriamo questo numero del Bollettino con la lettura magistrale della dott.ssa Vicarelli, tenuta in occasione del festeggiamenti per il centenario dell'Ordine.

Riteniamo che le considerazioni esposte siano un valido spunto di riflessione per tutti i Colleghi. Buon lavoro a tutti.

La redazione

Il mito dell'eroe e la morfologia professionale dei medici: una linea interpretativa?

di Giovanna Vicarelli

Facoltà di Economia G. Fuà - Università Politecnica delle Marche - m.g.vicarelli@univpm.it

Porre l'attenzione sulla genesi e sugli esiti del processo di professionalizzazione della medicina (si veda G.Vicarelli, *Gli eredi di Esculapio*. Medici e politiche sanitarie nell'Italia unita, Roma, Carocci 2010) non può esimerci dal considerare il percorso seguito, le scelte volta a volta individuate, il passaggio dall'una all'altra tappa. Se, infatti, la scelta "del fare racconto" ci ha resi liberi da una diretta interpretazione delle vicende presentate, ciò non di meno sembra utile provare ad enucleare una possibile lettura, quasi forzando una chiave di comprensione sulle molte possibili.

L'ipotesi che si intende formulare è che si possano cogliere nel percorso della professione medica quattro cicli che corrispondono ai cicli tipici dei miti eroici delle culture orientali e occidentali. In essi ci si trova invariabilmente di fronte a un racconto che descrive la nascita miracolosa ma umile dell'eroe (1° ciclo), le sue prime prove di potenza sovrumana (2° ciclo), la rapida ascesa a posizioni di preminenza e di autorità con la lotta trionfante contro le forze del male (3° ciclo), la fallibilità di fronte al peccato di orgoglio (hybris) e quindi la sua caduta a seguito di un tradimento o di un eroico sacrificio che culmina nella morte (4° ciclo).

Volendo, dunque, provare ad adottare un simile espediente si dovrebbero individuare, in primo luogo, le quattro fasi che contraddistinguono i quattro cicli che abbiamo visto far parte del mito dell'eroe. Queste quattro fasi che potremmo chiamare della "genesì", della "prima infanzia", della "adolescenza" e infine

"dell'età giovanile" corrispondono, ci sembra, alle quattro epoche principali che caratterizzano, in Italia, la creazione e lo sviluppo del sistema di welfare sanitario: *welfare residuale, meritocratico autoritario, meritocratico democratico e universalistico istituzionale*. Rispetto, quindi, a queste quattro diverse contestualizzazioni storiche, i quattro cicli del mito dell'eroe possono divenire il filo conduttore attraverso cui leggere la morfologia della strutturazione professionale della medicina in Italia. Ciò significa, provare ad individuare, per ogni fase, i caratteri del rapporto medico-paziente e la configurazione professionale che su di esso è andata proponendosi.

Il *primo ciclo* del mito eroico sembra facilmente corrispondere all'epoca liberale in cui lo stato italiano presenta un modello di welfare residuale con scarsissimo impegno per la tutela e la protezione sanitaria della popolazione. Qui i medici assumono atteggiamenti liberali ed innovatori che si coniugano con l'esigenza di trovare una specifica legittimazione e promozione professionale. L'utopia igienista che scaturisce dalle acquisizioni della scienza medica in tema di patologia e batteriologia, diviene, assieme alle riforme Crispine del 1888 e del 1890, una modalità di coagulo degli interessi e delle idealità dei medici italiani. Due anime percorrono l'associazionismo e la pubblicistica medico-politica di questi anni. La prima, sostenuta dai clinici e dagli uomini più vicini al potere politico, ritiene che il medico-tecnico debba essere un intellettuale organico al progetto di costituzione

e consolidamento dell'unità politico-amministrativa del paese. La seconda, fatta propria dal vasto numero dei medici condotti, rivendica al medico il ruolo di *avvocato della salute popolare*, cioè di coscienza sanitaria del paese e vigile tutrice del suo risanamento. Nel complesso i medici tendono a proporsi come una *élite modernizzante* volta al risanamento e allo sviluppo del paese mediante le competenze cliniche che andavano diffondendosi nelle università italiane e soprattutto attraverso i precetti di una medicina preventiva e sociale, di cui il positivismo era stato il primo motore. Con questa strategia i medici, pur perseverando in una *clinica ad personam* improntata al paternalismo e rivolta verso una popolazione afflitta da un analfabetismo endemico, vengono ad adeguarsi ad una modalità di difesa collettiva della popolazione, rivolta sempre più *ad societatem*...

Il secondo ciclo sembra corrispondere al Ventennio fascista in cui le politiche di welfare meritocratico danno avvio ad un sistema sanitario che procede verso una netta modernizzazione e specializzazione, seppure in forme autoritarie. Ai medici e alle politiche sanitarie viene riconosciuto, infatti, il compito di *controllare* il comportamento delle nuove generazioni di italiani, secondo un processo di medicalizzazione del lavoro, della famiglia e del tempo libero che esalta il potere della medicina scientifica, ma la subordina agli interessi del regime. La malattia, in questa nuova visione, non nasce solo dall'esterno, dall'ambiente economico e sociale, ma trova le sue basi esplicative nella configurazione psico-fisica degli individui che vengono sempre più additati come i veri responsabili del proprio malessere, al quale possono ovviare con comportamenti lavorativi, nutrizionali e sessuali adeguati, codificati dalla scienza medica. Di fronte, poi, all'insorgere del male sarà compito della medicina specialistica ed ospedaliera di intervenire con i nuovi mezzi tecnologici e farmaceutici messi a disposizione dalla scienza. I medici debbono trovare, però, un difficile equilibrio occupazionale tra il rinnovato sistema degli Istituti di assistenza e beneficenza (Ipab), l'intricato tessuto mutualistico e una struttura di igiene e sanità pubblica sempre

più deteriorata. Mentre, infatti, si accrescono le possibilità occupazionali, si ampliano le differenze sociali all'interno della categoria i cui livelli di reddito e di stabilità del lavoro non sono sempre adeguati alle relative responsabilità. I medici, inoltre, ovunque siano posizionati (nelle condotte, nelle mutue, negli ospedali o nelle cliniche universitarie), non riescono ad esprimere una compiuta attività terapeutica, almeno fino a quando la rivoluzione dei sulfamidici e degli antibiotici non darà loro una forza curativa fino ad allora inimmaginabile. In attesa di questa svolta, che si prospetterà alla fine degli anni Trenta, essi si limitano ad essere *curanti* nel senso di essere attenti ai bisogni dei loro pazienti, coniugando alle accresciute possibilità diagnostiche una attenzione umana spesso consolatrice, seppure entro una relazione asimmetrica di potere e distinzione sociale.

Il terzo ciclo evolutivo della professione medica italiana corrisponde al secondo dopoguerra fino agli anni Settanta, quando si decide di dar seguito al modello di welfare meritocratico, creato nel fascismo, seppure entro una cornice più ampia e democratica. All'incremento della copertura mutualistica fa da riscontro una rete di strutture assai eterogenee sperequate tra loro cui si affianca il mancato riordino del sistema ospedaliero, così che lo sviluppo del settore avviene entro i limiti di una regolazione che risale alla normativa crispina del 1890. Nasce da qui la prospettiva (a partire dal 1968) di un inquadramento dei medici ospedalieri nel pubblico impiego che, però, non intacca l'autonomia professionale che dovrà essere garantita in termini tecnici, senza ingerenze da parte dell'amministrazione ospedaliera, e in termini economici con il mantenimento delle peculiarità retributive del medico e la sua possibilità di svolgimento della pratica libero-professionale. Una posizione ibrida che si lega a quella altrettanto complessa dei medici mutualisti che si muovono tra opzioni di assistenza indiretta per tutta la mutualità e opzioni di assistenza diretta disciplinata da regole e garanzie. Tuttavia, quello che si rimprovera ai medici di questo periodo, almeno da parte dei gruppi più critici dell'arco politico istituzionale o da parte dei movimenti

sociali che nascono negli anni Sessanta e Settanta (movimento antipsichiatrico, dei giovani, delle donne ecc), è il ruolo di *custodi dell'ordine* sociale che essi accettano di esercitare pur in un contesto economico-politico molto differente da quello del Ventennio fascista. Ne consegue che, mentre nel rapporto interpersonale medico-paziente inizia a prevalere l'idea di una somma oggettuale di *organi* contro la visione generale di un organismo e di un soggetto malato, nel rapporto medico-società il punto critico diventa quello di una dimenticata coscienza del ruolo attivo della medicina nella promozione sanitaria e nel benessere delle comunità di appartenenza, almeno da parte di larghi strati maggioritari della professione.

Con la quarta fase si entra nell'ultimo periodo corrispondente alla nascita e alla trasformazione di un sistema di welfare universalistico istituzionale le cui difficoltà di attuazione hanno interessato gli ultimi decenni del secolo. Qui, nel nuovo rapporto medici-stato, vengono a pesare sia uno scambio politico che diverrà una merce frequente in molte delle negoziazioni future; sia una crescente commistione tra professione e politica, senza dimenticare l'implicazione della professione nei "comitati di affari" che si sviluppano in questi stessi anni all'interno della regolazione pubblica. L'aziendalizzazione della sanità diviene così una delle strade possibili per salvaguardare e rilanciare il modello universalistico statuito dalla legge 833. Lo spirito manageriale viene, infatti, contrapposto alla gestione burocratica di tipo tradizionale, lenta, inefficiente e talvolta corrotta. Tuttavia, poiché in un sistema aziendalizzato oggetto di controllo sono le stesse scelte cliniche, si determina, a partire da questo momento, una evidente sovrapposizione di sfere di competenza tra medici e manager che non sono più collocati, come in passato, in aree separate, con due distinte linee di autorità, ma all'interno della stessa azienda sanitaria con forme di controllo molto più complesse. A ciò si aggiunga che anche se il mito del progresso sembra in questi anni crollare di fronte ad futuro imprevedibile, l'ideologia scienziata è ancora presente anzi, essa si rende autonoma da ogni limiti etico, pro-

clamando come un'evidenza incontrovertibile che "tutto è possibile" o che dovrebbe esserlo. Di conseguenza, le conquiste mediche di questi anni, sempre più rivolte *ad cellulam* anziché *ad organum*, preconizzano un mondo senza frontiere e senza divieti alimentano un immaginario che gli uomini (e soprattutto i giovani) non considerano più una promessa, ma un diritto.

Il quarto ciclo dei miti eroici prevede la fallibilità dell'eroe di fronte al peccato di *hybris* e quindi la sua caduta a seguito di un tradimento o di un sacrificio che culmina nella morte. Quest'ultima fase nella storia professionale medica è, evidentemente, tutta da scrivere, poiché soltanto ora ci si trova alle soglie di una possibile crisi della professione, di cui non si intravedono ancora gli esiti. Tuttavia, nella psicologia junghiana i miti eroici hanno un duplice significato sia per gli individui che per le collettività. Essi starebbero ad indicare, non solo un passaggio reale da una fase all'altra della vita, ma soprattutto un modo per scoprire e affermare la propria personalità. Il mito avrebbe, cioè, la funzione essenziale di sviluppare la coscienza dell'Ego – della consapevolezza della sua forza e della sua debolezza – in modo da fornirgli gli strumenti adatti per far fronte agli ardui compiti che la vita gli presenta. Una volta che l'io (individuale o collettivo) abbia raggiunto la quarta fase e quindi la morte dell'eroe, entra nella fase matura della vita.

Se questa interpretazione venisse utilizzata ai nostri fini, si potrebbe affermare che la categoria medica è arrivata alla quarta fase del proprio percorso di strutturazione professionale in cui, lasciate alle spalle le proposizioni eroiche tipiche dell'infanzia, adolescenza e giovinezza, sta raggiungendo, proprio attraverso la propria crisi, una *maturità* basata sulla coscienza tanto dei propri limiti quanto delle proprie potenzialità. Una fase in cui la consapevolezza della complessità degli attuali sistemi sociali e sanitari diventa la base di un confronto fattivo con se stessa e il mondo ad essa circostante, in una logica tanto creativa quanto utile a riconfermare l'obiettivo ultimo della sua esistenza: la ricerca, cioè, del benessere possibile per l'uomo.

Giornata di approfondimento in neurochirurgia. La patologia della regione sellare e sovrassellare Ancona 29/01/11

di R.A. Ricciuti, F. Rychlicki

S.O.D. di Neurochirurgia - Ospedali Riuniti di Ancona

Il 29 gennaio si è tenuto presso l'aula degli ospedali riuniti di Ancona, Sandro Totti, un incontro scientifico riguardante la patologia dell'ipofisi e della regione sellare soprastante, organizzato dal Dott. Ricciuti e dal Prof. Rychlicki, Dirigente Medico e Direttore del Reparto di Neurochirurgia di tale azienda.

La riunione, inaugurata dalla Dr.ssa Nadia Storti, Direttore Sanitario degli Ospedali Riuniti, è durata tutta la giornata, ed ha visto, tra i Relatori, diverse autorità nel campo della neurochirurgia nazionale. E' intervenuto, nella qualità di ospite d'onore, l'anatomico francese, già Rettore dell'Università di Montpellier, il Prof. Pierre Rabisshong che ha tenuto un'interessante lezione magistrale a metà mattinata.

"L'incontro", afferma il Dott. Ricciuti, "è stato recepito da molti Colleghi, neurochirurghi, endocrinologi, neurologi, radioterapisti e medici di medicina generale che sono intervenuti ed hanno partecipato attivamente alla discussione".

Le tecniche chirurgiche, quali l'avanzamento dell'endoscopia ad alta definizione e tridimensionale, nel trattamento di patologie che riguardano il basicranio, sono certamente alla base di una migliore gestione clinica dei malati.

Malati che devono essere valutati, come sempre più accade in medicina, in ambito multidisciplinare con i colleghi endocrinologi e radioterapisti per poter inquadrare la specifica necessità terapeutica ed il momento migliore per intervenire.

E' stato sottolineato quanto siano aggressive le patologie caratterizzate dall'ipersecrezione ormonale come l'acromegalia (ipersecrezione di GH, l'ormone della crescita) e la malattia di Cushing (ipersecrezione di ACTH e Cortisolo) che possono compromettere, anche in maniera importante, la qualità e l'aspettativa della vita. Basti pensare che la malattia di Cushing può provocare una riduzione della sopravvivenza del 50% a 5 anni dal suo inizio.

In tali circostanze, la chirurgia deve cercare di ottenere l'asportazione completa della malattia e nei casi in cui questo non è ottenibile, l'associa-



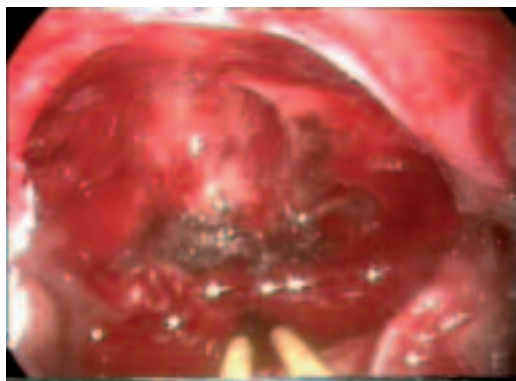
Visione endoscopica dopo l'apertura della dura madre ed iniziale rimozione dell'adenoma

zione della radioterapia può migliorare la prognosi del paziente.

Interessanti passi in avanti sono stati evidenziati dalla possibilità di somministrare nuovi farmaci che possono contenere o ridurre la quota delle lesioni, rendendole più suscettibili alla resezione chirurgica. Il Dott. Arnaldi della Clinica Endocrinologica ne ha sintetizzato l'efficacia e le indicazioni.

Importanti osservazioni sono state condotte nel contesto dei macroadenomi così chiamati non secernenti perché non accompagnati da ipersecrezioni patologiche di ormoni. In questi casi vanno contenuti i possibili disturbi causati dalla compressione sulle strutture vicine e la possibilità di verificarsi un'apoplessia pituitaria, una catastrofica, anche mortale, complicanza dei grossi macroadenomi.

La chirurgia degli adenomi dell'ipofisi, va sottolineato, non è priva di rischi anche gravi. Questo perché viene manipolata la ghiandola endocrina più importante del corpo umano che si trova in una sede anatomica molto delicata, adiacente a strutture di importanza vitale. Le tecniche chirurgiche e la collaborazione tra le diverse figure professionali possono ottenere un miglioramento della prognosi in termine di qualità della vita e della sopravvivenza.



Visione endoscopica intrasellare, nella cavità del tumore, dopo l'asportazione di questo

L'importanza del medico di medicina generale è fondamentale per il precoce riconoscimento di tali patologie, in particolare di quelle legate ad ipersecrezione ormonale. Sindromi cliniche, come l'apnea notturna, possono ad esempio nascondere una malattia acromegalia in stato iniziale.

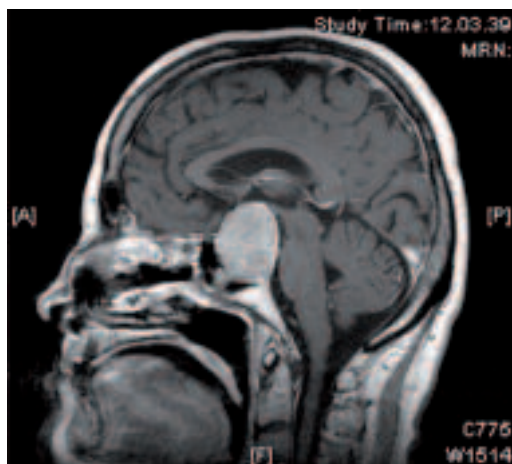
Le patologie che riguardano la regione sopra sellare, sono anch'esse perlopiù benigne. In realtà la benignità in questi casi è relativa, basti pensare al craniofaringioma, tumore che prende origine dai residui della tasca di Rathke e può essere localizzato dalla regione intrasellare fino a quella centrale dell'encefalo. Questi tumori sono difficilmente asportabili in maniera totale senza provocare danni importanti sugli aspetti neuropsicologici e funzionali del paziente. Anche nella gestione di tali malattie va considerata la possibilità di associare alla chirurgia, la radioterapia. I meningiomi, infine, altra patologia ampiamente

discussa durante la riunione, rappresentano una sfida della tecnica chirurgica perché possono essere curabili, in maniera definitiva, in un'alta percentuale dei casi, se asportati completamente, ma questo non sempre è possibile.

L'incontro tenutosi presso l'Azienda Ospedali Riuniti di Ancona ha rappresentato un importante momento per un confronto tra le diverse figure professionali che si trovano a gestire, in momenti diversi, pazienti portatori di patologie della regione sellare e sovra sellare. Solo con la collaborazione dei vari specialisti, si può indicare l'approccio terapeutico più appropriato in un determinato momento per il singolo paziente.

A riprova di quanto sopra detto, il Dott. Ricciuti ed i medici dell'unità di Neurochirurgia, collaborano da anni con i colleghi della Clinica di Endocrinologia, in particolare nelle persone del prof. Marco Boscaro (Direttore della Clinica) e del Dott. Giorgio Arnaldi, riferimenti nazionali nel campo delle patologie dell'asse ipotalamo ipofisario, e con i Colleghi del servizio di Radioterapia, nella persona del Dott. Massimo Cardinalli (Direttore). I casi clinici vengono discussi durante gli incontri e si condividono le diverse indicazioni terapeutiche che possono riguardare trattamenti medici, chirurgici, radioterapici oppure un associazione di questi.

Da circa un anno è attivo un servizio ambulatoriale specifico delle malattie della regione sellare e di neurochirurgia endocrina (Patologia Sellare e Sovrasellare). Per ottenere un appuntamento è sufficiente rivolgersi al CUP con la richiesta, da parte del proprio Medico di Medicina Generale di visita neurochirurgica per patologia ipofisaria o della regione sellare.



RMN pre-operatoria che documenta la presenza di un grosso macroadenoma ipofisario non - secernente che comprime il chiasma ottico



RMN encefalo post-operatoria che documenta l'asportazione del grosso macroadenoma

Il Medico di Medicina Generale e la “Comunità Amica dei Bambini per l’Allattamento Materno”

L’allattamento al seno è universalmente riconosciuto dalle organizzazioni scientifiche e mediche mondiali come la norma biologica per nutrire i neonati.

Secondo le indicazioni dell’Organizzazione mondiale della sanità (OMS), dell’UNICEF e dell’Unione Europea, recepite anche dal nostro Ministero della Salute, si raccomanda l’allattamento al seno esclusivo fino ai sei mesi compiuti del bambino e, successivamente, per due anni e oltre, secondo il desiderio della mamma e del bambino.

I vantaggi dell’allattamento al seno sono molteplici.

I primi sono di tipo nutrizionale: il latte materno infatti contiene nutrienti ottimali per essere considerato alimento necessario e sufficiente a coprire i fabbisogni del bambino nei primi 6 mesi di vita, favorisce la crescita del bambino e condiziona le caratteristiche fisiologiche della nutrizione futura. Altri vantaggi rientrano nella logica di protezione individuale: il bambino allattato al seno materno presenta migliori e più efficaci difese nei confronti delle infezioni virali e batteriche, delle allergie e di al-

cune malattie da alterata risposta immunitaria. Infine si annoverano vantaggi di tipo psicologico: l’allattamento al seno facilita il rapporto madre neonato; attaccato al seno il bambino ascolta la voce della madre, ne sente l’odore e il calore della pelle, si rilassa e la sua attività respiratoria diventa più regolare. Dal canto suo la madre riceve stimolazioni somatosensoriali, avverte una profonda sensazione di benessere, si sente gratificata e realizzata.

Le donne che allattano al seno hanno minore incidenza di carcinoma alla mammella, di neoplasia dell’ovaio e di osteoporosi durante la menopausa; inoltre presentano una maggiore facilità a tornare al peso pregravidico per l’alto consumo energetico dovuto alla produzione del latte.

La promozione, la protezione ed il sostegno dell’allattamento al seno sono da considerare un obiettivo strategico di salute pubblica, poiché sono tra gli interventi più efficaci per il miglioramento della salute dei bambini, ed i loro benefici ricadono anche sulle madri, le famiglie, la collettività, il sistema sanitario e sociale, l’ambiente e la società in generale (*riquadro 1*).

Riquadro 1: Benefici dell’allattamento al seno rispetto all’allattamento artificiale

Per il bambino:

- Minore incidenza di SIDS (Sudden Infant Death Syndrome)
- Minore incidenza di alcune malattie infettive (diarrea, otiti, infezioni respiratorie, meningiti), asma e allergie
- Prevenzione diabete e obesità infantile
- Minor incidenza di enterocolite necrotizzante del neonato
- Prevenzione di M. di Crohn e colite ulcerosa
- Minor incidenza di alcune forme di leucemia e M. di Hodgkin

Per la madre:

- Minor rischio di sviluppare cancro ovarico e cancro mammario in età pre-menopausale; la riduzione del rischio è proporzionale al numero di mesi di allattamento
- Riduzione rischio di sviluppare osteoporosi
- Ridotto rischio di emorragie post-partum e più rapida ripresa dopo il parto
- Più rapido recupero del peso corporeo; minor rischio di obesità a lungo termine

Benefici per la società:

- Riduzione delle spese sanitarie grazie al miglioramento dello stato di salute di madre e bambino
- Riduzione dei giorni astensione dal lavoro per assistere i figli ammalati
- Risparmio dei costi per l’acquisto del latte formulato
- Risparmio di risorse ambientali (elettricità, acqua) utilizzate per la preparazione del latte in formula e limitazione dei rifiuti
- Riduzione delle disuguaglianze sociali, in quanto il latte materno non comporta costi aggiuntivi per le famiglie

Nonostante questo bagaglio di conoscenze, esistono ancora numerosi ostacoli all'allattamento al seno dovuti a motivi sociali, economici e culturali.

Se dovessimo rispondere in estrema sintesi alla domanda: "Come e quanto i bambini vengono allattati al seno oggi in Italia?" potremmo rispondere: "Non lo sappiamo, ma certamente molto meno rispetto alle attuali raccomandazioni delle organizzazioni scientifiche internazionali". Il dato comune che emerge dal confronto di ricerche condotte a livello nazionale e locale è la drastica riduzione dei tassi di allattamento materno esclusivo a 3, 6 e 9 mesi di vita rispetto all'avvio, fino ad una prevalenza ad un anno prossima allo 0%.

Quali sono i determinanti che contribuiscono al successo dell'avvio dell'allattamento al seno ed al suo mantenimento nel tempo? Le condizioni della madre, del bambino e della famiglia (età, parità, stato di salute fisica e psicologica, precedenti esperienze di allattamento, livello d'istruzione, occupazione, sostegno del partner e dei familiari), le pratiche intraprese nei punti nascita (tipo di parto, qualità dell'assistenza al parto e delle cure post-natali, rooming-in, limitazione della precoce somministrazione di liquidi, disincentivazione dell'uso di formule adattate), la qualità dell'informazione sull'allattamento materno, la

professionalità e l'esperienza degli operatori dedicati all'allattamento sono tutti fattori decisivi per un buon avvio dell'allattamento.

Per questo nel 1992 l'OMS-UNICEF lanciò la Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), o **"Ospedale Amico del Bambino per l'allattamento materno"**, per promuovere a livello internazionale la pratica dell'allattamento al seno basata sull'attuazione nei reparti ospedalieri dei cosiddetti "10 Passi", pratiche di dimostrata efficacia per il successo dell'allattamento al seno (*riquadro 2*).

Fino ad oggi nel nostro Paese 20 Ospedali sono stati riconosciuti dall'OMS-UNICEF come "Amici dei Bambini"; tra questi, hanno ottenuto il prestigioso riconoscimento l'**Ospedale di Osimo** nel febbraio 2007 e riconfermato nel 2010, l'**Ospedale di Recanati** e l'**Ospedale di Civitanova Marche** nel giugno 2010.

La promozione e il sostegno all'allattamento, tuttavia, non devono e non possono esaurirsi nell'ambiente ospedaliero: affinché i tassi di allattamento alla dimissione ospedaliera siano mantenuti nel tempo, è necessario che la mamma e il bambino vengano accolti e accompagnati sul territorio anche dopo la dimissione.

A tal fine dal 2006 l'OMS-UNICEF ha definito un percorso di riconoscimento anche per le

Riquadro 2: I 10 Passi per proteggere, promuovere e sostenere l'allattamento al seno

Ogni punto nascita e di assistenza al neonato dovrebbe:

1. Definire una politica aziendale e dei protocolli scritti per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario.
2. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.
3. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno.
4. Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno entro mezz'ora dopo il parto.
5. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattr'ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.
8. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento.
9. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.
10. Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica.

Riquadro 3: I 7 passi per una Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno

1. Definire una politica aziendale per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale.
2. Formare tutto il personale per attuare la politica aziendale.
3. Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie sui benefici e sulla pratica dell'allattamento al seno.
4. Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno.
5. Promuovere l'allattamento al seno esclusivo fino ai 6 mesi compiuti, l'introduzione di adeguati alimenti complementari oltre i 6 mesi e l'allattamento al seno prolungato.
6. Creare ambienti accoglienti per favorire la pratica dell'allattamento al seno.
7. Promuovere la collaborazione tra il personale sanitario, i gruppi di sostegno e la comunità locale.

strutture socio-sanitarie territoriali: la BFCI (Baby Friendly Community Initiative) **"Comunità Amica dei Bambini per l'allattamento materno"** nel Distretto sanitario. La BFCI, parallelamente ai 10 passi della BFHI, si basa sull'adozione dei "7 Passi" (riquadro 3).

In tutte e due le iniziative (BFHI e BFCI) le Strutture devono inoltre garantire il rispetto del Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive pertinenti risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

Quale contributo può apportare il Medico di Medicina Generale per fornire alle donne informazioni adeguate e per sostenere l'allattamento al seno? Tra gli attori presenti sul territorio il MMG ricopre una posizione particolarmente fortunata: si stima che un MMG abbia ogni anno circa 12 assistite gravide, ciascuna con 6 accessi al suo studio in gravidanza, e altri 4 ogni semestre dopo il parto (estrapolazione indicativa da indagini nazionali Eurisko, anno 2007). Ciò offre al MMG molte occasioni di orientare le donne verso l'allattamento e grandi opportunità di supportare l'allattamento materno in atto.

Poche altre figure professionali hanno tante e tali possibilità di seguire e accompagnare le donne e le loro famiglie prima, durante e dopo la gravidanza e il parto, anche nel lungo periodo; il MMG inoltre conosce -presumibilmente- la donna e il suo contesto sociale e familiare ancor prima che si instauri la gravidanza e possiede già gli strumenti per ottimizzare una strategia comunicativa personalizzata ed efficace.

A fronte di questi grandi vantaggi, è tuttavia innegabile che la formazione specifica del MMG sull'allattamento al seno è troppo spesso insufficiente a sostenerlo nella pratica. Il MMG non è percepito dalle utenti come un professionista esperto di allattamento al seno: le occasioni in cui si ricorre al MMG si limitano perlopiù alla richiesta di indicazioni sull'assunzione di farmaci durante l'allattamento o in caso di malattia concomitante della madre.

Nell'ambito dell'iniziativa "Comunità Amica dei Bambini" viene dedicata particolare attenzione alla formazione anche dei MMG. I corsi di formazione verteranno in particolare sulle basi dell'anatomia e la fisiologia della lattazione, sulla corretta gestione dell'allattamento, sui benefici dell'allattamento al seno per madre e bambino, sui rischi di un'alimentazione con formula, sulle (vere e false) controindicazioni all'allattamento al seno, sui farmaci compatibili con l'allattamento ed infine sulla corretta gestione e prevenzione dei principali problemi che possono insorgere durante l'allattamento.

Il MMG ha l'opportunità di diventare un **protagonista attivo**, uno degli elementi di continuità tra l'Ospedale/punto nascita e i servizi territoriali, che collabora con gli altri operatori a contatto con le donne in gravidanza e le madri nel fornire informazioni, sostegno, indicazioni sia sulle risorse disponibili in caso di difficoltà o dubbi, sia sui luoghi e strutture (sanitarie e non) dove è favorito l'allattamento al seno.

Per quanto la sfida lanciata dalla ZT7 con la proposta di adesione al progetto BFCI possa sembrare impegnativa e ambiziosa, essa rap-

presenta anche un'occasione preziosa per riportare la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno tra le priorità di salute nel nostro territorio.

Adottando il punto di vista degli interessi della Comunità, i vantaggi potenziali dell'allattamento sulla salute di donne e bambini sono confrontabili con altri interventi indiscussi, come ad esempio i programmi di vaccinazione obbligatoria o di screening mammografico. L'allattamento al seno è da considerare un'area "fertile", con altissima remunerazione (in termini di salute) delle risorse investite.

Per il MMG e per gli altri attori coinvolti il percorso per l'accreditamento di "Comunità amica dei bambini" è una straordinaria opportunità di migliorare le proprie competenze in un campo troppo a lungo trascurato e di collaborare con gli altri operatori presenti sul territorio e in Ospedale, ma soprattutto è l'occasione per rendersi protagonisti di un processo di cambiamento culturale i cui benefici ricadono sull'intera società.

Rita Gatti - Responsabile U.O. Attività Consultoriali Distretto Sud ZT7

Grazia Pompilio - Ostetrica Consultorio Familiare Loreto

Margherita Giuliadori - Medico Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale Castelfidardo

Con la collaborazione di:

Maria Enrica Bettinelli - Coordinatrice UNICEF Italia attività relative al progetto Comunità Amiche dei Bambini per l'Allattamento Materno - Responsabile progetto allattamento ASL di Milano

Marco Morbidoni - Responsabile U.O. Epidemiologia - ZT7 di Ancona

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. *The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation.* Geneva: WHO, 2001
2. Fewtrell MS et al. *Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations?* Am J Clin Nutr. 2007 Feb;85(2):635S-638S
3. Cattaneo A et al.: *Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007.* Public Health Nutrition, 2010, 13:751-759
4. Conti-Nibali S et al. *La pratica dell'allattamento al seno in Italia.* Medico e Bambino 1998; 1:25-29. ACP Roma.
5. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. *Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action.* European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004.
6. UNICEF-Italia: Ospedali e Comunità Amici dei Bambini uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. *Standard per le Buone Pratiche.* 2009.
7. Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA; U.S. Preventive Services Task Force. *The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force.* Ann Fam Med. 2003 Jul-Aug;1(2):70-8.
8. Donzelli A. *Come proteggere e sostenere l'allattamento al seno.* Pillola di ES 31, CIS ottobre 2007
9. Cattaneo A et al. *Infant feeding and cost of health care: A cohort study.* Acta Paediatrica 2006; 95: 540-546



Ancona 2010, etucomestai onlus

Siamo un piccolo gruppo di anestesisti-rianimatori e infermieri d'area critica, molto amici da più di trent'anni, che ha sviluppato progressivamente una forte sensibilità ai temi delle cure domiciliari e delle cure palliative.

Abbiamo affrontato una formazione specifica in questi temi e, quando ci siamo sentiti pronti, anche in virtù dell'esperienza acquisita nei tanti anni di lavoro, ci siamo attivati per metterci in gioco ed essere operativi nel campo del volontariato che offre esempi magnifici di competenza e attività. Se è vero che in Italia la cura a domicilio è una realtà "a macchie di leopardo", ciò è ancora più vero nelle Marche dove tra città e città esistono enormi differenze. Nella nostra città abbiamo trovato difficoltà ad inserirci in organizzazioni esistenti e dato che siamo un gruppo che non si lascia scoraggiare facilmente abbiamo preso il coraggio a due mani e abbiamo fondato la nostra associazione. Il nome, etucomestai, vuol essere una domanda che coinvolge e suggerisce il valore della reciprocità che è il fine e il metodo del lavoro proposto.

Il nostro intento è quello di dare aiuto e affiancare il gruppo di assistenza e cura (familiari, medico di famiglia, infermiere, medici dell'ospedale, fisioterapisti ecc..) nei casi gravi e complessi dove una grande esperienza nella pratica di cura intensiva può essere di utilità concreta per il malato.

Ci siamo mossi con estrema cautela nelle istituzioni per non "pestare i piedi" a nessuno ed esplicitare la nostra volontà di collaborazione e non di competizione. Siamo attivi da un anno e un primo bilancio ci indica oltre alle difficoltà i piccoli successi raggiunti: siamo riusciti ad evitare qualche ricovero ospedaliero, ci siamo occupati di rivedere i protocolli di broncoaspirazione in pazienti portatori di cannula tracheostomica, abbiamo sostenuto una famiglia nella difficile fase di accompagnare un proprio caro in fase terminale, abbiamo migliorato la logistica e la spesa per l'alimentazione di una bimba in coma da anni, abbiamo aiutato un marito anziano nella gestione quotidiana della moglie con un arto inferiore amputato occupandoci anche della



depressione e del controllo del dolore di questa donna, abbiamo, ove possibile e d'accordo con il medico curante ridotto i farmaci che sono sempre tanti.

Il bisogno di aiuto delle famiglie è grande e altrettanto grande da parte loro è l'apprezzamento di un lavoro svolto con prudenza, competenza e senza fretta fermandosi a parlare con il malato e i familiari e suggerendo, d'accordo con i medici curanti, qualche cambiamento di percorso volto a migliorare la qualità della vita.

Siamo, come ricordato all'inizio, un piccolo gruppo e quindi riusciamo a seguire un numero limitato di pazienti, attentamente selezionati su indicazione delle strutture territoriali. Saremmo felici di accogliere nella nostra associazione medici, infermieri ed altre figure professionali che condividano con noi i principi della solidarietà e del volontariato.

Erina, Milena, Sofia, Roberta, Maria e Renato

Implicazioni orali dei disordini alimentari

Dott.ssa Chiara Brugnamì - Dott. Federico Fabbri

I disordini alimentari rientrano tra le patologie di carattere psichiatrico e possono essere classificati in base all'International Classification of Diseases (1992) in: anoressia nervosa, bulimia nervosa, anoressia nervosa atipica, bulimia nervosa atipica (simili ai disturbi alimentari non altrimenti specificati), vomito associato ad altre condizioni psicologiche e perdita psicogena dell'appetito.

Ancora oggi siamo molto lontani dal comprendere in modo soddisfacente le cause di questi disturbi e il come si possa intervenire efficacemente sia in termini di prevenzione che di terapia, però sappiamo bene che l'alterato regime alimentare determina complicazioni, spesso anche gravi, dal punto di vista metabolico, morfologico e funzionale. Anche il cavo orale ne subisce le conseguenze.

I pazienti affetti da disordini alimentari possono presentare varie manifestazioni.

Innanzitutto l'erosione dentale, che si osserva maggiormente sulla superficie palatale dei denti ed è determinata da più fattori come il vomito auto-indotto (acidi intrinseci), la ripetuta assunzione di frutta e succhi per il loro effetto lassativo (acidi estrinseci), l'assunzione di bevande gassate ad alto tasso di acidità o caffeina durante l'intensa attività fisica, l'uso continuo di chewing gum per calmare la fame e le abitudini di igiene orale inadeguate. Alterazioni della sensibilità e/o dolori dentali ne sono una conseguenza prevedibile, con ovvia, facile insorgenza della carie.

Di solito, se la fonte principale di acidi è intrinseca, le erosioni si manifestano a livello palatale o linguale mentre in presenza di acidi estrinseci, sono più interessate le superfici occlusali o buccali. Non sempre però questo schema è mantenuto e le erosioni sono presenti a livello di tutte le superfici dentali. Inoltre lo scarso apporto di vitamine e minerali può portare ad una diffusa atrofia dei tessuti mucosi, come per esempio la carenza delle

vitamine del gruppo B, fondamentali per il normale rinnovo delle cellule epiteliali, che determina l'insorgenza di glossiti atrofiche associate a eritemi.

A causa dell'azione meccanica di oggetti utilizzati come stimolo per provocare l'emesi e degli acidi organici che provocano erosioni epiteliali, possono insorgere lesioni ai tessuti molli del palato.

Anche il parodonto subisce le conseguenze delle carenze alimentari ed è soprattutto il deficit di vitamina C a determinare l'insorgenza di gengiviti. I problemi ai tessuti marginali del dente, nelle persone che soffrono di disturbi dell'alimentazione, non dipendono solamente dall'apporto nutrizionale sbilanciato o insufficiente. Infatti le stesse ragioni psicologiche che portano ad un rapporto conflittuale col cibo, possono spingere alcuni soggetti a trascurare l'igiene orale, cosicché gengiviti e maggior rischio di parodontiti ne sono la conseguenza più diretta. Non è invece chiaro se i pazienti affetti da disordini alimentari abbiano un'esperienza di carie diversa rispetto alla popolazione sana. Alcuni autori non hanno trovato differenze, altri hanno notato una maggiore prevalenza della carie nei pazienti bulimici, mentre altri ancora sostengono che i pazienti affetti da disordini alimentari hanno un minor numero di carie. Per questo motivo la valutazione del rischio deve essere effettuata su base individuale, tenendo conto delle abitudini individuali (tipo e frequenza di assunzione degli alimenti), delle abitudini di igiene orale (strumenti utilizzati, frequenza) e dei farmaci assunti per la terapia sistemica.

I pazienti con disordini alimentari possono essere affetti da xerostomia per l'abitudine al vomito, per l'assunzione di lassativi-diuretici e per un'eventuale terapia con farmaci antidepressivi. La scialoadenosi, cioè il gonfiore delle ghiandole salivari con prevalenza della parotide non a carattere neoplastico o infiammatorio è

talmente diffusa da essere considerata un segnale per l'odontoiatra e dovrebbe spingerlo a sospettare la possibile presenza di disordini alimentari. Anche l'abuso di farmaci antidepressivi può determinare una riduzione del flusso salivare nei pazienti affetti da disordini alimentari. Nei soggetti bulimici è stata anche osservata la presenza di scialometaplasia necrotizzante, malattia flogistica di natura non chiara che può essere confusa con un carcinoma. L'ipertrofia, che di solito è asintomatica ed intermittente, sembra seguire di qualche giorno le abbuffate e l'autoinduzione del vomito. A volte le mucose orali presentano lesioni di natura traumatica, determinate dall'assunzione di grandi quantità di cibo in un lasso di tempo ridotto e dall'autoinduzione del vomito che, frequentemente, viene determinata dalla stimolazione della zona del palato usando oggetti capaci di provocare ematomi e abrasioni palatali. In presenza di xerostomia, scarsa igiene orale e malnutrizione possono verificarsi glossite e ulcerazioni delle mucose, cheilite angolare, candidosi.

Un'ultima considerazione è dedicata all'assunzione dei bifosfonati. Alcune volte i pazienti che soffrono di anoressia nervosa fanno uso di questi farmaci per combattere osteoporosi e osteopenia. In base alle ultime ricerche i bifosfonati, in particolare quelli contenenti azoto come alendronato-zolendronato-ibandronato-ecc., rallentano il metabolismo degli osteoclasti e hanno un effetto inibente l'angiogenesi, mostrando una indubbia validità nel trattamento definitivo o provvisorio di patologie metaboliche e neoplastiche ossee, ma evidenziando sempre più numerosamente negli ultimi tempi casi di necrosi ossea avascolare dei mascellari (Bisphosphonates Osteonecrosis of Jaws—B-ONJ) in seguito ad assunzione prolungata nel tempo per via endovenosa e per via orale di questi farmaci. Alla luce di quanto detto finora, è ufficialmente riconosciuto un rischio di osteonecrosi dei mascellari nel corso di alcune tipologie di interventi odontoiatrici ed è quindi molto importante che il medico di medicina generale prima e l'odontoiatra successivamente ne siano a conoscenza e comunichino fra loro.

Nei diversi momenti della progressione della malattia possono insorgere complicazioni. Al-

cuni sintomi sono molto precoci e mettono l'odontoiatra nella delicata situazione di essere il primo sanitario a poter diagnosticare una patologia che lo stesso paziente tende a nascondere. Poiché la bocca riveste un ruolo essenziale nelle relazioni interpersonali e nell'estetica del viso di ogni individuo, se non si interviene precocemente la diminuzione della funzionalità e dell'estetica determina, in un circolo vizioso, il peggioramento del senso di autostima e una ulteriore diminuzione della capacità di controllo dell'alimentazione.

Grazie al riconoscimento delle manifestazioni orali dei disturbi alimentari, l'odontoiatra può riconoscere i soggetti potenzialmente affetti da tali condizioni. Quindi può agire da "identificatore" dei pazienti che tendono a nascondere la propria patologia. Questi individui devono essere trattati a livello odontostomatologico con piani di cura personalizzati che tengano in considerazione le caratteristiche del disordine alimentare caso per caso, per scegliere l'opzione terapeutica più sensata.

Per quanto concerne la terapia sistemica essi devono essere indirizzati ad un centro specializzato.

L'individuo affetto da disordini alimentari può essere tuttavia istruito in modo da mettere in atto comportamenti atti a prevenire i danni odontostomatologici della patologia. Ad es., dopo aver vomitato, il paziente non dovrebbe spazzolare i denti, per evitare di abradere ulteriormente lo smalto più superficiale già demineralizzato, ma fare sciacqui del cavo orale con bicarbonato e/o colluttori al fluoro.

Gli spazzolini con setole dure e i dentifrici abrasivi vanno eliminati, preferendo setole morbide e utilizzando colluttori, gel e vernici al fluoro che aumentano la resistenza dello smalto agli attacchi degli acidi sia intrinseci che estrinseci. Per combattere la xerostomia nei pazienti che assumono antidepressivi è utile consigliare di bere molta acqua e limitare l'assunzione di farmaci lassativi.

Ai pazienti sovrappeso e obesi va specificato che il cibo che fa bene ai denti è lo stesso che fa bene al resto del corpo, in quanto la sedentarietà associata all'assunzione frequente di dolci, cibi acidi e bibite rappresenta comportamenti lesivi tanto per la salute orale che per quella sistemica.

La loggia dei mercanti di Ancona

Un invito alla conoscenza di un fondamentale simbolo dell'Ancona marinara

di Sergio Giustini

Esattamente trenta anni or sono venne restituito alla città l'artistico monumento plurisecolare noto come loggia dei mercanti che patì i danni del terremoto del 1972.

Esso è uno splendido esempio di gotico fiorito veneziano, tra i più mirabili esempi di edificio pubblico cittadino.

La sua costruzione era già stata avviata alla fine del 14° secolo su progetto di tale Moccio senese come loggiato lungo il quale potevano essere condotte le trattative per la compravendita delle merci. Fin dal 1443, anno d'inizio dell'opera, Lazzaro Bernabei nella sua "Croniche anconitane" puntualizzava l'uso a cui tale edificio veniva destinato cioè pubblico receptaculo dove li mercanti potessero comodamente stare e conferire della loro mercanzia in ogni tempo".

Fu tuttavia la volontà di Dionisio Benincasa, ricco mercante ed armatore anconetano proprietario dell'adiacente fabbricato che sarà poi il palazzo Benincasa, a far sì che il progetto della loggia divenisse più ambizioso con la progettazione della facciata monumentale affidata al maestro tagliapietradalmata Giorgio di Matteo da Sebenico formatosi a Venezia nella costruzione dei palazzi dei Dogi.

C'è da rilevare che il periodo storico di cui trattiamo fu uno dei più felici per Ancona per una prosperità che vide la città battere moneta, istituire rapporti commerciali con vari stati, inviare consoli, stipulare contratti con governi anche lontani, il tutto condusse ad un fiorente aumento di traffici da cui la volontà di documentare la operosità cittadina con una struttura che avesse carattere di pubblica utilità e testimonianza di una conquistata ricchezza.

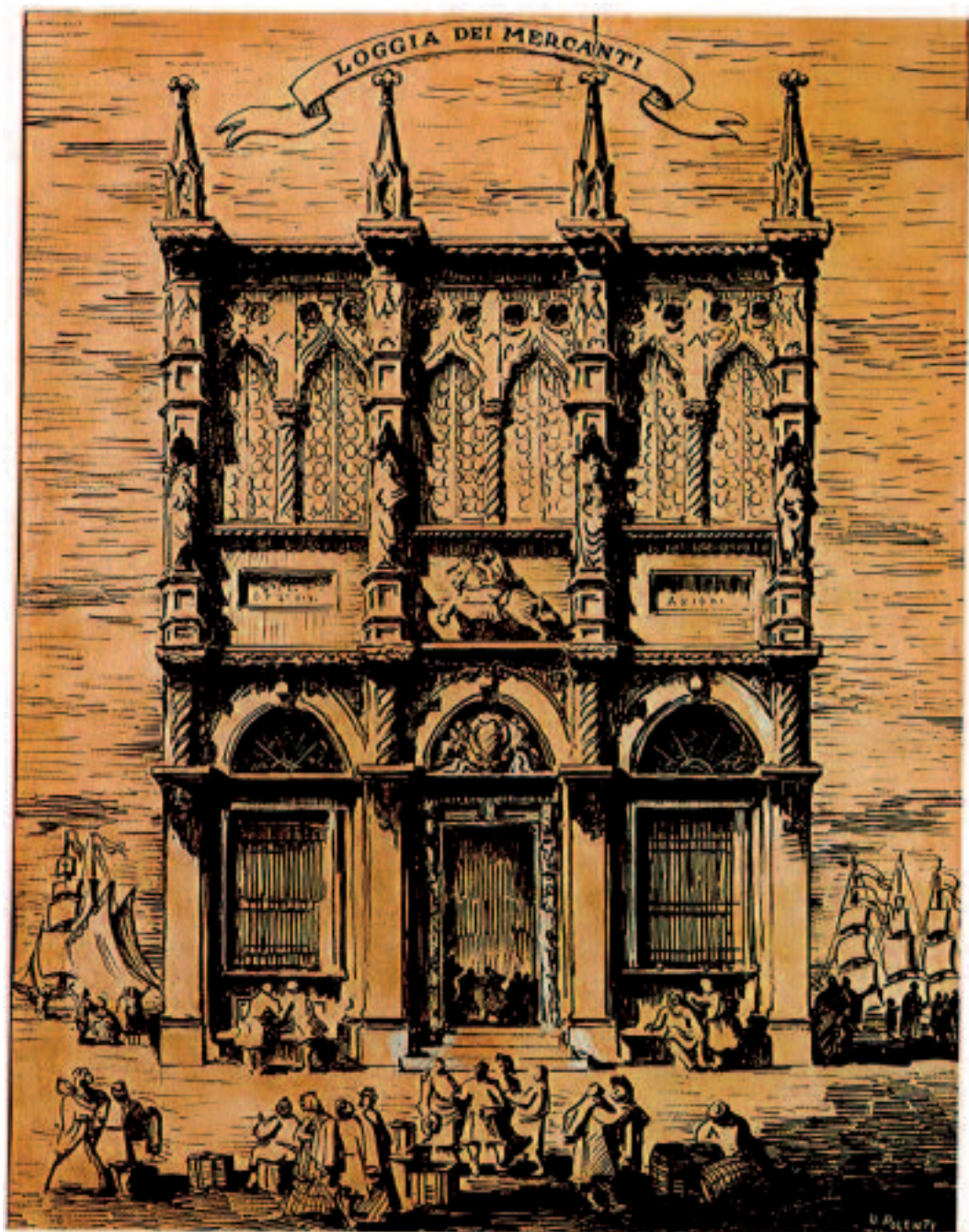
Fu con tale progettualità che dunque il Benincasa si impegnò financo ad anticipare i costi della costruzione affinché la sede della mercatura venisse decorata con una sequenza di superbe sculture allocate entro edicole della fac-

ciata a rappresentare (da sinistra) la speranza, la fortezza, la giustizia e la carità. Al centro della composizione in bella mostra lo stemma della municipalità del cavaliere rampante il cui significato meriterebbe peraltro una trattazione a parte per i suoi notevoli ed interessanti risvolti storici.

Il bel portone ligneo è comunque opera successiva a mano dell'intagliatore fiorentino F. Brozzi del 16° secolo.

Nei secoli successivi dopo essere stata utilizzata anche come albergo dei pellegrini e sede di rappresentazioni teatrali fu devastata da un incendio e i nuovi lavori condussero alla copertura e alla decorazione della volta e del soffitto affidate al pittore lombardo Pellegrino Ribaldi che tentò di ricreare pittoricamente l'azzurro del cielo verso il quale si levavano alcune figure pensate in continuità con le decorazioni plastiche della facciata; allora si vedranno le virtù cardinali della fortezza, prudenza, temperanza, perseveranza, vigilanza e sapienza mentre alla giustizia, sintesi e premessa di tutte le virtù, è dedicato l'affresco centrale. La volta celebra anche l'allegoria della vittoria e della pace.

Figurano poi quattro possenti ed incombenti volumi su mensole nello spazio della volta: sono sculture in stucco raffiguranti le virtù teologali, la fede e la carità opera del Tibaldi (rispettivamente a sinistra in fondo e sopra l'ingresso a destra), la speranza è una libera interpretazione di Vittorio Morelli (sopra l'ingresso a sinistra) mentre la religione, in fondo a destra, è un rifacimento settecentesco di Gioacchino Varlè autore di altre numerose sculture ad Ancona e altri luoghi della regione. Lo stesso autore eseguì nel 1784 le sculture dedicate alle quattro parti del mondo: l'Asia con i prodotti e profumi dell'oriente, l'Europa con la cornucopia, l'America con riferimento alle popolazioni guerriere ed animali esotici e l'Africa ne-



ra. Tuttavia l'“arredamento” della sala non si esaurisce con le importanti testimonianze ora descritte bensì prosegue con una serie non indifferente di busti e lapidi commemorative a cominciare dai primi che le corporazioni dei

commercianti ritennero doveroso eternare nei confronti di alcuni pontefici che ebbero particolarmente a cuore le sorti della città e dei suoi commerci. Ve ne sono rappresentati ben sei di cui tre marchigiani e due di Cesena; al

centro della sala sono le immagini di Pio VII a sinistra e Clemente XII, in fondo sul lato mare a sinistra è Pio VIII e a destra Pio VI, infine sul terrazzo prospiciente il porto sono Pio IX e Leone XII. Le due lapidi sono rivolte a Vittorio Emanuele II e l'altra a ricordare la perdita di un vascello e la morte di giovani vite in un fortunoso naufragio e la lettura dei testi è più significativa di ogni commento.

Proseguendo nella storia della celebre struttura è da notare che la municipalità non poteva far fronte alle notevoli e onerose spese di manutenzione perciò attendendo una opportunità per alienare il bene ciò si verificò nel Marzo del 1815 allorché il re G. Murat ne fece dono al commercio di Ancona e per esso alla neonata Camera costituitasi quattro anni prima a firma di Napoleone e del ministro Aldini; il restaurato governo pontificio non ne riconobbe però la donazione e solo nel 1884 la Camera di commercio acquistò la Loggia dal-

lo Stato divenendone proprietaria. Pur tuttavia la sala subì ancora le offese della natura ed anche degli uomini per via di terremoti, incendi e devastazioni belliche per cui nell'immediato dopoguerra iniziarono i lavori di ripristino per essere aperta al pubblico nel 1952. Trascosero appena venti anni allorché il violento sisma del 1972 apportò nuovi ed ingenti danni per cui le consistenti opere di risanamento ad opera di una fattiva giunta camerale presieduta dal Dott. Ferranti con il segretario generale Dott. Giustini condussero alla definitiva, auguriamoci, riapertura trenta anni or sono come detto all'inizio della trattazione, di un monumento sicuro punto di riferimento della vita culturale e sociale della città. La mia succinta ma spero interessante narrazione si conclude ricordando che ormai da vari anni il nostro ordine provinciale ha ritenuto di scegliere la stessa per celebrare l'assemblea di fine anno.



Ambulatorio specialistico privato
per la prevenzione e la terapia del disagio
in età evolutiva, adolescenziale e giovanile.



- Ancona -
mobile 348.0828655*
www.centroterapiacognitiva.com

*dal lunedì al venerdì dalle 15.00 alle 19.00.
In caso di telefono spento lasciare un messaggio in segreteria.

A proposito di vaccinazioni: un commento al nuovo calendario vaccinale delle Marche

Arcangela Guerrieri

*Pediatra di libera scelta zona 7 ASUR Marche
Referente rete vaccini FIMP per la provincia di Ancona*

Il 22/11 del 2010 è stato approvato con delibera regionale l'atto di indirizzo e di coordinamento all'ASUR, relativo all'aggiornamento dell'offerta delle vaccinazioni nelle Marche. Questo atto era molto atteso da tutti gli addetti ai lavori, dalle assistenti sanitarie, dai medici di Sanità pubblica e soprattutto dai pediatri. Infatti la Regione Marche aveva approvato il piano di attuazione del Piano Nazionale Vaccini il 28 dicembre 2006 e da quella data il calendario vaccinale non era stato più rivisto.

Nel precedente piano regionale le vaccinazioni per l'infanzia venivano classificate a seconda del tipo di offerta:

- offerta attiva e gratuita, che presuppone un intervento attivo di promozione mediante chiamata o convocazione, illustrazione dei vantaggi e svantaggi dell'intervento vaccinatorio. In questo tipo di offerta rientravano l'esavalente (antidifterica, antipoliomielite, antiHaemophilus di gruppo B, antipertosse, antiepatite B e antitetanica), la trivalente (morbillo, parotite e rosolia). La vaccinazione anti varicella, la vaccinazione antipneumococco eptavalente e la vaccinazione antimeningococco C rientravano in questo tipo di offerta esclusivamente per le categorie a rischio individuate dalle relative circolari ministeriali.
- offerta gratuita ma senza chiamata effettuata per la vaccinazione antiinfluenzale

per le categorie individuate ogni anno dalla relativa circolare ministeriale e dalle successive indicazioni regionali e per le vaccinazioni per i viaggiatori internazionali di età inferiore ai 18 anni e per coloro che a qualunque titolo viaggiavano per missioni umanitarie.

- offerta con partecipazione di spesa (pagamento di ticket) effettuata per le vaccinazioni anti pneumococcica eptavalente, per la vaccinazione antimeningococco C e per la vaccinazione antivaricella.



Vaccino	Anno 2008	Anno 2009
A 24 mesi:		
Poliomielite	97,96%	97,77%
Difterite, Tetano, Pertosse	97,89%	97,65%
Epatite B	97,86%	97,66%
Haemophilus influenzae B	97,42%	97,37%
Morbillo, Parotite, Rosolia (MPR)	93,15%	92,33%
Meningococco C	30,91%	40,49%
Streptococcus Pneumoniae	35,46%	45,52%
A 7 anni:		
Difterite, Tetano	95,72%	95,14%
A 16 anni:		
MPR, con almeno una dose	80,99%	85,55%
MPR, con due dosi	55,56%	62,06%

Tabella 1: Coperture vaccinali negli anni 2008-2009

Le coperture vaccinali della popolazione pediatrica per l'esavalente nel 2008 e nel 2009 sono intorno al 97% a 24 mesi mentre a 16 anni avevano praticato almeno una dose di MPR solo l'85% della popolazione, ben lontano dalla raccomandazione ministeriale del 95%, necessario per l'eradicazione del morbillo. La copertura del meningococco e dello pneumococco rispettivamente del 40,49 e del 45,52% relative all'anno 2009 nei bambini di 36 mesi sono decisamente basse e evidenziano una assenza di strategia regionale specifica e sono sicuramente legate al fatto che per queste due vaccinazioni era necessario il pagamento di un ticket.

Le novità del Calendario Vaccinale (Tab 2)

La novità più importante ed attesa di questo piano regionale è l'offerta attiva e gratuita per le vaccinazioni antipneumococcica e antime-ningococcica. La regione Marche era rimasta una delle poche Regioni in Italia per le quali era richiesto il pagamento di partecipazione alla spesa per queste due vaccinazioni.

Vaccinazione antipneumococcica

Lo streptococco pneumoniae è l'agente

eziologico di un terzo delle otiti medie del bambino e meno frequentemente della polmonite del bambino. E' sicuramente il maggior responsabile delle polmoniti lobari, soprattutto nell'adulto e nell'anziano, spesso come complicanza dell'influenza. Le forme più temibili per il bambino sotto i 4 anni di vita sono la sepsi, la batteriemia occulta e la meningite acuta. La maggiore incidenza di infezioni si ha nei bambini dai 6 mesi ai 4 anni. Alcuni ceppi, in particolare il 19 A sono resistenti ai comuni antibiotici. In commercio esistono due tipi di vaccino per lo pneumococco: il vaccino 23-valente non coniugato e il vaccino polisaccaridico coniugato con una proteina di trasporto. Come è noto il vaccino non coniugato può essere utilizzato esclusivamente nell'adulto e nel bambino di età superiore ai 5 anni, in quanto nel bambino più piccolo dà una scarsa immunogenicità. Dal mese di settembre 2010 il vaccino 13 valente coniugato (denominato così perché contiene 13 ceppi di pneumococco patogeni per l'uomo) ha sostituito il 7 valente coniugato, che non conteneva il temibile ceppo 19 A.

Vaccinazione antimeningococcica

Con la forte diminuzione delle malattie invasive da *Haemophilus influenzae* tipo b, in seguito alla introduzione della vaccinazione con il vaccino coniugato, la *Neisseria meningitidis* è ora divenuta, insieme allo *Streptococco Pneumoniae*, la causa più importante di meningite batterica nei bambini ed una delle cause principali di setticemia. In Italia i casi di malattia invasiva da meningococco sono dovuti ai sierotipi B e C. Non è possibile disporre, al momento, di un vaccino contro il meningococco B, mentre è in commercio un vaccino polisaccaridico coniugato antimeningococco C. La scheda finora adottata era di tre somministrazioni nel primo anno di vita, nel calendario delle Marche è invece stata adottata la scelta di vaccinare i bambini con una sola dose dopo il primo anno di vita. Questa scelta è suffragata da studi olandesi secondo i quali vaccinando i soggetti dopo il compimento del primo anno, con coperture molto elevate, si ha una fortissima riduzione dei casi di malattia invasiva meningococcica anche nei bambini sotto l'anno di vita, non ancora sottoposti a vaccinazione, per un effetto di immunità di gregge (herd immunity).

L'altra grossa novità è l'introduzione delle co-somministrazioni. E' oramai noto da tempo che per il raggiungimento di coperture più elevate è importante ridurre il numero degli accessi da parte dell'utenza ai servizi vaccinali. Per tale motivo, se le schede vaccinali lo consentono e se esistono studi che documentano la non nocività delle co-somministrazioni nel bambino e la pari efficacia, è bene somministrare più vaccini nella stessa seduta. Questo tema delle co-somministrazioni, seppure è oramai noto da tempo a chi si interessa di vaccinazioni, è stato sempre uno scoglio da superare all'atto pratico nei servizi vaccinali. Averlo stabilito nel calendario porterà sicuramente a snellire le procedure e a facilitare il lavoro di chi opera

nei servizi vaccinali stessi. Nel dettaglio si è pertanto stabilito, come avviene in altre regioni da anni, che è possibile cosomministrare l'esavalente con l'antipneumococcica 13 valente e il vaccino MPR con il vaccino anti-meningococco C coniugato.

La vaccinazione antivaricella universale per i nuovi nati non è stata ancora introdotta, in attesa delle disposizioni del Nuovo Piano Nazionale Vaccini. Con la diffusione del nuovo vaccino quadrivalente (MPRV) i nuovi nati probabilmente riceveranno ad un anno una dose di quest'ultimo. Per la seconda dose sarà da stabilire l'intervallo che non potrà sicuramente essere così lungo (cinque anni) come attualmente prevede la scheda del vaccino trivalente (MPR) in quanto la vaccinazione per la varicella ha bisogno di una seconda dose di rinforzo almeno dopo 2-3 anni.

Per quanto riguarda la vaccinazione contro il papilloma virus (HPV) la delibera regionale del 26 marzo 2008 aveva recepito l'accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2007, definendo le fasce di età cui la vaccinazione anti HPV è destinata in forma attiva e gratuita (dodicesimo anno di vita) o con partecipazione alla spesa (dal tredicesimo al diciottesimo anno di vita). La delibera del 27 luglio 2009 ha esteso l'offerta gratuita del vaccino a tutte le donne dal tredicesimo al diciottesimo anno di vita, con offerta attiva nel dodicesimo e diciottesimo anno. Quindi nell'attuale calendario non ci sono novità per la vaccinazione papillomavirus.

Come pediatra non nascondo la soddisfazione di aver ottenuto finalmente uno strumento utile per il lavoro di tutti i giorni e soprattutto una equità nella offerta vaccinale per tutti i bambini. Resta il cruccio che non sia stata prevista, così come esiste in altre Regioni, la istituzione di una Commissione di Esperti che valuti periodicamente la validità del Calendario stesso, in modo da poterlo eventualmente modificare sulla base di nuove conoscenze scientifiche ed epidemiologiche.

Vaccino	nascita	3° mese	5° mese	12° mese	13° mese	6° anno	12° anno	16° anno	18° anno
TDaP		TDaP	TDaP	TDaP		TDaP		TdaP	
IPV		IPV	IPV	IPV		IPV			
HB	HB ¹	HB	HB	HB					
HiB		HiB	HiB	HiB					
MPR +V o MPRV					MPR +V o MPRV*	MPR +V o MPRV*			
PCV		PCV**	PCV**	PCV**					
Men C					Men C ²		Men C ²		
V						V ³		V ⁴	
HPV							HPV ⁵		

Tabella 2: Calendario vaccinale delle Marche

Interpretazioni delle età di offerta del calendario

3° mese si intende dal 61° giorno

6° anno si intende dal compimento del quinto anno ai 6 anni (5 anni e 364 giorni)

12° anno si intende dal compimento dell'undicesimo anno fino ai 12 anni (11 anni e 364 giorni)

Legenda: T: tetano, D: difterite, d: difterite a dosaggio per adulti, aP: pertosse acellulare, IPV: poliomielite inattivato, HB: epatite B, HiB: Haemophilus influenzae tipo B, MPRV: morbillo, parotite, rosolia, varicella con vaccino combinato, PCV: Streptococcus pneumoniae, Men C: meningite C, V: varicella con vaccino singolo, HPV: papilloma virus.

Note:

1) Nei nati da madre HbsAg positiva si somministrano contemporaneamente, entro 12-24 ore dalla nascita ed in siti separati, la prima dose di vaccino (HB) e una dose di immunoglobuline specifiche anti-epatite B (HBIG). Il ciclo va completato da una seconda dose a 4 settimane dalla prima, da una terza dose dopo il compimento dell'ottava settimana (può coincidere con la prima somministrazione del ciclo normale) e da una quarta dose all'11 mese (può coincidere con la 3° dose del ciclo normale).

2) Dose singola. La vaccinazione contro il meningococco C viene eseguita in due coorti contemporaneamente: la prima coorte al 13° mese di vita e la seconda coorte a 12-14 anni. Nei soggetti a rischio, la vaccinazione contro il Meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive.

3) Seconda dose con vaccino singolo ai soggetti che hanno effettuato la prima dose con MPRV a partire da un mese dopo la prima dose.

4) Solo i soggetti con anamnesi negativa per varicella.

5) Solo i soggetti di sesso femminile.

*) La vaccinazione sarà offerta in modalità attiva e gratuita solo dopo definizione delle relative strategie nazionali con l'approvazione del PNV.

**) Utilizzare il vaccino a maggior copertura sierotipica e comunque secondo le esigenze provenienti dalle evidenze epidemiologiche disponibili. Vedere, inoltre, la Circolare Ministeriale 27.05.2010 prot. n. 24720 contenente le indicazioni in merito alla somministrazione del vaccino antipneumococcico13 valente in età pediatrica.

D.M. 30/11/10 inerente ai criteri di valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida di veicoli a motore

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

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

Cari Presidenti,

sulla Gazzetta Ufficiale n. 301 del 27 dicembre 2010 è stato pubblicato il decreto 30 novembre 2010 recante **“Recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida”**.

Il decreto indicato in oggetto è emanato ai sensi dell'art. 229 del D.Lgs. 285/92 - Codice della strada - vista la direttiva 2009/112/CE della Commissione del 25 agosto 2009, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee n. L 223 del 26 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CEE del Consiglio concernente la patente di guida e visto il decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, recante “Disposizioni comunitarie in materia di patenti di guida e recepimento della direttiva 2000/56/CE” pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 15 aprile 2004, n. 88 e in particolare l'allegato terzo recante “Norme minime concernenti l'idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore”.

Con il decreto emanato si è ritenuto necessario modificare l'allegato III del citato decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 settembre 2003, n. 40T, in conformità con le disposizioni introdotte dalla direttiva 2009/112/CE, prendendo atto della nota prot. I.4.CD.2.2 dell'8 ottobre 2010 con cui il Ministro della salute ha trasmesso il documento elaborato dal gruppo tecnico di lavoro costituito presso detto Ministero con decreto dirigenziale 9 ottobre 2009, al fine di individuare criteri di valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida di veicoli a motore **di soggetti affetti da patologie della vista, diabete o epilessia, sulla base delle nuove norme comunitarie**.

Il decreto indicato in oggetto risulta essere di particolare interesse per i medici di cui all'art. 119 del D.Lgs. 285/92 in riferimento al rilascio del certificato di idoneità psicofisica alla guida (in particolare il medico monocratico di cui al comma 2 e le commissioni medico locali.

Pertanto, stante la rilevanza della materia, tutti gli Ordini provinciali nell'ambito della propria competenza territoriale sono pregati di diffondere il contenuto del decreto indicato in oggetto.

Cordiali saluti

Amedeo Bianco

Certificato preliminare al rilascio della patente di guida, parere del Ministero della salute recante “Quesiti applicativi comma 2 ter e comma 3 Art. 119 Codice della Strada”

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

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

Cari Presidenti,

si ritiene opportuno segnalare che il Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - ha emanato una nota del 5 novembre 2010 recante **“Quesiti applicativi comma 2 ter e comma 3 Art. 119 Codice della Strada - Parere”**.

Come è noto l'art. 119 del D.Lgs. n. 285 del 1992 come modificato dall'art. 23 della legge n. 120 del 2010 recante **“Requisiti fisici e psichici per il conseguimento della patente di guida”** al comma 2 ter dispone che “Ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria, ovvero di certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, **l'interessato deve esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici le cui modalità sono individuate con decreto del Ministero della salute, di Concerto con il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, sentito il Dipartimento per le politiche anti-droga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Con il medesimo provvedimento sono altresì individuate le strutture competenti ad effettuare gli accertamenti prodromici alla predetta certificazione ed al rilascio della stessa.** La predetta certificazione deve essere esibita dai soggetti di cui all'articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d), e dei titolari del certificato CFP o patentino filoviario in occasione della revisione o della conferma di validità delle patenti possedute, nonché da coloro che siano titolari di certificato professionale di tipo KA o KB, quando il rinnovo di tale certificato non coincida con quello della patente. Le relative spese sono a carico del richiedente”.

Il comma 3 dell'art. 119 del D.lgs. 285/92 stabilisce invece che “L'accertamento di cui ai commi 2 e 2-ter deve risultare da certificazione di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda per sostenere l'esame di guida. La certificazione deve tener conto dei precedenti morbosì del richiedente dichiarati da un certificato medico rilasciato da un medico di fiducia”.

In pratica al momento è richiesto il certificato anamnestico del medico di fiducia per coloro che conseguono per la prima volta la patente di guida o passino di categoria. Nelle more della successiva decretazione non è previsto il test antidroga.

Il Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - nella nota del 5 novembre sopracitata evidenzia che sia “superfluo sottolineare che i precedenti morbosì, oggetto di certificazione, devono essere stati accertati dal medico di fiducia sulla base di conoscenze clinico anamnestiche direttamente acquisite a seguito dello svolgimento di attività di medico curante, anche per aspetti specialistici, svolta nei confronti dell'interessato in continuità di rapporto di assistenza (che apparirebbe congruo riportare almeno ad un arco temporale non inferiore all'anno), tale da consentire di poter conoscere i precedenti morbosì dell'interessato o anche, in assenza di elementi clinico anamnestici di diretto riscontro, di poterne attestare la negatività nell'arco temporale di assistenza prestata in qualità di curante”.

Inoltre il Ministero della Salute rileva che “in via principiae la figura del medico di fiducia, preposto al rilascio della certificazione inerente i precedenti morbosì che possono costituire un rischio per la guida, sia da identificare funzionalmente nel medico di medicina generale, quale medico di assistenza primaria”.

Pertanto, con riferimento alla disposizione di cui al comma 3, secondo periodo, dell'art. 119 del Codice della strada sopracitato (certificato preliminare al rilascio della patente di guida) e allo scopo di facilitare ed uniformare il rilascio della certificazione da parte del medico di fiducia, il Ministero della Salute ha proposto l'utilizzazione di un fac-simile di modello di certificato. L'utilizzo di tale modello è facoltativo. Risultano infatti alla scrivente Federazione altre proposte di modello di certificato compatibili con la normativa. La FNOMCeO si riserva nel merito eventuali successive valutazioni.

Cordiali saluti

Amedeo Bianco



E.N.P.A.M.

ENTE NAZIONALE
di PREVIDENZA
ed ASSISTENZA
dei MEDICI
e degli ODONTOIATRI

Ai Sigg.ri Presidenti degli
Ordini provinciali dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri

LORO SEDI

Carissimo Presidente,

in questi giorni, come sai, abbiamo dato il via alla fase sperimentale del progetto "*Busta Arancione*", la cui finalità, come ho avuto modo spesso di ripetere, è quella di rendere sempre più trasparente e solido il rapporto dei medici e degli odontoiatri italiani con l'Enpam.

Con il varo definitivo del progetto ed attraverso la possibilità per ogni iscritto di conoscere, in tempo reale, la propria posizione previdenziale sul versante contributivo e quello pensionistico, di elaborare proiezioni negli anni e, con il ricorso a vari strumenti di integrazione volontaria, si arriverà a personalizzare il più possibile il proprio trattamento previdenziale.

La "*Busta Arancione*" non è tuttavia solo uno strumento tecnico al corretto servizio degli iscritti, ma una delle iniziative che tende a favorire la crescita di una maggiore coscienza previdenziale. E' forse questa l'operazione culturale più impegnativa ed anche il banco di prova di una intera categoria professionale che, giustamente e nella sua interezza, deve avere a cuore il proprio futuro post-lavorativo.

Per questo conto molto sul Tuo aiuto e sulla collaborazione del Tuo Ordine.

Grazie di cuore.

Con i più cordiali saluti.

IL VICE PRESIDENTE VICARIO
(Dott. Alberto OLIVETTI)

S.M.I.P.I.
SOCIETÀ MEDICA ITALIANA DI PSICOTERAPIA ED IPNOSI
WWW.SMIPI.IT

LA S.M.I.P.I. SEZIONE MARCHE
ORGANIZZA PER IL 2011 AD ANCONA IL

XIX CORSO DI
PSICOTERAPIA
ED
IPNOSI MEDICA

HOTEL PASSETTO - VIA THAON DE REVEL, 1 - ANCONA

PRIMO SEMINARIO: SABATO 12 E DOMENICA 13 MARZO
SECONDO SEMINARIO: SABATO 26 E DOMENICA 27 MARZO
TERZO SEMINARIO: SABATO 9 E DOMENICA 10 APRILE

RISERVATO A MEDICI, PSICOLOGI O LAUREANDI
IL CORSO, A CARATTERE TEORICO E PRATICO, È LIMITATO
AD UN NUMERO CHIUSO DI PARTECIPANTI

SONO STATI RICHIESTI CREDITI E.C.M.
PER MEDICI E PSICOLOGI

PER INFORMAZIONI:
TEL. 071 732050 - PORTATILE 336 631167 - FAX 071 732455
E-MAIL: INFO@SMIPI.IT

medici &medici



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