

ANNO XXII
N° 2
DICEMBRE 2000

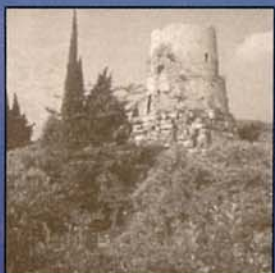
Medicina

Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Pontina

Organo ufficiale di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Spedizione in A.P. - art. 2 comma 20/C legge 662/96 Filiale di Latina



Direzione-Redazione-Amministrazione:
Piazza Celli, 3 – Tel. 0773/693665 Fax 489131
04100-Latina

Direttore Responsabile
ANTONELLA CASSIOLI

Direttore Scientifico
ALFREDO CARADONNA

Consiglio Direttivo

Presidente	RIGHETTI GIOVANNI MARIA
Vicepresidente	CAVALLINI MARIO
Segretario	MILO PASQUALE
Tesoriere	LUCCHESI ROBERTO
Consigliere	BONELLI GIACOMO
Consigliere	BONFIGLIO NADIA
Consigliere	CARADONNA ALFREDO
Consigliere	DINIA GAETANO
Consigliere	GUARINO SILVERIO
Consigliere	LANZA GERARDO
Consigliere	LEONE DAVIDE (odontoiatra)
Consigliere	MARETTO GIANCARLO
Consigliere	NARDONI MARIA TERESA
Consigliere	ORGERA ANTONIO
Consigliere	PASTORE ALDO
Consigliere	ROVACCHI GIUSEPPE
Consigliere	TASCIOTTI PAOLO (odontoiatra)

Componenti non Consiglieri
Commissione Albo Odontoiatri

CENSI ELISABETTA
PAPA GIOVANNI
PECORA GIORGIO

Presidente Commissione
Albo Odontoiatri
TASCIOTTI PAOLO

Collegio dei Revisori dei Conti

Presidente	NIGRO MORENA GIOVANNA
Membri effettivi	AMMENDOLA ERMINIA GATTI GIULIA
Membro supplente	RUSSO PIER FRANCESCO

*I Medici-Chirurghi e gli Odontoiatri
della Provincia di Latina,
ovunque si trovino,
in famiglia, in vacanza o sul lavoro,
per quanto possibile,
sono caldamente pregati
dalla Redazione di
“Medicina Pontina”
di trascorrere delle
Buone Feste!*



Disegno in seppia di ignoto maestro privernate del sec. XVI

Sommario

- pag. 5 Tertio (Di)rectori Advenienti
A. Caradonna
- pag. 7 Assemblea straordinaria degli iscritti del
21 Ottobre 2000
P. Milo
- pag. 8 Le lettere
- pag. 11 Tra passato e futuro: l'Educazione Con-
tinua Medica (ECM)
R. Lucchesi
- pag. 13 Pensieri e parole su abusivismo e pubbli-
cità
Commissione Odontoiatrica
- pag. 15 Le dolenti "note"
G. Bonelli
- pag. 17 Ospedale unico virtuale o ospedale unico
reale per il Sud pontino?
A. Orgera
- pag. 19 Buon giorno dottore, come va l'ospedale
di Latina?
C. De Masi
- pag. 21 Il New Hospital verrà pian Piano
S. Tod. (da *Il Sole 24 Ore Sanità*)
- pag. 22 Comunicato del **Ministero della Sanità**
del 2 settembre 2000
- pag. 22 In arrivo 28 nuovi ospedali: 3.700 mi-
liardi per 8.500 letti
da *Il Sole 24 Ore Sanità*
- pag. 24 Ma perché non costruiamo due nuovi
ospedali e se ne riparla fra trent'anni?
A. Caradonna
- pag. 26 La solitudine del morente
S. Bellentani - C. Valgimigli
- pag. 29 Il dolore come dimensione umana: se-
miologia ed aspetti etici
R. Pedrizzi
- pag. 33 Associazione Medici Cattolici Italiani
(AMCI) - Sezione di Latina
- pag. 34 Associazione Medica Apriliana
Obiettivo formazione
A. Marchionni
- pag. 35 Aggiornamento e formazione professio-
nale
G. M. Righetti
- pag. 43 Medici pontini artisti:Gianni Isabella
- pag. 45 Medici pontini sportivi:Damiano Coletta
- pag. 47 R&S nel conflitto d'interessi
S. Garattini (da *Il Sole 24 Ore Sanità*)
- pag. 49 Allergia al veleno di imenotteri nel Sud
Pontino – Un bilancio dei primi tre anni
- pag. 50 Tra passato e futuro
un iDEA di Pronto Soccorso
M. Mellacina
- pag. 51 Secondo Congresso Internazionale per
Medici di famiglia
P. Milo
- pag. 53 L'associazione
"Amici di Maria Grazia - ONLUS"
D. Bruno
- pag. 54 Archiviazione ottica
A. Costa
- pag. 56 Progetto Cronos e
Malattia di Alzheimer
A. Bellini - A. Righi
- pag. 58 Strategia vaccinale per l'eliminazione di
morbillo, rosolia e parotite
G. Maretto
- pag. 61 I Corsi organizzati dalla Scuola Medica
Ospedaliera nella nostra provincia per
l'a.a. 2000/2001
- pag. 62 Attenzione alle esenzioni!
M. T. Nardoni
- pag. 64 25 anni di prevenzione dell'anemia me-
diterranea nel Lazio - Relazione riassun-
tiva
I. Bianco
- pag. 66 Iscrizione all'ONAOISI
- pag. 70 Programma "Distretto senza fumo"

“TERTIO (DI)RECTORI ADVENIENTI”

Un saluto di benvenuto al prossimo Direttore Generale dell’Azienda USL Latina

*Egregio Signore (o Signora),
oggi è il 10 Novembre e ancora non conosciamo il suo nome; la nomina era data per imminente, ma i giornali hanno fatto sapere che ci vuole ancora un po’ di tempo. Quando questo numero di Medicina Pontina andrà in macchina, lei sarà già presso di noi e avrà avuto modo di cominciare a farsi un’idea della nostra provincia.*

La classe medica pontina e, particolarmente, il Consiglio Direttivo del nostro Ordine le esprime i più sinceri auguri per un buon lavoro. E’ un augurio per lei ma anche per noi: la situazione degli abitanti della provincia e della nostra categoria dipendono anche, parecchio, dal suo “buon lavoro”.

Non è esagerato dire che noi medici ci aspettiamo molto da lei: Francesco Storace e Vincenzo Saraceni hanno promesso persone altamente qualificate e non abbiamo motivo di dubitarne. Saremmo fieri, nel contempo, se anche lei si aspettasse molto da noi. La nostra provincia ha estremo ed urgente bisogno di conseguire ottimi risultati.

In questi giorni stiamo salutando il Dr Malucelli, che va a dirigere in “terra di Siena”. Non posso non ricordare le scelte strategiche del precedente Direttore, tra cui l’unificazione di nove ospedali in tre strutture ospedaliere uniche (Nord, Centro e Sud); la nascita dei distretti sanitari; la notevole mole di ristrutturazioni e di nuove costruzioni; la dipartimentalizzazione; la creazione di nuovi efficienti reparti, come la Chirurgia Vascolare di Latina; l’inizio dell’organizzazione dei DEA; la rete telefonica unica.

La strategia, che traspariva dai discorsi e dagli atti di Malucelli, aveva entusiasmato molti di noi (“..finalmente uno che ha un programma”, dicevano in tanti). Poi qualcosa non ha funzionato e questa strategia, sicuramente ben avviata, oggi è lungi dall’essere giunta a risultati entusiasmanti in termini di miglioramento delle condizioni dei cittadini e dei medici. In effetti, era ed è un programma, che presuppone tempi lunghi, ma, sicuramente, ci sono stati anche ritardi e forzature evitabili. Inutile cercarne le cause; comunque, sia i politici che, anche, la categoria medica hanno la loro parte di responsabilità, oltre lo staff dirigenziale.

*Noi medici, dipendenti pubblici, convenzionati, operanti nelle strutture accreditate, liberi professionisti e, purtroppo, anche inoccupati o sotto-occupati, desideriamo che l’organizzazione sanitaria della provincia di Latina of-
fra finalmente una medicina “ di punta” in termini di strutture, uomini e mezzi; siamo stupefatti di vedere emigrare troppi nostri pazienti nelle provincie e regioni vicine. Per questo chiediamo un impegno forte per la definizione di una rete ospedaliera di alto livello e, finalmente, l’inizio di una progettualità distrettuale delle attività ambulatoriali ed extra-ospedaliere in genere. L’ospedale, spe-*

cialmente in provincia, non sarà mai “dinamico” se attorno ad esso non ruota un distretto ben organizzato. In questo suo impegno non faccia mancare delle linee di sviluppo nei riguardi di servizi necessari alla popolazione e che, oltre tutto, offrano posti di lavoro ai nostri giovani medici, molti dei quali, come risulta da una recente indagine del nostro Ordine, sono già specialisti.

Egregio Direttore, da parte del nostro Ordine Professionale può aspettarsi tutta la collaborazione necessaria. Una “onesta” e continua sinergia tra l’Azienda Sanitaria, l’Ordine dei Medici, i Collegi Professionali, i Sindacati e le Associazioni di Cittadini non mancherà di portare i suoi frutti; ma ognuno si comporti senza secondi fini, rispettando i limiti e le prerogative proprie e degli altri.

Come medici, inoltre, le chiediamo una cosa ovvia: di “essere giusto ed equilibrato” nei riguardi di tutti noi. Desideriamo, inoltre, “avere contatto” con la nostra Azienda Sanitaria; vari avvenimenti, molti sicuramente non voluti, ci hanno allontanato psicologicamente e materialmente; ci hanno fatto spesso sentire più dei casuali prestatori d’opera che dei professionisti di questa nostra terra pontina; quasi in mano a logiche di cui non conoscevamo le origini, lo sviluppo e gli scopi.

Come rappresentanti dell’Ordine Professionale la stimoliamo ad avere un’attenzione particolare per la dignità dei posti di lavoro e per il decoro del lavoro medico; mi riferisco, solo per fare degli esempi, alle postazioni di guardia medica e all’organizzazione dell’attività libero-professionale intramoenia (molti dei suoi dipendenti medici hanno optato per l’attività extramoenia per impossibilità di effettuarla decentemente all’interno). L’Ordine, oltre che per garanzia dei cittadini, esiste per difendere il decoro della professione medica; per tale motivo non le faremo sconti su questi argomenti, come la invitiamo a non farcene se noi medici verremo meno al nostro dovere fondamentale di mettere il malato, sempre e comunque, in cima ai nostri pensieri ed interessi!

Nel salutarla e nel rinnovare gli auguri, la invito, quando ha tempo, a leggere Medicina Pontina: è uno dei modi per conoscere la nostra categoria.

Alfredo Caradonna
Direttore Scientifico di Medicina Pontina

ASSEMBLEA STRAORDINARIA DEGLI ISCRITTI DEL 21 OTTOBRE 2000

L'ultima Assemblea è stata vivace e ricca di interessanti interventi. Oltre alle delibere "tecniche" sui bilanci e sulle tasse, vi è stata anche la consegna dei riconoscimenti per il IV e il V decennio di laurea e la presentazione dei neo-iscritti che, dopo la lettura del *Giuramento di Ippocrate*, hanno presentato individualmente le loro tesi di laurea.

Tra i tanti argomenti, riporto la sintesi di una proposta del Presidente Righetti per l'istituzione nella nostra Provincia, in un futuro immediato, di una Fondazione che riunisca tutti i colleghi che si interessano dell'organizzazione degli aggiornamenti, comprese le Associazioni Mediche della provincia, allo scopo di dare maggior valenza alle attività scientifiche e, principalmente, di avere l'accREDITAMENTO necessario a rilasciare crediti formativi ai sensi delle ultime decisioni governative.

Dal 1 gennaio 2001, infatti, inizierà un programma che permetterà di accrescere le proprie conoscenze seguendo Corsi, Congressi e Seminari di studio. Il via al programma è stato dato dal Ministro della Sanità su proposta della Commissione Nazionale per l'educazione professionale. Il nuovo sistema si basa sul raggiungimento di un punteggio in tre anni (150 punti, 50 all'anno). Solo via Internet, gli organizzatori di Congressi, Corsi e Seminari potranno chiedere al Ministro di ricevere

l'assegnazione dei "punti credito di formazione", che poi gli Ordini dei Medici registreranno, per i partecipanti ai vari eventi formativi, su un libretto individuale.

Già dalla fine di Novembre 2000 gli organizzatori degli eventi potranno chiedere l'accREDITAMENTO e la valutazione in termini di "punti credito".

Gli eventi educativi sono classificati nelle 53 specializzazioni riconosciute dalla Commissione Europea, più la medicina generale (medici di famiglia).

L'organizzatore di un evento di formazione, che desidera avere l'accREDITAMENTO, dovrà entrare nel sito del Ministero, farsi riconoscere ed ottenere una password. Una volta riconosciuto ed accettato, l'organizzatore dell'evento deve rispondere a tutta una serie di domande che descrivono i contenuti di formazione offerti e deve allegare il programma dell'attività di aggiornamento proposta. La richiesta viene automaticamente inviata agli esperti che valutano e che esprimono il numero di punti che l'attività proposta può accREDITARE ai partecipanti. Il processo si completa con una valutazione dell'Assessorato Regionale alla Sanità e con la valutazione del Ministro.

Pasquale Milo
Segretario dell'Ordine

Tireotossicosi

In questi ultimi due anni ho riscontrato nella pratica quotidiana di medico di famiglia un incremento di casi di tireotossicosi nella città di Aprilia dove opero. I casi giunti alla mia osservazione presentavano nella maggioranza esami classici quali FT3, FT4, TSH nella norma, ma, indagando in profondità, gli esami relativi agli anticorpi risultavano positivi con valori anche molto elevati.

Con questa mia lettera desidero chiedere ai colleghi che operano in Aprilia e zone limitrofe se hanno riscontrato un tale incremento e, se così fosse, incontrarli in una tavola rotonda presso la sede dell'Ordine per capire, anche con l'aiuto di specialisti del settore, se siamo di fronte ad una patologia a genesi ambientale tossica o altro. Posso essere contattato al seguente numero telefonico: 0347-6551306.

Antonio Marchionni
Aprilia

Il comitato locale della C.R.I. di Aprilia

Il nuovo Statuto della Croce Rossa Italiana, in vigore dal 1998, ha permesso ai volontari di tutta la provincia di eleggere direttamente il nuovo Comitato Provinciale, che, a sua volta, ha nominato Presidente l'avv. Franco Ciuffo. Il Comitato Provinciale ha così riacquisito rappresentatività e vitalità, e tra i primi provvedimenti ha istituito i Comitati Locali nelle località che prima

avevano il ruolo di semplice Delegazione.

Per Aprilia, seconda città della provincia con i suoi sessantatremila abitanti, si è trattato di un giusto riconoscimento. Circa 120 volontari, distribuiti tra le varie componenti (Crocerossine, Sezione Femminile, Volontari del Soccorso, Pionieri), rappresentano nella città una realtà che valorizza il ruolo di quel volontariato che spesso opera a supporto delle istituzioni locali.

La Croce Rossa di Aprilia provvede con due ambulanze al trasporto infermi, distribuisce viveri e generi di prima necessità alle famiglie disagiate, presta attività infermieristica e controlli sanitari di base, assiste anziani in difficoltà, insegna gli elementi del primo soccorso a studenti e cittadini, predispone piani di emergenza e protezione civile, interviene con i suoi volontari nelle guerre e nelle catastrofi naturali.

È, insomma, un piccolo esercito, che offre anche luogo di incontro sociale, dove le volontarie ed i volontari dei vari gruppi apprendono i principi di un sano cameratismo.

È recente l'apertura di un ambulatorio di Croce Rossa gestito, come nel capoluogo, dalle Infermiere Volontarie, le Crocerossine.

È predisposto per l'attività infermieristica gratuita a favore dei cittadini, soprattutto di quelli che per vari motivi non possono recarsi presso i normali luoghi di cura.

Prevede la frequenza di medici e specialisti che, a titolo di volontariato, vorranno visitare persone in condizioni di disagio.

Modestino De Marinis
Responsabile della C.R.I.
di Aprilia

A proposito delle “prestazioni urgenti”

Una recente segnalazione di stampa, in una inchiesta sui ritardi nella erogazione delle prestazioni specialistiche, ha riferito che nel Presidio Nord gli “ecocardiogrammi urgenti” vengono effettuati dopo quattro mesi, circa.

A tal proposito ricordo i seguenti punti:

- se la richiesta del medico curante (sia esso medico di famiglia o un cardiologo) ha carattere di urgenza e tale urgenza è chiaramente specificata nella richiesta, l'utente può rivolgersi direttamente a me o ai miei collaboratori che, accertata l'urgenza (ad es. valutazione di una protesi valvolare, necessità di effettuare chemioterapia), effettueranno l'esame in tempi brevi (non più di sette gg.);

- il medico di famiglia o il cardiologo, nei casi di reale urgenza, possono anche telefonare personalmente al Servizio di Cardiologia (0773/655666 - 655660);

- qualsiasi esame a carattere di urgenza, comunque, non può e non deve essere “valutato” dal personale amministrativo del CUP;

- nel caso specifico dell'ecocardiocolordoppler, ricordo che c'è un solo apparecchio in tutto il P.O. Nord ed è allocato presso il Servizio di Cardiologia di Latina;

- attualmente vengono eseguiti 35 esami settimanali solo per gli esterni e altrettanti per i pazienti ricoverati;

- infine, la diagnostica strumentale per una utenza così vasta (nel Distretto Nord vi sono 250.000 abitanti, circa) non può essere delegata esclusivamente alle strutture ospedaliere, ma deve trovare risposte soddisfacenti anche e prevalentemente sul territorio da parte del Distretto stesso.

Francesco Davoli
Primario Cardiologo
del P.O. Nord

Importante la precisazione di Davoli anche perché tutti i primari e capiservizio, in effetti, si regolano allo stesso modo.

Anche alla luce di recenti disposizioni regionali, è indifferibile codificare e pubblicizzare i criteri di gestione delle prestazioni cosiddette urgenti, che, chiaramente, superano le liste di attesa. È necessario che vengano precisati i modi di accesso per ottenere tali prestazioni dai vari servizi erogatori, chi può certificare le urgenze e chi le può avallare, quali sono le urgenze da accogliere (una prestazione per medicina dello sport, per esempio, è da considerare urgente?) e quali sono i tempi di risposta massimi. □

Un saluto ed un ringraziamento

Cari Colleghi ed Amici, desidero esprimere i miei ringraziamenti e la commozione che provo nel ricevere oggi questo riconoscimento per i miei 50 anni di laurea.

È questa una data importante, a cui purtroppo non tutti arrivano: e in fondo, a ben pensarci, non corrisponde ad un particolare merito, ma solo ad un po' di fortuna.

Mi vengono in proposito in mente i versi detti in una analoga cerimonia da un caro collega, Alberto Pedicino, purtroppo da poco scomparso: “ma poi ... uno che invecchia, che fa de speciale? Puro un somaro po' diventa nonno!”

Comunque sia, oggi mi è caro ricordare che di questi 50 anni ne ho passati 45 negli ospedali, e sempre in pediatria: prima in Clinica pediatrica, per 14 anni, da allievo e da assistente, poi 10 anni nell'ospedale di Cassino e infine 21 anni qui a Latina.

Sono stati anni importanti, segnati dalla profonda trasformazione della medicina in questa seconda metà del secolo; e considero sia stato un grave impegno e insieme un particolare privilegio quello di averli vissuti.

Mi sembra giusto ricordare oggi i maestri (Frontali, Malaguzzi Valeri, Colarizi, Seganti) che ho avuto nella prima parte della mia vita professionale; e desidero ringraziare di cuore tutti i collaboratori che mi hanno così validamente affiancato nei 31 anni di primariato.

In questi anni ho cercato di mettere a frutto e di trasmettere gli insegnamenti ricevuti; molte cose poi ho io stesso imparato da quelli che mi

stavano accanto, e che hanno contribuito con i loro particolari interessi, con la freschezza del loro aggiornamento e con la quotidiana fatica, a far sì che questi tanti anni non siano stati vissuti inutilmente - o almeno così spero.

Consentitemi infine di coinvolgere e di ringraziare in questa speciale "festa di compleanno" anche le tre persone che hanno vissuto accanto a me la più gran parte di questi anni, riempiendoli di significato con la loro presenza ed il loro bene: mia moglie e i miei figli.

Eugenio Varcasia
Latina



Tra passato e futuro: l' Educazione Continua Medica (E. C. M.).

*“La mente umana è simile al paracadute.
Funziona solo quando è aperta.” (Charlie Chan)*

“Il presidente dottor Guido Colangelo propone di dare impulso a riunioni periodiche nei vari centri ospedalieri della Provincia con conferenze di illustri clinici ed anche manifestazioni intese ad incrementare l'aggiornamento culturale dei Medici. Il dott. Umberto Sartini sostiene l'importanza di esposizioni di casi particolarmente interessanti e difficili repertati nella casistica della provincia. Il collega Luigi del Torto, interpretando quanto detto da Sartini, propone la costituzione di una vera e propria Società Medico Chirurgica”. L'Assemblea approva dando mandato a Sartini e del Torto “di redigere lo schema di statuto della costituenda Società”; inoltre, su proposta del dott. Egisto Caradonna, si decide la pubblicazione di un bollettino o comunque di un periodico “come mezzo di collegamento tra tutti gli iscritti”. [N.d.R.: per verità storica, non si tratta di nepotismo il fatto che l'attuale direttore scientifico del bollettino sia il collega Alfredo Caradonna].

Quanto riportato è tratto dal verbale da me consultato dell'Assemblea ordinaria del 22 marzo 1952.

Il primo bollettino dell'Ordine venne pubblicato nell'aprile 1957, sotto forma di alcuni fogli ciclostilati e con un editoriale del presidente

dottor Bernardo Borretti. La Società Medica della provincia di Latina operò fino agli inizi degli anni settanta e nell'Assemblea ordinaria del 24 gennaio 1953 vennero eletti i primi componenti:

Pio Zaccagnini, Presidente; Guido Colangelo, Vicepresidente; Vincenzo D'Ettore, Segretario Cassiere; Mattia Tipaldi e Umberto Sartini, Consiglieri.

L'aggiornamento professionale, o come viene definito in termini moderni l'Educazione Medica Continua (E. C. M.), è divenuto un obbligo di legge per tutti i medici dipendenti pubblici, privati o libero professionisti, come da DLgs 229/1999 (per approfondire vedere all'indirizzo «<http://www.murst.it>» sotto la voce “normativa in vigore” del sito del Ministero dell'Università). L'E.M.C. si realizza “attaverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari – omissis – nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione- omissis-”.

In questo momento non sono chiare alcune delle modalità inerenti a quella che vorrei definire come una vera e propria rivoluzione nel campo dell'aggiornamento. Certamente il medico dovrà aggiornarsi “sia secondo percorsi formativi autogestiti

L'intervento

sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale e del Piano Sanitario Regionale". Egli dovrà accumulare dei crediti formativi, sotto forma di punteggio, che gli daranno la possibilità di continuare a svolgere la professione. Il Ministro Veronesi, il 27 luglio c. a., ha insediato la *Commissione Nazionale per la Formazione Continua*, di cui fanno parte alcuni componenti della FMOMCeO e sembra che già dal prossimo anno il tutto debba attivarsi.

referee per le discipline inerenti all'evento formativo (convegni, congressi, ecc.). Una volta approvata, l'iniziativa godrà di un punteggio che verrà accreditato al medico partecipante (si parla di accumulare 150 punti in tre anni). Compito dell'Ordine sarà quello di certificare l'avvenuto aggiornamento e di sanzionare coloro che risulteranno inadempienti. L'Ordine di Latina, come già riportato nell'articolo del precedente numero di *Medicina Pontina*, a firma della collega Ammendola, si sta ponendo in prima fila a livello nazionale, per affrontare con competenza queste novità, attraverso la presenza, già consolidata, di alcuni valutatori; ma anche sull'onda della volontà, proposta dal Presidente Righetti ed approvata in sede di Consiglio Direttivo, di organizzare un "MASTER" per valutatori, in collaborazione sia con l'Università *La Sapienza* di Roma sia con la *Regione Lazio*, e l'istituzione di una "SOCIETÀ" che, rinvigorendo i lungimiranti progetti dei nostri predecessori di cinquanta anni fa, possa essere accreditabile per la formazione nell'ambito della Regione Lazio.

La riuscita di questi intenti, darebbe la possibilità di mantenere alcune importanti iniziative culturali che contraddistinguono la nostra provincia, oltre a stimolarne altre, evitando possibili fenomeni di "colonizzazione" da parte di enti esterni, che potrebbero mortificare tutti coloro che nel nostro territorio si interessano da anni di aggiornamento professionale. L'invito che viene fatto ai Colleghi è di prendere contatto con l'Ordine per sviluppare queste iniziative che a breve vedranno luce. Per rapidità ricordo il nuovo numero verde, linea diretta con il Presidente, 800901715.

Roberto Lucchesi
Tesoriere dell'Ordine



Frontespizio di Latina Medica: così si chiamava il nostro bollettino nei primi anni 60

In sostanza, chi vorrà offrire formazione dovrà sottoporsi al giudizio della Commissione Nazionale o Regionale (per ora sarà attiva solo quella nazionale), che utilizzeranno dei

PENSIERI E PAROLE SU ABUSIVISMO E PUBBLICITÀ

Nell'epoca in cui ognuno reclama il proprio orgoglio di appartenenza ad una fazione politica, ad un club, ad un sesso..., vogliamo anche noi cominciare a sentire l'orgoglio di appartenere ad una ormai grande ed adulta famiglia professionale: quella odontoiatrica.

Negli ultimi anni abbiamo raggiunto vette di conoscenza e tecniche di intervento riabilitative che fanno perdere nel passato l'immagine negativa del "cavadenti, dispensatore di dolore". A questa nuova immagine, però, non corrisponde una comune dignità professionale: spiace dover ancora registrare la denuncia di atti contrari alle direttive ordinarie e dover speculare continuamente su comportamenti scorretti in tema di pubblicità. E' forse comprensibile, ma non accettabile, il comportamento di alcuni colleghi che praticano l'odontoiatria, i quali, forse pressati dalla pleora di studi e schiacciati dalle crescenti spese gestionali, tentano tutte le strade per incentivare la propria attività. Fioriscono sui giornali locali articoli pseudo-scientifici o di falsa divulgazione; ancor più deplorabili perché diffondono notizie scorrette, alimentando speranze d'interventi indolori e mettendo in difficoltà gli altri colleghi indotti a dare spiegazioni a difesa delle loro conoscenze e della loro professionalità. Ad aggravare le scorrettezze, gli stessi articoli vengono corredati dei dati anagrafici dello scrivente con l'intento di pubblicità occulta.

Se un articolo vuole essere

scientifico va pubblicato su riviste specializzate con corredo di metodologia clinica e di bibliografia.

Queste amare constatazioni sono state discusse in sede di Commissione Odontoiatrica, ove abbiamo ben chiaro che il precipuo nostro compito è quello di vigilare alla conservazione del decoro e dell'indipendenza della nostra professione; vi assicuriamo che tutti noi cercheremo di arginare il malcostume e le scorrettezze con tutti i mezzi che la legislatura vigente ci consente, senza alcun fine persecutorio nei confronti di nessuno.

Tale fermezza dovrà essere applicata alla lotta all'abusivismo che è pratica subdola, sfuggente ad ogni regola, di difficile individuazione e persecuzione. Lamentiamo, infatti, le difficoltà ad inquadrare il fenomeno perché esso si rigenera sulle sue ceneri come *l'araba fenice*; aggira leggi e regole; approfitta della legislazione, forse carente ma soprattutto poco severa e suscettibile di interpretazione.

La Commissione Odontoiatrica



RISOLUZIONE N° 7-00962
NUOVO TESTO APPROVATO DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione

- visto che nel corso dell'esame della legge sugli odontoiatri è stato approvato l'emendamento che prevede che i medici laureati ed abilitati entro il 1991 e che hanno optato entro tale data per l'iscrizione all'albo degli odontoiatri, possano continuare ad esercitare tale professione di odontoiatra senza dover sostenere alcuna prova selettiva ma solo un corso abilitante;
- visto anche il parere favorevole in merito espresso dalla XIV Commissione;
- visto che il Ministero della Sanità aveva già avviato le procedure per le prove a quiz a cui sottoporre tali professionisti;

impegna il Governo

a sospendere lo svolgimento di tali prove e a riformulare il decreto attuativo in un nuovo provvedimento che riconsideri le modalità di svolgimento della prova attitudinale, nel rispetto dei diritti acquisiti.

(7-00962). «Saia, Maura Cossutta, Giannotti, Gramazio, Cuccu, Baiamonte,
Lucchese, Dalla Rosa, Massidda, Giacalone, Dameri,
Signorino, Caccavari, Porcu, Divella, Giacco»

Comunicato stampa

LA REPUBBLICA DELLE SANATORIE

Anche quest'anno è in corso di approvazione la scandalosa sanatoria che, violando la legge, consente l'iscrizione ai corsi di laurea di studenti che non avevano superato le prove di ammissione. E' una situazione vergognosa, ha dichiarato il dr Giuseppe Renzo, Presidente della Commissione Odontoiatrica della FNOMCeO, che conferma l'impossibilità di programmare una seria politica universitaria.

Ancora una volta i "furbi" che non si sono preoccupati di studiare vengono premiati, con il prestigioso avallo parlamentare, senza che norme di legge o sentenze della Corte Costituzionale possano scalfire la "faccia tosta" di coloro che sanno bene che siamo in Italia e per giunta, come al solito, sotto scadenze elettorali.

Tutti sanno, ha continuato Renzo, che qualche TAR disposto a concedere ordinanze di sospensiva lo si trova sempre e, comunque, il Parlamento, come se non avesse cose più importanti da fare, è sempre disposto ad aiutare i poveri ragazzi "ingiustamente" bocciati.

Qualche voce autorevole anche sulla stampa finalmente denuncia con chiarezza questa insopportabile vergogna, ma tutti coloro che hanno a cuore il livello culturale della nostra Università e dei nostri futuri professionisti devono insorgere per impedire il perpetuarsi di un malcostume che avvilita l'Italia anche di fronte agli altri Paesi civili.

Giuseppe Renzo
Presidente della Commissione Odontoiatrica FNOMCeO

LE DOLENTI “NOTE”

Quando si parla di note siamo portati a pensare ad una canzone o, per i più raffinati, ad una sinfonia; comunque, a qualcosa di armonico che ci rilassa e che ci procura piacere.

Ma se ciò è vero in campo musicale, non si può dire altrettanto in campo medico; infatti, molto spesso le note rappresentano per noi fonte

classifica del dolore? Il mio mal d'orecchio non ha la stessa dignità di un dolore artrosico?”

Questa potrebbe essere una delle tante situazioni in un ambulatorio di un qualsiasi medico di famiglia della nostra penisola; ma con un paziente molto ... molto *paziente*, perché la maggior parte delle volte i termini ed il tono del discorso sono ben di-

versi. Altre volte, infatti, ci si sente dire: “Ma come! Me lo ha dato lo specialista da cui lei mi ha inviato!”

E noi? Noi continuiamo a discutere con uno spreco d'energie, meritevoli di essere impiegate per ben altre motivazioni. Nessuno si vuole sottrarre all'obbligo di rendicontare su nostre prescrizioni, ma questo costituisce un ulteriore aggravio al nostro lavoro. Noi medici di Medicina Generale vogliamo ot-

temperare a quello che è il nostro dovere di convenzionati, ma non vogliamo rappresentare il bersaglio di tutti.

Molte volte, per esempio, siamo chiamati a rendicontare sulla prescrizione di farmaci che hanno una connotazione chiaramente specialistica (anti-glaucomatosi ad esempio), per cui il nostro è un atto meramente trascrittivo; sarebbe auspicabile che quando uno specialista del SSN prescrive un farmaco con nota, indichi esplicitamente sulla ricetta le condizioni di prescrivibilità del farmaco in regime di convenzione; quando, invece, prescrive una terapia antidolo-



Vele sul mare di Gaeta

di disagio verso i pazienti e oggetto di continue discussioni nei nostri ambulatori.

“Dottore, da tre giorni ho un violento mal d'orecchio, che non mi fa dormire e non riesco più a lavorare serenamente”. Il dottore, dopo averlo visitato: “Caro signore, lei ha un'otite catarrale; per il dolore prenda questo farmaco”. “Dottore, perché me lo scrive sul ricettario bianco? Non è mutuabile? La nonna di un mio amico non lo paga”. “Caro signore, ora le spiego: questo farmaco è prescrivibile in classe A solo in caso di dolori di natura artrosica”. “Chiedo scusa, dottore, ma forse esiste una

rifica, spieghi chiaramente al paziente che il gastro-protettore dato in associazione è a suo totale carico. E, soprattutto, si eviti di dire: “se il tuo medico di famiglia vuole...”

Da quanto finora detto si evince chiaramente che non è mia intenzione rivolgere una critica sui contenuti delle note o sulla loro interpretazione: non è lo scopo di questo intervento. Voglio, semplicemente, lanciare un ulteriore messaggio, affinché vengano adoperate da tutti

quelle piccole accortezze che permettano di lavorare più serenamente. Spero, infine, che quanto detto possa costituire uno spunto per un ulteriore confronto tra noi medici, per addivenire ad una condivisa condotta comportamentale finalizzata ad una sempre migliore offerta di servizio.

Giacomo Bonelli

Consigliere dell'Ordine

Medico di

Medicina Generale Gaeta

Il problema dei rapporti tra il Medico di Medicina Generale e lo Specialista rimane ancora irrisolto: sotto certi aspetti appare un “dialogo tra sordi”. E' necessario precisare i codici di comportamento riguardo alla prescrivibilità, alla richiesta di ulteriori esami, all'accesso alle prestazioni, ecc. (nella sezione *Lettere* di questo numero, per esempio, c'è una nota del dr Davoli). A parte questi problemi “tecni-

ci”, è necessario che le due categorie attivino dei canali di comunicazione rapidi ed efficienti a tutto vantaggio dei pazienti e della nostra categoria.

Medicina Pontina propone un *forum* per iniziare ad affrontare il problema: il dr Bonelli, che si è mostrato sensibile al problema senza punte inutilmente polemiche, è invitato dalla nostra redazione ad organizzarlo. □



OSPEDALE UNICO VIRTUALE O OSPEDALE UNICO REALE PER IL SUD PONTINO?

Circa quindici anni fa, per la rima volta, si cominciava a parlare di “razionalizzazione” della rete ospedaliera dell’allora USL LT6. L’esigenza, si disse, emergeva dalla necessità di evitare reparti “doppione” nei tre ospedali situati in un raggio di circa dodici chilometri tra loro, e quindi di diversificarli introducendo nuove discipline con l’obiettivo di dare al territorio una maggiore autonomia sanitaria.

Si istituirono commissioni e si aprirono dibattiti, alternando momenti di intensa discussione a lunghi periodi di indifferenza; si organizzarono interminabili confronti, dai quali emersero, soprattutto, posizioni interessate e campanilistiche, che, pur essendo sostenute dalla politica, erano funzionali alle esigenze di alcune categorie ma non a quelle dei cittadini.

Tra le tante si fece strada anche qualche proposta ritenuta avveniristica, perché avanzava l’idea di una nuova ed unica struttura ospedaliera baricentrica nell’area del golfo, da realizzare in tempi medio-lunghi, sia pure nella convinzione che bisognava organizzare, nell’immediato, una “razionalizzazione temporanea” che tenesse conto dell’esistente. Tale ipotesi poggiava sulla convinzione che solo la costruzione di una nuova struttura poteva assicurare *comfort*, spazi ed efficienza organizzativa, come richiesto dalla moderna edilizia ospedaliera; la progressiva riduzione delle risorse disponibili, inoltre, non

consentiva la gestione di tre ospedali; l’accorpamento di tutte le discipline e servizi in un’unica sede, infine, avrebbe garantito un’elevata efficienza delle prestazioni sanitarie. L’immobilismo prevalse su tutto e si escogitò una singolare soluzione, tuttora vigente: si decise di istituire l’ospedale unico funzionale, che, in pratica, trasformava i tre nosocomi (Formia, Gaeta e Minturno) in padiglioni facenti parte di un unico “ospedale ideale”. Tale geniale operazione d’ingegneria amministrativa evitava la chiusura di strutture con meno di 120 posti letto, elaborando, di certo, una “soluzione politica ideale”, ma, altrettanto certamente, non un “ospedale ideale”.

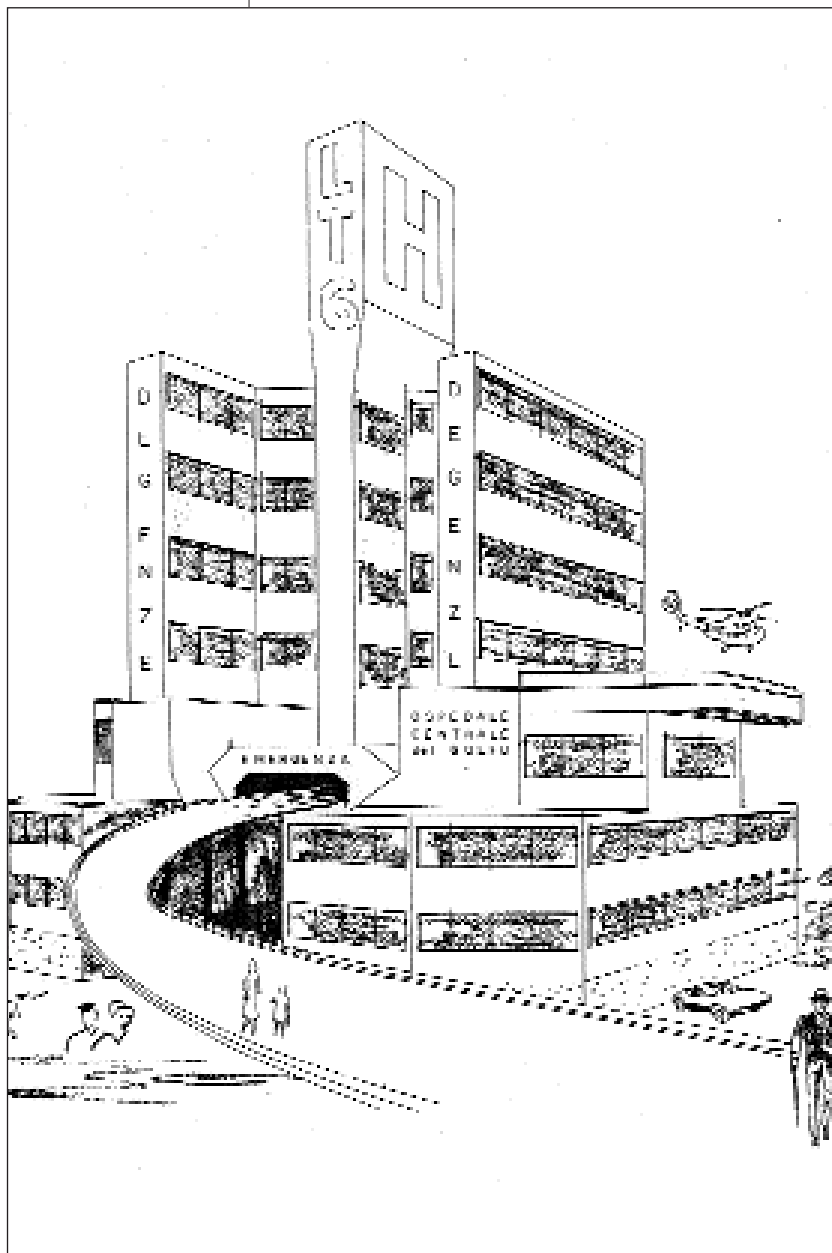
Facendo un salto fino ad oggi, bisogna dire che un ulteriore colpo all’idea di un possibile nuovo ed unico ospedale del golfo è stato inferto con la ristrutturazione (in parte ancora in corso) dei padiglioni esistenti, facendo radicare nell’immaginario collettivo un modello di rete ospedaliera ancora organizzato su tre presidi.

Nonostante tutto questo, sembra di avvertire, però, un rinnovato interesse verso l’idea di un nuovo ospedale; lo si sente anche tra i medici e nei sindacati che si danno da fare in convegni e dibattiti sul tema. Bisogna dirlo con franchezza: ci sono grandi responsabilità, se non altro per aver avallato soluzioni “tecnico-politiche” tutt’altro che logiche. I tempi, però, sono cambiati e, con essi, i bisogni della gente, che, infatti,

esige *comfort* ed elevata professionalità. Quest'ultima, a sua volta, è legata alla disponibilità di strumentazioni efficienti e tecnologicamente

nicchie di privilegio, che nel tempo si sono create ma che, oltre tutto, sono rischiose anche sul piano medico-legale. I cittadini, dall'altra parte, sono sempre meno disposti a mantenere con le proprie tasse servizi inadeguati ed inefficienti.

Circa un anno fa, a Stresa, si è tenuto un interessantissimo convegno, nel corso del quale si è delineato l'assetto dell'ospedale del futuro, che è caratterizzato da una struttura ad alta tecnologia, con un elevato assetto organizzativo, con pochi posti letto e con molti servizi funzionanti per 24 ore al giorno; tali modelli sono già presenti in molte realtà del Nord Italia. Il Ministro della Sanità ha fatto capire che molte strutture ospedaliere dovrebbero essere chiuse e ha dato l'incarico all'architetto Renzo Piano di elaborare il "modello" dell'ospedale ideale. Tutte queste condizioni, associate a qualche interessante iniziativa politica, come, per esempio, l'idea di individuare nel piano regolatore di Formia un'area per la costruzione di un futuro ospedale, costituiscono l'occasione per riaprire un serio dibattito su questo tema. Un contributo essenziale a tale importante obiettivo potrà essere offerto dal nostro Ordine,



*Così, già nel 1978,
Antonio Orgera
immaginava
l'Ospedale Centrale
del Golfo*

avanzate, a personale numericamente adeguato, ad un ottimale assetto organizzativo. Appena dieci anni fa, a differenza di oggi, non si sentiva il bisogno di tutto questo. Molti medici hanno capito che è molto meglio lavorare in una struttura che garantisca loro la possibilità di realizzare al massimo le proprie competenze professionali, di ritrovare le motivazioni, che si stanno man mano perdendo, piuttosto che rimanere legati a

ne, che, istituzionalmente *super partes*, dovrà favorire, per prima cosa, il confronto di tutte le componenti sociali interessate al problema.

Antonio Orgera
Consigliere dell'Ordine
Dirigente medico
Ospedale di Formia

BUON GIORNO DOTTORE, COME VA L'OSPEDALE DI LATINA?

Colgo l'occasione per augurare ad Alfredo Caradonna un periodo di importanti soddisfazioni alla guida del nostro Bollettino.

Nella speranza che possa suscitare sempre interesse un dibattito sul "pianeta ospedale", vorrei offrire un personale contributo.

Ho immaginato di rispondere alla domanda: Buon giorno dottore, come va l'Ospedale a Latina?

È proprio una bella domanda questa.

Se consideriamo l'Ospedale in genere come una stanza della nostra casa, dovremmo subito dire che è l'unica stanza lasciata in disordine, sporca e non curata nei dettagli. Ma il problema alberghiero non è il primo ed il più importante dei problemi.

Il nostro Ospedale è stato classificato negli ultimi anni come Dipartimento di Emergenza. Il Dipartimento di Emergenza, come tutti sanno, dovrebbe servire a garantire l'immediatezza e l'efficacia delle cure in caso di patologie gravi ed urgenti: una équipe medica e paramedica multidisciplinare dovrebbe affrontare con professionalità ed accuratezza tali emergenze mediche e seguire successivamente la risoluzione del caso fino alla guarigione. Sono questi dei concetti semplicissimi, direi quasi da contadino che racconta di sanità, ma credo sia opportuno ricordarceli sempre.

Le Aziende sanitarie, partorite dalla mente di De Lorenzo — sì, proprio lui, l'ex ministro liberale ben noto alle cronache giudiziarie di qualche anno fa — hanno dato il colpo di grazia all'organizzazione sani-

taria ed un esempio emblematico potrebbe essere proprio Latina.

Una trinità direttiva (direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario aziendale) è all'apice di una piramide di operatori sanitari che non hanno contatti tra loro e con l'apice stesso.

Abbiamo osservato, nella nostra Provincia, da Aprilia a Minturno, in questi ultimi anni, all'imponente opera di ristrutturazione edilizia che ha interessato ogni angolo dei nostri Ospedali, anche di quelli inutili e, sostanzialmente, dannosi alla luce degli attuali livelli di assistenza e organizzazione richiesti dalla medicina moderna. Chiaramente con un grande giro di miliardi e di appalti.

La trinità decide, ma non esiste la possibilità di consigliare, discutere o porre all'attenzione un problema. Una qualsiasi altra azienda degna di tale nome ha perlomeno un organo di controllo che si chiama consiglio di amministrazione, sconosciuto nelle Aziende sanitarie.

Torniamo ai lavori edilizi ed ai miliardi. Tante belle opere ma l'obiettivo dato al Direttore generale di una Azienda sanitaria è quello di risparmiare: quindi dobbiamo ringraziare la nostra direzione aziendale per aver saputo trasferire ingenti quantità di denaro da Roma capitale in Provincia, e dobbiamo anche ringraziare per aver saputo risparmiare sul personale ospedaliero e sulla gestione dei posti letto.

Accade così che, fino ad ora, nulla di sostanziale sia stato fatto per la diagnosi e la terapia del cittadino che ha un problema di salute. Chi si ammala a Latina non deve pensare co-

me gli altri: da quale bravo medico mi farò curare? A Latina deve pensare: da chi devo andare per arrivare a quel bravo medico? Oppure: vado al pronto soccorso, dico che mi sono fatto male improvvisamente, così mi fanno fare subito tutti gli accertamenti, gratis, per giunta! Poi li farò studiare dal Professore...



*Rappresentazione
del progetto iniziale
dell'attuale ospedale
di Latina*

E torniamo al Dipartimento di Emergenza: nulla è stato fatto; è solo un "pronto soccorstone" allargato alla Osservazione Breve, che è ben lungi dal risolvere le enormi problematiche dell'emergenza.

Ma non erano troppi i posti letto? Come si fa a dire, e penso a quel bel faccione bonario di Veronesi, che il malato non deve essere più curato in Ospedale? C'è l'assistenza domiciliare, i Day Hospital, i Distretti, nota dolente, anzi dolentissima e vergognosa. Cosa c'è a Latina di tutto ciò? I Distretti sanitari sono organizzati in modo tale da affrontare la patologia cronica e ambulatoriale tanto da permettere all'Ospedale di svolgere le sue funzioni nell'emergenza "vera"?

Volendo rispondere alla domanda iniziale, che veramente mi fanno in molti, potrei "sparare" questa rispo-

sta: gli ospedali andrà bene se

- 1) aboliamo le direzioni generali e lasciamo gestire le aziende ospedaliere da consigli di amministrazione, con o senza un presidente;
- 2) organizziamo i dipartimenti in base ai reali bisogni degli utenti che vi affluiscono eliminando il vergognoso concetto dei DRG;

- 3) strutturiamo una rete di poliambulatori periferici per non asfissiare le strutture ospedaliere e per dare maggiore professionalità alla medicina di base;
- 4) utilizziamo le strutture esistenti per aumentare i posti letto nei settori e discipline maggiormente carenti.

So di andare contro corrente, ma vi sembra che l'abbia sparata grossa?

Carlo De Masi
Dirigente Medico
Ospedale di Latina



Ecco i programmi della task force IL NEW HOSPITAL VERRÀ PIAN PIANO

Ospedali da week-end Valtur (camera singola con bagno); familiari al capezzale del malato a tutte le ore (sono i migliori "volontari" possibili); posti letto ridotti e più sale operatorie (una ogni dieci p.l.) per degenze da 2-3 giorni; blocchi degenze differenziati (high & low care): stylist Renzo Piano. Tutt'altro che paludato il professore approdato alla guida della Sanità (forse per restarvi anche dopo eventuali ribaltoni elettorali, comincia a ipotizzare qualcuno).

Nonostante l'apprendistato appena intrapreso (nemmeno un mese, con tanto inchiostro già scorso) non ha esitato a passare da sogno ad azione, a conferma di quanto dichiarato fin dalla prima uscita pubblica come ministro: «Per la Sanità ho già tante idee». Fra le altre forse quella di legare il proprio nome se non a una legge di riforma (la "quater", per ora inutilmente vagheggiata da qualcuno) almeno a un prototipo. Magari a doppia firma con un architetto evidentemente di fiducia e di sicura capacità come Renzo Piano.

E per meglio prepararsi a illustrare in Consiglio dei ministri (quello di venerdì scorso) la propria strategia, Veronesi si è dato da fare, organizzando in fretta un incontro con la collega Melandri (ovvero i Beni culturali, doverosamente inseriti in un brain storming che riguarda un patrimonio edilizio un pizzico datato) e il collega Nesi (cioè i Lavori pubblici)

che ha preannunciato un nuovo vertice di qui a quindici giorni, più l'architetto Piano -appunto- coinvolto (a titolo gratuito) nella progettazione delle corsie prossime (?) venture.

A supporto dello sforzo creativo un gruppo di studio che avrà il compito di elencare i criteri cui il prototipo messo a punto dovrà corrispondere. Che il termine prototipo non tragga in inganno: la questione - è stato chiarito - non è destinata a restare sulla carta. Pare (anzi no, è sicuro, lo ha detto Nesi a un quotidiano) che nel corso della ricognizione pomeridiana i tre ministri siano riusciti a individuare «una serie di poste in bilancio alle quali poter attingere per finanziare la realizzazione del progetto». Che dunque è destinato a essere realizzato sul serio, mattone

su mattone. «Né modellini, né tentativi di ristrutturazioni dell'esistente», ha garantito ancora Nesi, più generoso di dettagli.

L'operazione dunque partirà da zero.

C'è ancora da individuare il terreno (ma avendo ospedali con età media di 72 anni qualche giorno d'attesa si può tollerare) certo è che "sarà in periferia" e che una volta realizzato sarà mostrato alle Regioni perché ciascuna (coi mezzi che avrà) possa trarne libera ispirazione.

S.Tod.



“Dislocato su un’area di 12-15 ettari, di cui occuperà meno di un terzo, l’ospedale, a quattro piani, tutto informatizzato, è distinto in due blocchi, quello terapeutico (dotato di altissima tecnologia) e quello di degenza alberghiera; ideato per 450-500 posti letto per un costo di cinquecento milioni a posto letto.

Tra i dieci obiettivi, che sintetizzano il decalogo di regole a cui deve ispirarsi il nuovo ospedale, vi sono: la centralità del paziente, i cui bisogni nell’arco dell’intera giornata e i suoi diritti (essere informato e guidato, trovarsi in un ambiente sicuro, confortevole, senza eccessiva promiscuità) devono essere rispettati. L’organizzazione del lavoro deve limitare al minimo gli spostamenti del paziente (che saranno effettuati con scale mobili e tapis roulant) e l’ospedale deve caratterizzarsi come un luogo familiare al paziente, per cui, per la prima volta vengono introdotti

elementi architettonici inconsueti per l’edilizia ospedaliera, quali la strada, la hall di un albergo, l’auditorium, la galleria tipica di un centro commerciale. Il secondo principio è l’umanizzazione dell’assistenza per cui la corretta interazione medico-ambiente-paziente non si esaurisce all’ottimizzazione dei processi sanitari. L’obiettivo è un comfort ambientale, psichico e fisico del paziente con arredi, finiture a colori anche per le attrezzature e gli impianti specialistici che eliminino stimoli di paura e di disagio. Il principio dell’integrazione con il territorio e la città, colloca l’ospedale modello alla periferia della città, ma aperto ad essa, senza quel carattere di recinto esclusivo e specialistico, storicamente nato per proteggere i sani dai malati: quindi un ospedale di periferia, ma utile per recuperare aree abbandonate al degrado, con zone aperte di svago non solo per i pazienti”.



da *Il Sole 24 Ore Sanità* del 24-30 ottobre 2000

IN ARRIVO 28 NUOVI OSPEDALI: 3.700 MILIARDI PER 8.500 LETTI

«Vogliamo utilizzare il modello messo a punto dalla commissione Piano», hanno chiesto ufficialmente al Ministero della Sanità Toscana, Campania, Marche e, a Trieste, l’ospedale “Burlo Garofalo”. E la ri-

chiesta riguarda proprio la realizzazione di nuove strutture di ricovero da progettare secondo il modello ipertecnologico descritto dal ministro Veronesi: stanze singole (al massimo a due letti), degenze brevi e

tanta tecnologia in più rispetto alle strutture attuali. In Toscana, ad esempio, il prototipo è destinato al nuovo “Ospedale delle Apuane”, 450 posti letto su oltre 50mila metri quadrati, necessari dopo la chiusura di due strutture di ricovero più piccole e mal dislocate sul territorio.

Ma di ospedali nuovi nei programmi regionali ce ne sono almeno altri 28, secondo gli ultimi dati del Ministero della Sanità, per un totale di quasi 8.500 posti letto, quasi tutti finanziati con il meccanismo degli accordi di programma (alcuni lo sono con finanziamenti regionali e due con fondi INAIL) e di fondi sul piatto degli investimenti ne mettono per un totale di oltre 3.717 miliardi.

Le opere maggiori sono previste in Lombardia, dove a Bergamo il nuovo ospedale dovrebbe avere mille posti letto e la costruzione dovrebbe iniziare alla fine di quest'anno, e in Piemonte, con il nuovo ospedale di Biella, da 800 posti letto e il progetto è già in fase esecutiva.

In cantiere ci sono anche “nuovi ospedali” più piccoli. È il caso, ad esempio, di quello di Rapallo, in Liguria, il cui studio di fattibilità prevede 170 posti letto e quello di Vico del Gargano, in Puglia, che di posti letto ne dovrebbe avere 100 e che si affiancherebbe ad altre due nuove strutture regionali a Barletta e Putignano (finanziate, per ora, con fondi solo regionali, visto che l'amministrazione è indietro nella richiesta di fondi ex art. 20).

Anche in Friuli Venezia Giulia, grazie ai fondi del Programma regionale di Investimenti, è prevista la realizzazione di un “polo ospedaliero udinese” da 800 posti letto, mentre gli ospedali di Gualdo e Gubbio, in Umbria, e quello pediatrico di Acerra, in Campania, saranno costruiti con finanziamenti INAIL.

La media di posti letto prevista nelle nuove strutture in campo è di 402, con un costo, sempre calcolato mediamente, di circa 440 milioni a posto letto.



MA PERCHÈ NON COSTRUIAMO DUE NUOVI OSPEDALI E SE NE RIPARLA FRA TRENT'ANNI?

Abbiamo voluto corredare l'intervento "più pacato" di Orgera e quello "più rovente" di De Masi, sintomi diversi di un medesimo disagio, con articoli importanti per la comprensione del momento attuale.

Siamo, probabilmente, all'inizio di una nuova storia ed è necessario cercare di "salire sul treno" prima che questo riparta dalla "stazione di Latina".

Dopo alcuni anni di "azienda", ancora si discute quale sia il ruolo dei piccoli ospedali collinari, come se non fosse abbastanza chiaro da decenni; frattanto, gli ospedali dove afferisce il grosso delle emergenze (Latina e Formia) sono in affanno; nello stesso momento il Ministero della Sanità, dove c'è una "persona seria", fa un notevole passo avanti e ci prospetta "ospedali veri".



7 giugno 1959 - Il giovane Ministro Giulio Andreotti, anche in rappresentanza dell'On. Togni, Ministro dei L.L.P.P., alla cerimonia di copertura del nuovo ospedale di Latina - Al suo fianco il dr. Marcello Avvisati, presidente dell'ospedale "S.M. Goretti"

Dal momento che alcune regioni, come il Friuli, la cui edilizia ospedaliera è sicuramente migliore della nostra, hanno già programmato i nuovi ospedali, perché non pensiamo anche noi a mettere su due nuovi ospedali a Latina e a Formia con il sistema "chiavi in mano", che sembra funzionare tanto bene?

Le attuali strutture edilizie di Formia e Latina, per quanto riadattate e riberciate, potranno reggere la sfida di una sanità "pubblico-privata", che sarà misurata solo con i criteri dell'efficienza e dell'umanizzazione? Attribuito un ruolo alle strutture ospedaliere, già esistenti ma nuove e progettate con criteri abbastanza moderni, di Terracina e Fondi, c'è qualcuno che ancora pensi seriamente di offrire "medicina ospedaliera" in altre strutture, oltre Formia e Latina? E poi, non c'è da organizzare i Distretti in modo che siano i primi interlocutori dei cittadini e dei loro medici curanti, ruolo che, fino ad ora, è stato assicurato, sostanzialmente, dagli ospedali? Non c'è da "costruire" la facoltà di Medicina? Non c'è ...? Ci sono tali e tante cose da fare fuori degli ospedali

che le strutture esistenti saranno sicuramente insufficienti.

Qualcuno potrebbe dire: “Ma, i soldi?”. Sentite che cosa dichiara il nostro “ministrone”, che qualcuno accredita già fra i componenti del prossimo governo, anche di centro-destra, al *Sole 24 Ore Sanità* del 23-29 maggio u.s.: *“Se lei fa dei conti, anche molto semplici, vedrà che il costo di costruzione di un ospedale, chiavi in mano, completo di tutte le attrezzature, equivale al costo di gestione di quell’ospedale per un anno. E se considera che un ospedale ha una vita media di 30 anni [sic! – N.d.R.], vuol dire che la spesa impegnata è pari ad un trentesimo del costo complessivo di quell’ospedale e di tutte le gestioni per 30 anni. Ma un ospedale costruito bene e intelligentemente modernizzato, farà risparmiare un mucchio di soldi. E quel 3% impegnato all’inizio sarà largamente recuperato nei 30 anni di funzionamento della struttura”*.

Considerando le caratteristiche della nostra provincia, alcuni, da vario tempo, chiedono la suddivisione dell’azienda sanitaria in due (una a nord e una a sud), mentre altri vorrebbero staccare la zona di Aprilia a favore di Roma. Visto che gli ospedali si debbono sempre più raffinare e che i distretti hanno necessità di offrire una medicina di alto livello, invece di correre dietro a queste secessioni nostrane, non sarebbe meglio creare una o due aziende ospedaliere e una unica azienda territoriale? Quest’ultima, ereditando i vecchi ospedali, si dedichi a organizzare la medicina extra-ospedaliera, avendo particolare cura per i punti di primo intervento.

Cari colleghi, signori politici e amministratori, responsabili dei collegi professionali e dei sindacati, egregio Direttore Generale e apicali dell’ASL, cosa ne pensate?

Scrivete alla nostra Redazione.

Alfredo Caradonna



Visto l'interesse suscitato dall'articolo di Fernando Petrone, abbiamo ritenuto opportuno continuare il dibattito su argomenti importanti quali il morire, l'eutanasia e l'accanimento terapeutico. Per questo numero abbiamo quindi scelto di iniziare con la pubblicazione di un brano tratto dal libro *"Ai confini tra il nascere e il morire"* a cura di Stefano Bellentani e Camillo Valgimigli – Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della provincia di Modena – Luglio 2000.

LA SOLITUDINE DEL MORENTE OGGI

"... Una volta si raccontava ai bambini che nascevano sotto un cavolo, però essi assistevano alla grande scena degli addii al capezzale del moribondo. Oggi sono iniziati alla sessualità sin dalla più tenera età, ma quando non vedono più il nonno e se ne stupiscono, si dice loro che riposa in un bel giardino, in mezzo ai fiori".

Da *"La pornografia della morte"* di G. Gorer.

Già in questo volume Antonio Mantovani in *"Il dono della vita e la decisione della morte"*, e Gianna Milano in *"Ripensare la morte"* hanno evidenziato alcune problematiche generali dei confini del morire.

Il morire, così come il nascere, è stato sottolineato, non è più un evento biologico "naturale", ma se ne può determinare il momento. La morte, per esempio non è più legata a un attimo che, nei secoli passati, veniva indicato generalmente con l'esalazione dell'ultimo respiro, e, più modernamente, con il silenzio del battito cardiaco.

La morte viene cancellata e scompare, è oggetto di vergogna e diventa un tabù, prendendo il posto del sesso come principale divieto.

Le modificazioni principali dell'attuale atteggiamento si possono riassumere in questi due punti:

1. il morente è privato della sua morte;
2. il lutto è rifiutato.

La morte ieri e oggi

L'uomo per millenni è stato il padrone della sua morte, mentre oggi non lo è più. Innanzi tutto, era scontato che l'uomo sapesse di essere vicino alla fine, sia che se ne accorgesse da solo sia che bisognasse avvertirlo. In un tempo in cui le malattie un po' gravi erano quasi sempre mortali, la morte era quasi sempre preannunciata. Il problema di oggi è invece, quello di dire la verità al malato; dal momento in cui un grave pericolo minaccia un membro della famiglia, questa cospira per privarlo della informazione e della libertà. Il malato diventa un essere sotto tutela, come un bambino, diretto dai parenti, che sanno meglio di lui che cosa egli deve fare e sapere. È privato dei suoi diritti, in particolare di quello di conoscere la propria morte e di prepararla. L'originaria motivazione di non dire la verità al malato è stato il desiderio di risparmiare al malato

una pena. Ma nel tempo questo sentimento è stato sostituito da un altro, caratteristico della società contemporanea: evitare non più al moribondo, ma alla società, ai familiari stessi, il turbamento e l'emozione troppo forti, insostenibili, causati dall'orrore dell'agonia e dalla semplice presenza della morte nel pieno della vita felice, perché è ormai generalmente ammesso che la vita debba essere sempre felice o debba, comunque, sempre averne l'aspetto.

C'è il dovere morale e l'obbligo sociale di contribuire alla felicità collettiva; mostrando segni di tristezza si pecca contro la felicità, la si rimette in discussione e allora la società rischia di perdere la sua ragion d'essere.

La morte sempre più ospedalizzata

Questo è anche il motivo per cui la morte è sempre più "ospedalizzata": l'ospedale è il luogo in cui si ricevono cure e nel quale, proprio per questo, la morte può essere "mascherata" da malattia. Anche la famiglia preferisce in genere l'ospedalizza-



zione perché in tal modo la morte non entra in casa e costituisce così una questione tecnica delegata ai medici e infermieri. È importante in-

somma che la morte sia tale da poter essere accettata o tollerata da chi rimane (è il concetto di *acceptable style of living while dying*, cioè un accettabile stile di vita mentre si muore: al quale si contrappone *l'embarrassing graceless dying*, cioè la morte che mette in imbarazzo chi rimane — per questo si preferisce non dire nulla al malato—). Ma quel che importa non è tanto che egli sappia, quanto piuttosto il fatto, nel caso sappia, che egli sappia essere discreto; questo significa che egli dovrà far dimenticare agli altri di sapere, consentendo così a loro di comunicare con lui. Oltre che discreto, il morente deve essere aperto, perché la sua scontrosità provoca lo stesso imbarazzo del sapere che conosce la propria situazione.

Sempre più soli davanti alla morte

Oggi in definitiva non esiste un luogo per morire, né persone disposte a condividere l'angoscia della morte. È l'assoluta solitudine.

Certamente non è mai stato facile morire, ma le culture tradizionali avevano l'abitudine di circondare il morente e di ricevere le sue comunicazioni fino all'ultimo respiro.

L'uomo è sempre più solo davanti alla morte. Essa è sempre più ospedalizzata e rischia di diventare una questione delegata soltanto agli addetti ai lavori. Purtroppo, l'assistenza tecnica moderna prolunga l'assistenza dei malati, ma non li aiuta a morire. Uno dei più gravi problemi del morire infatti oggi è l'assoluta mancanza di una formazione psicologica degli operatori sanitari. Manca addirittura quasi del tutto la testimonianza dei medici; e manca perché i medici fra loro parlano poco della morte, degli

aspetti soggettivi della morte, del proprio vissuto o di quello che immaginano che sia il vissuto del paziente che muore.

La ragione di ciò risiede nella formazione: prevalentemente naturalistica e meccanicistica che il medico riceve soprattutto sulla base della medicina sperimentale.

Infatti nella facoltà di medicina non si parlava un tempo, né si parla oggi, quasi mai, del tema della morte, o, al massimo, lo si presenta chiamandolo “*exitus*” come un meccanismo biologico, il cessare di alcune funzioni organiche che “*esita*” appunto nella morte e nei suoi fenomeni naturali.

Medici e operatori impreparati di fronte alla morte

Mancano considerazioni della soggettività della persona che muore. E' vero che da alcuni anni è stato introdotto in alcune facoltà mediche l'insegnamento della psicologia (spesso al primo anno di corso addi-

rittura, ma si tratta in tutta evidenza di un “*additivo*” che non può modificare la struttura fondamentale della medicina che resta sostanzialmente positivistica e meccanicistica.

E così il medico, ma anche l'operatore sanitario in generale, arrivano impreparati e se anche acquisiscono in alcuni casi una sensibilità che permette loro di svolgere una quota di assistenza al morente, talvolta di buon livello, non ne parlano, evadono il discorso e se li si stimola a comunicare le loro esperienze personali e professionali sul problema della morte, pongono diverse resistenze, rimanendo quindi questo loro modo di assistere il morente di fatto una esperienza del tutto personale.

Comunque gli studi in merito confermano che si può superare il tabù della morte soltanto accettando davvero di “*condividerla*” con il morente, non lasciando che chi muore muoia solo.



LA CONDIZIONE PSICOSOCIALE DEL MORENTE

“... Parlo di ciò che conosco, avendo alle spalle un'infanzia in campagna. Là, fra quelle genti, la morte esisteva, era nei discorsi, ci si preparava ad una certa età ad incontrarla. Spesso i più anziani sostenevano di sentirla arrivare. Ci faceva così meno paura, somigliando al cambio delle stagioni, alla morte delle piante d'inverno, alla continua promessa del ritorno. In molti miei films ho tentato di restituire questo antico rapporto, forse illudendomi di esserci riuscito. Ma dove non è arri-

*vato il mio cinema, è certamente arrivato questo libro: **L'ospedale senza muri**, che, pur non sollevando alcun velo, evitando ogni curiosità morbosa, riesce a testimoniarcì, attraverso una miriade di dettagli tutti altamente significativi, ciò che accade a chi è condannato ad andarsene da un male incurabile, e come vivono questi giorni i suoi cari ...»*

da l'introduzione di Pupi Avati a “*L'ospedale senza muri*” di S. Giordani.

Roberto Lucchesi fa alcune considerazioni
e pone una domanda al collega Fernando Petrone

In Italia sta montando il dibattito sull'eutanasia e tanti sono i *tuttologi* che, pur di fare scalpore, dicono la loro. Giungeremo ad un referendum? Si può dire sì o no, rischiando di essere poi coinvolti, come per l'aborto, sull'ultima questione dei quindici giorni dell'embrione?

Oggi abbiamo la possibilità di offrire una apprezzabile qualità della vita a persone un tempo destinate all'exitus (dialisi, trapianti, chemioterapia, ecc.). Per questo la morte da alcuni è ritenuta non come un evento naturale ma errore terapeutico da sanzionare. Soprattutto nella Società fa paura la morte "dolorosa", che si

vorrebbe a tutti i costi evitare. Perché allora non "pretendere" una morte dignitosa, sia con l'aiuto delle cure palliative che attraverso una maggiore considerazione alla persona e non alle attrezzature? Sono queste le vie alternative che dovremmo percorrere.

In definitiva, chiedo a Petrone se ritiene "civile" legiferare sull'eutanasia; in altre parole, quali potrebbero essere i pericoli di politicizzare la morte.

Roberto Lucchesi
Tesoriere dell'Ordine



Riccardo Pedrizzi, Senatore della Repubblica,
invia un suo contributo sull'argomento

IL DOLORE COME DIMENSIONE UMANA: SEMILOGIA ED ASPETTI ETICI

Le cause del diffondersi di episodi come quelli di eutanasia, di suicidi assistiti, di accanimenti terapeutici e, più in generale, di certi tipi di trattamento dei malati incurabili o terminali sono molteplici ed investono modi di pensare e concezioni del mondo e della vita, che si sono affermate, soprattutto nell'era contemporanea.

Esse vanno ricercate, al di là delle situazioni contingenti e dei singoli

casi concreti, in atteggiamenti e comportamenti culturali che si sono andati diffondendo con e dopo la Rivoluzione francese attraverso modelli di vita, ideologie e dottrine libertari e radicali, che hanno come suprema istanza la libertà. Secondo i quali è lecito ed è eticamente accettabile tutto ciò che è liberamente voluto.

Nell'ambito di questo scenario, noi assistiamo a fenomeni mai regi-

strati prima nella storia dell'umanità.

Come quello dell'*occultamento della morte*.

Per millenni, il rapporto con la morte è rimasto fondamentalmente immutato: essa era al tempo stesso familiare, vicina e presente nella quotidianità.

Nel nostro tempo, invece, la morte fa paura al punto che non vogliamo più pronunciarne il nome.

In un contesto culturale ed ideologico di questo tipo, si spiegano le sempre più frequenti campagne di opinione per introdurre nel nostro ordinamento giuridico l'eutanasia ed il suicidio assistito.

Io dico subito che l'accettazione



culturale e giuridica dell'eutanasia o del suicidio assistito è un messaggio pericoloso non solo per la nostra società, ma anche per le future generazioni e per l'umanità intera, perché si tratterebbe di contribuire alla diffusione di quella che Giovanni Paolo II definisce "la cultura della morte", che si manifesta anche in tanti altri ambiti come la morte per fame, per guerre, per violenze, ma che tutti sono riconducibili ad una scarsa valutazione della dignità della perso-

na.

Al di là delle convinzioni religiose personali, infatti, non v'è dubbio che la vita debba terminare così come iniziata: naturalmente. Non può l'uomo impadronirsene. Non sta a lui decretarne la fine, per nessun motivo, fosse anche il più nobile. La vita è un bene indisponibile e intangibile, che non appartiene a nessuno di noi. Essa è un valore in sé, ha un significato ontologico che la rende indipendente dalla sua qualità e mai "inutile". La vita è sempre degna di essere vissuta e non soltanto se è sana. Per questo lo Stato deve tutelarla sempre e comunque, e non a seconda dei casi.

L'eutanasia rientra quindi in un contesto che vede prevalere la tendenza ad apprezzare la vita solo nella misura in cui porta piacere e benessere, per cui la sofferenza appare come uno scacco insormontabile di cui occorre liberarsi ad ogni costo.

Né si possono avallare eutanasia e suicidi assistiti con concetti del tipo della "giustificata necessità", come è stato invece affermato da alcuni tri-

bunali olandesi e giapponesi. Nella dottrina penalistica la giustificata necessità può intervenire in generale solo se l'atto è volto a evitare un pericolo imminente per sé stessi o per un'altra persona, in altri termini, se serve a salvare un bene da un pericolo. Le condizioni di giustificata necessità non sussistono quando si abbrevia la vita per abbreviare la sofferenza: in questo caso non viene evitato un pericolo che incombe su "un'altra persona", né "un bene viene

salvato dal pericolo”.

L'altra persona viene eliminata *tout court*; peraltro non rimane nessun "altra persona" che è stata sottratta al pericolo e non rimane alcun "bene salvato". Il principio della giustificata necessità interviene soltanto se qualcuno sottrae un altro da un pericolo nel senso di distogliere il pericolo da quest'ultimo, ma non nel caso in cui egli elimina la persona.

Il concetto della terapia di entità proporzionata, in questo caso, è interpretata correttamente se esso sta a significare che il dolore e la sofferenza non devono essere superiori all'effetto positivo ottenuto attraverso tale terapia.

Invece non è possibile accettare l'interpretazione del principio della proporzionalità, secondo la quale non va fornito alcun trattamento alla persona la cui "qualità della vita" non soddisfa i criteri di chi prende le decisioni al suo posto.

In pratica il buon senso vorrebbe che quando certi interventi medici non sono più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia, la medicina facesse un passo indietro e si fermasse dinanzi al corso naturale della malattia.

Questo significa che uno Stato che si rispetti ed una comunità che voglia definirsi civile, debbano incrementa-

re sempre più la ricerca ed investire risorse consistenti, sicuramente superiori a quelle attuali, nella terapia del dolore, nelle cure palliative con l'obiettivo di ridurre e lenire al massimo le sofferenze di chi nel dolore è al termine della propria esistenza.

Ha detto Giovanni Paolo II nel suo discorso all'Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la vita del 27.02.1999: *"il momento della morte è sempre accompagnato da una particolare densità di sentimenti umani: c'è una vita terrena che si compie; l'infrangersi dei legami affettivi generazionali e sociali che fanno parte dell'intimo della persona; c'è nella coscienza del soggetto che muore e di chi lo assiste il conflitto fra la speranza nell'immortalità e l'ignoto che turba anche gli spiriti illuminati"*.

In quel momento occorre fare in modo che nessuno sia e si senta mai abbandonato a sé stesso, solo dinanzi al dolore ed al buio.

Occorre far sentire all'ammalato che la comunità gli è vicina, che la famiglia non lo abbandonerà mai, che i medici hanno fatto tutto quello che era nelle loro possibilità, che i servizi socio-sanitari sono stati efficienti.

In questo clima, con questo calore attorno difficilmente ci sarà chi potrà pensare di ricorrere all'eutanasia o al suicidio assistito.

Riccardo Pedrizzi





Pubblichiamo, infine, l'indice della "Carta dei diritti dei morenti", edita nel giugno '99 da parte del Comitato Etico dell'Istituto Floriani. Il testo completo della pubblicazione è a disposizione di tutti presso la costituenda Biblioteca di Bioetica dell'Ordine.

Presentazione	5	Chi sta morendo ha diritto al sollievo del dolore e della sofferenza
Il Comitato Etico Fondazione Floriani. Una realtà in evoluzione		
Carta dei diritti dei morenti	6	Chi sta morendo ha diritto a cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato
Preambolo		
Le norme di riferimento		
Costituzione della Repubblica Italiana (1948)	7	Chi sta morendo ha diritto a non subire interventi che prolungano il morire
Convenzione sui diritti dell'uomo e la Biomedicina (1996)		
Codice di deontologia medica (1998)	8	Chi sta morendo ha diritto ad esprimere le sue emozioni
1 Chi sta morendo ha diritto a essere considerato come persona sino alla morte	9	Chi sta morendo ha diritto all'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
2 Chi sta morendo ha diritto a essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole	10	Chi sta morendo ha diritto alla vicinanza dei suoi cari
3 Chi sta morendo ha diritto a non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere	11	Chi sta morendo ha diritto a non morire nell'isolamento e in solitudine
4 Chi sta morendo ha diritto a partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà	12	Chi sta morendo ha diritto a morire in pace e con dignità



ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI (A.M.C.I.) SEZIONE DIOCESANA DI LATINA



L'AMCI di Latina offre alla lettura ed alla meditazione il testo della PREGHIERA DEL MEDICO, composta da Giovanni Paolo II in occasione del Congresso Mondiale dei Medici Cattolici, tenuto in Roma a luglio scorso. Questa preghiera era stata già scritta da Pio XII nel 1946, in occasione della fondazione di questa associazione; l'attuale pontefice ne ha voluto rinnovare i contenuti.

Signore Gesù,

Medico Divino, che nella tua vita terrena hai prediletto coloro che soffrono ed hai affidato ai tuoi discepoli il ministero della guarigione, rendici sempre pronti ad alleviare le pene dei nostri fratelli. Fa' che ciascuno di noi, consapevole della grande missione che gli è affidata, si sforzi di essere sempre nel proprio quotidiano servizio, strumento del tuo amore misericordioso. Illumina la nostra mente, guida la nostra mano, rendi attento e compassionevole il nostro cuore. Fa' che in ogni paziente sappiamo scorgere i lineamenti del tuo Volto divino.

Tu che sei la Via, donaci di saperti imitare ogni giorno come medici non soltanto del corpo ma dell'intera persona, aiutando chi è malato a percorrere con fiducia il proprio cammino terreno, fino al momento dell'incontro con Te.

Tu che sei la Verità, donaci sapienza e scienza, per penetrare nel mistero dell'uomo e del suo trascendente destino, mentre ci accostiamo a lui per scoprire le cause del male e per trovarne gli opportuni rimedi.

Tu che sei la Vita donaci di annunciare e testimoniare nella nostra professione il "Vangelo della vita", impegnandoci a difenderla sempre, dal concepimento al suo termine naturale, e a rispettare la dignità d'ogni essere umano, specialmente dei più deboli e bisognosi.

Rendici, o Signore, buoni Samaritani, pronti ad accogliere, curare e consolare quanti incontriamo nel nostro lavoro. Sull'esempio dei santi medici che ci hanno preceduto, aiutaci ad offrire il nostro generoso apporto per rinnovare costantemente le strutture sanitarie.

Benedici il nostro studio e la nostra professione, illumina la nostra ricerca ed il nostro insegnamento. Concedici infine che, avendo costantemente amato e servito Te nei fratelli sofferenti, al termine del nostro pellegrinaggio terreno possiamo contemplare il tuo volto glorioso e sperimentare la gioia dell'incontro con Te, nel tuo Regno di gioia e di pace infinita.

Amen

Giovanni Paolo II

Dal Vaticano, 29 Giugno 2000



ASSOCIAZIONE MEDICA APRILIANA

OBIETTIVO FORMAZIONE

L'Associazione Medica Apriliana (AMA) è stata fondata nel 1995 con l'intento di aggregare sotto il profilo culturale i medici operanti sul territorio di Aprilia.

Nonostante la sua giovane età, l'Associazione ha già organizzato, in collaborazione con l'ospedale *Bambino Gesù* di Roma, incontri interregionali di pediatria e serate monoteliche su argomenti medici e non

punto che dobbiamo riscrivere molti passi del nostro sapere.

In un periodo caotico come quello che la sanità sta vivendo è fondamentale, oserei dire vitale per la professione medica, la vera formazione.

Comunque, il nostro intento, a livello associativo, non è quello di sostituirci all'Ordine o all'Università, ma divenirne un fattivo strumento, soprattutto nella nostra provincia co-

si disgregante per la vastità del territorio, al fine di ottimizzare localmente l'aggiornamento professionale.

Come associazione abbiamo iniziato inviando un questionario a tutti gli iscritti, sia per una più stretta collaborazione tra i soci, ma soprattutto per conoscere i temi sui quali sviluppare il nostro programma di incontri monotelici.

Ci auguriamo che questa nostra iniziativa si dimostri utile anche per dibatterla in un incontro con le altre associazioni mediche della provincia ed il nostro ordine professionale, nell'intento di una programmazione futura comune.

Antonio Marchionni
Presidente



Aprilia
Chiesa Cattedrale

medici, avvalendosi anche della collaborazione di altre Associazioni locali quali il Rotary Club.

In un periodo in cui si parla ad ogni livello di formazione e si avverte sempre più la necessità di organizzare e migliorare il lavoro, l'AMA si propone di coinvolgere i medici in un progetto di aggiornamento professionale. La medicina, infatti, è sempre in continuo evolversi, a tal

AGGIORNAMENTO E FORMAZIONE PROFESSIONALE

a cura di Giovanni Maria Righetti

Egregio Collega,

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine, nella adunanza del Consiglio Direttivo del 23 novembre 2000, ha approvato tre iniziative nel campo dell'aggiornamento e della formazione professionale che rivestono una notevole importanza in previsione dell'introduzione, dal 1° gennaio 2001, dei crediti formativi.

La prima iniziativa riguarda la proposta di costituzione di una Associazione di promozione sociale per la formazione e l'aggiornamento, ben distinta dall'Ordine ma a questo collegata per la verifica della qualità della professione, con lo scopo di recuperare tutte le risorse umane esistenti nella provincia in questo campo e valorizzarle con il riconoscimento istituzionale delle loro attività mediante l'erogazione dei crediti formativi.

Potrai esaminare più attentamente nelle pagine seguenti le motivazioni di tale proposta e il testo dello statuto che, naturalmente, potrà essere migliorato. E' importante, però, che la costituzione della Associazione avvenga prima possibile: si propone, quindi, che l'approvazione dello statuto da parte dei cultori della materia avvenga in presenza di un notaio nel mese di dicembre 2000. Gli interessati sono pertanto invitati ad essere presenti quali soci fondatori:

GIOVEDI' 14 DICEMBRE – ORE 18,30 – PRESSO LA SEDE DELL'ORDINE

Attenzione: occorrerà comunicare l'adesione via fax (0773/489131) entro il giorno 13 dicembre con l'invio della fotocopia di un documento di riconoscimento e di eventuali proposte di modifica del testo.

La seconda iniziativa riguarda la organizzazione di un corso per "valutatori" della formazione, di intesa con la Facoltà di Medicina e Chirurgia della Università "La Sapienza" di Roma ed in collaborazione con l'Ordine di Modena, con l'obiettivo di esaltare il ruolo degli Ordini nel compito di verifica di qualità delle iniziative di formazione e di aggiornamento, elemento indispensabile per un loro accreditamento. Si tratta di un corso pilota che si svolgerà nel 1° semestre del 2000 e che avrà diffusione a livello nazionale.

La terza iniziativa consiste nella svolgimento di un corso di bioetica. Tale corso, richiesto da molti iscritti, è organizzato in collaborazione con la Associazione Italiana Donne Medico di Latina e con la Associazione Medici Cattolici Italiani, Sezione Diocesana di Latina.

L'inaugurazione del corso avverrà:

SABATO 16 DICEMBRE – ORE 10.00 – PRESSO LA SEDE DELL'ORDINE

LA BIOETICA: STORIA, ATTUALITA' E PROSPETTIVE

**RELATORE: DOTT. FERNANDO PETRONE
COORDINATORE COMITATO BIOETICA DELL'ORDINE**

Il corso proseguirà nei primi mesi del 2001 con un programma che sarà tempestivamente diffuso.

PROPOSTA DI ISTITUZIONE ASSOCIAZIONE PER LA EROGAZIONE DI FORMAZIONE

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

(omissis)

- **Ritenuto** che l'Ordine debba promuovere, ai sensi dell'art. 16 del Codice di Deontologia Medica, l'attività di aggiornamento e della formazione professionale permanente dei medici chirurghi e degli odontoiatri che svolgono la loro attività nella provincia di Latina, onde garantire il continuo adeguamento delle conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico, nell'ambito dello "sviluppo continuo professionale" di cui l'"educazione continua medica" è una delle principali componenti;
- **Visto** l'art. 14 del Decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229, che prevede la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo, e sviluppato sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale;
- **Considerato** che il riconoscimento della frequenza alle attività di formazione continua avverrà mediante l'attribuzione dei crediti formativi e l'accREDITAMENTO dei soggetti che svolgono attività formative;
- **Ritenuto**, pertanto, indispensabile recuperare ai predetti livelli istituzionali tutte le risorse in tale campo esistenti nella provincia attraverso la costituzione di una Associazione di promozione sociale tra gli iscritti cultori della materia;
- **Ritenuto** che, in tale ambito, l'Ordine debba svolgere il ruolo di soggetto deputato alla valutazione degli eventi formativi e alla individuazione dei valutatori, piuttosto che quello di soggetto erogatore vero e proprio della formazione,

DELIBERA

Per quanto sopra esposto,

- Di promuovere, la costituzione di una "Associazione di promozione sociale" tra i propri iscritti, con lo scopo di erogare attività formative riconosciute dalla normativa vigente;
- Di approvare la relativa proposta di statuto allegata alla presente e di diffondere l'iniziativa tra gli iscritti al fine di favorire la più ampia partecipazione all'iniziativa.

(omissis)

STATUTO

TITOLO I - GENERALITÀ E SCOPI

Art.1 – Al fine di garantire lo “sviluppo professionale medico”, ed in particolare la “educazione continua medica”, avvalendosi anche dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina in quanto Ente ausiliario dello Stato posto a garanzia della qualità della professione, è istituita in Latina una Associazione di promozione sociale, senza fini di lucro, denominata “SCHOLA MEDICI PONTINA” con sede legale in Latina, Piazza A. Celli n.4, presso la sede dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina.

Art.2 - La associazione ha per scopo:

- a) promuovere la educazione medica continua dei medici chirurghi e degli odontoiatri che svolgono la loro attività nella provincia di Latina e nella Regione Lazio;
- b) concorrere alla “formazione continua” dei medici chirurghi e degli odontoiatri che svolgono attività professionale per conto delle strutture pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale nelle forme e con le modalità previste dal Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni ed integrazioni;
- c) favorire l’attività di docenza dei soci ;
- d) contribuire alla realizzazione di programmi di promozione della salute e degli interventi di educazione a favore dei cittadini e, in particolare, della popolazione scolastica;
- e) promuovere la salvaguardia della cultura e dell’arte in campo sanitario di particolare interesse sociale;
- f) svolgere attività di ricerca scientifica in campo sanitario di particolare interesse sociale anche su affidamento di università, enti di ricerca ed enti locali;
- g) promuovere la tutela dei diritti civili in campo sociosanitario.

Art.3 - Per realizzare le finalità di cui all’art.2 può organizzare ed effettuare, limitatamente all’ambito regionale del Lazio, corsi, convegni e seminari e tutto quanto non espressamente specificato possa servire agli scopi anzidetti. Non potrà svolgere attività diverse da quelle sopra menzionate ad eccezione di quelle ad essa direttamente connesse, fatte salve eventuali determinazioni dell’autorità governativa ai sensi dell’art.28 c.c.

TITOLO II - ORGANI

Art.4 - Possono essere ammessi come soci i medici chirurghi e gli odontoiatri, cultori della materia, regolarmente iscritti all’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina.

Essi si distinguono in:

- a) soci fondatori: coloro i quali, cultori della materia, hanno partecipato alla costituzione della associazione;
- b) soci ordinari: coloro i quali, cultori della materia, fattone richiesta ed adempite le relative formalità, vengono accertati come tali dall’organo a ciò deputato;
- c) soci benemeriti e sostenitori: persone, enti, organismi, istituti che condividono e sostengono concretamente gli scopi dell’Associazione.

Art.5 - Hanno diritto al voto e possono accedere alle cariche sociali solo ed esclusivamente i soci fondatori e i soci ordinari che siano in regola con il versamento della quota associativa.

I soci fondatori ed i soci ordinari sono tenuti:

- a) alla corresponsione della quota annuale la cui entità e termine di pagamento è determinata dall’Assemblea con un anticipo di almeno tre mesi. Sono tenuti, altresì, al pagamento di quote straordinarie per l’effettuazione di particolari attività sociali o per la copertura di perdite sopraggiunte, con le medesime modalità;
- b) ad osservare lo statuto e tutte le deliberazioni assunte dall’Assemblea dei soci e dal Comitato Direttivo.

Art.6 - La qualità di socio si perde per recesso, per esclusione o per decesso.

Art.7 - Il recesso è consentito a qualsiasi socio in qualunque momento e deve essere comunicato per iscritto.

Allorquando un socio receda dalla associazione non verrà restituita la quota di associazione che viene istituzionalmente versata all’atto di adesione a fondo perduto.

Art.8 - Il Comitato Direttivo escluderà il socio che:

- non versi la quota associativa da oltre un anno solare;
- non osservi le disposizioni dell’atto costitutivo e dello statuto;
- non osservi i deliberati dell’Assemblea dei soci nonché i deliberati del Comitato Direttivo;
- in qualunque momento danneggi moralmente e materialmente l’Associazione o fomenti

dissidi o disordine fra i soci.

Detta esclusione potrà comunque avvenire solo dopo che il Comitato Direttivo abbia formulato per iscritto almeno una volta una lettera di richiamo.

Art.9 - Anche i soci dichiarati esclusi non hanno diritto al rimborso della quota versata, così come tale diritto è escluso agli eredi del socio deceduto.

Art.10 - Gli organi della Associazione sono:

- a) l'Assemblea dei soci;
- b) il Comitato Direttivo;
- c) il Presidente;
- d) il Collegio dei Revisori dei Conti.

Art.11 - I soci sono convocati in Assemblea dal Comitato Direttivo almeno due volte all'anno mediante comunicazione scritta diretta a ciascun socio, inviata al domicilio risultante dal libro soci.

L'Assemblea deve pure essere convocata su domanda motivata e firmata da almeno un decimo (1/10) dei soci, a norma dell'art.20 Codice Civile.

L'Assemblea può essere convocata anche fuori della sede sociale purché in Italia.

Art.12 - L'Assemblea delibera sul bilancio preventivo e consuntivo, sugli indirizzi e direttive generali dell'Associazione, sulla nomina dei componenti il Comitato Direttivo e il Collegio dei Revisori dei Conti, sulle modifiche dell'atto costitutivo e statuto, sull'approvazione dei regolamenti interni, sull'ammontare della quota annuale associativa, e su tutto quant'altro ad essa demandato per legge o per statuto.

Art.13 - Hanno diritto di intervenire all'Assemblea tutti i soci in regola nel pagamento della quota annua di associazione.

I soci possono farsi rappresentare da altri soci anche se membri del Comitato Direttivo, salvo per l'approvazione di bilanci e le deliberazioni in merito a responsabilità di consiglieri.

Art.14 - L'Assemblea è presieduta dal Presidente del Comitato Direttivo, in mancanza dal Vicepresidente; in mancanza di entrambi l'Assemblea nomina il proprio Presidente.

L'Assemblea nomina il Segretario e, se lo ritiene il caso, due scrutatori.

Spetta al Presidente dell'Assemblea di constatare la regolarità delle deleghe ed in genere il diritto di intervento all'Assemblea.

Delle riunioni di Assemblea si redige processo verbale firmato dal presidente e dal Segretario ed eventualmente dagli scrutatori.

Art.15 - Le Assemblee sono validamente costituite e deliberano in prima convocazione con la maggioranza dei voti e con la presenza di almeno la metà degli associati, in seconda convocazione la deliberazione è valida qualunque sia il numero degli intervenuti.

Per deliberare modifiche dell'atto costitutivo e dello statuto occorrono la presenza di almeno tre quarti (3/4) degli associati ed il voto favorevole della maggioranza dei presenti.

Per deliberare lo scioglimento della Associazione e la devoluzione del patrimonio occorre il voto favorevole di almeno tre quarti (3/4) degli associati.

Art.16 - L'Associazione è amministrata da un Comitato Direttivo composto di sette membri, eletti per la prima volta all'atto della sua costituzione e successivamente dall'Assemblea dei soci, tra i soci fondatori.

Il Comitato Direttivo dura in carica per due anni solari; esso nomina nel proprio seno un Presidente, un Vice Presidente, un Segretario ed un Tesoriere, ove a tali nomine non abbia provveduto l'Assemblea dei soci. Il Presidente non può essere eletto nella carica limitatamente al biennio successivo.

In caso di dimissioni o di revoca da parte dell'Assemblea dei soci, di uno dei Consiglieri, questi viene sostituito con un nuovo Consigliere eletto dalla stessa Assemblea.

Art.17 - Il Comitato Direttivo si riunisce, anche in luogo diverso dalla sede sociale purché in Italia, tutte le volte che il Presidente lo ritenga necessario o che ne sia fatta richiesta dalla maggioranza dei suoi membri e comunque almeno una volta all'anno per deliberare in ordine al consuntivo ed al preventivo.

Il Comitato Direttivo è validamente costituito quando sono presenti almeno cinque Consiglieri e delibera all'unanimità dei presenti.

Le riunioni del Comitato Direttivo sono presiedute dal Presidente, in sua assenza dal Vice Presidente, in assenza di entrambi dal più anziano di età dei presenti.

Il Comitato Direttivo è investito dei più ampi poteri per la gestione ordinaria e straordinaria dell'Associazione, senza limitazioni. Esso procede:

- a) alla compilazione dei bilanci preventivi e consuntivi;
- b) alla compilazione del regolamento per il funzionamento dell'Associazione, la cui osservanza è obbligatoria per tutti gli associati.

c) alla determinazione dell'ammontare della quota associativa annuale precisandone i criteri di determinazione.

Tutte le dette voci devono essere approvate dall'Assemblea.

Il Presidente rappresenta l'Associazione nei confronti dei terzi ed in giudizio, cura l'esecuzione dei deliberati dell'Assemblea e del Comitato Direttivo.

Art.18 - La gestione dell'Associazione è controllata da un Collegio dei Revisori dei Conti, costituito da tre membri, eletti democraticamente dall'Assemblea dei soci per due anni solari.

I Revisori accertano la regolare tenuta della contabilità sociale e redigono una relazione ai bilanci annuali, potranno accertare la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e di Titoli di proprietà sociale e potranno procedere in qualsiasi momento, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo.

TITOLO III - ATTIVITA', PATRIMONIO, ESERCIZIO SOCIALE E BILANCIO

Art.19 - L'Associazione non persegue scopi di lucro e trae le risorse economiche per il funzionamento e per lo svolgimento della propria attività da:

- a) quote e contributi degli associati;
- b) eredità, donazioni e legati;
- c) contributi dello Stato, delle Regioni, di enti locali, di enti o di istituzioni pubblici, anche finalizzati al sostegno di specifici e documentati programmi realizzati nell'ambito dei fini statutarî;
- d) contributi dell'Unione Europea e di organismi internazionali;
- e) entrate derivanti da prestazioni di servizi convenzionati;
- f) proventi delle cessioni di beni e servizi agli associati e a terzi, anche attraverso lo svolgimento di attività economiche di natura commerciale, svolte in maniera ausiliaria e sussidiaria e comunque finalizzate al raggiungimento degli obiettivi istituzionali;
- g) erogazioni liberali degli associati e di terzi;
- h) entrate derivanti da iniziative promozionali finalizzate al proprio finanziamento, quali feste e sottoscrizioni, anche a premi;
- i) altre entrate compatibili con le finalità sociali dell'Associazione.

I proventi come sopra specificati concorrono a formare il patrimonio della Associazione.

Art.20 - Il patrimonio dell'Associazione deve essere destinato esclusivamente ai fini e per gli scopi di cui all'art.2 del presente statuto.

Art.21 - L'esercizio sociale va dal 1° gennaio al 31 dicembre di ogni anno.

Alla fine di ogni anno il Comitato Direttivo provvede alla compilazione del bilancio dal quale dovranno tra l'altro risultare i beni, i contributi o i lasciti ricevuti e che dovrà essere presentato all'Assemblea dei soci per l'approvazione entro quattro mesi dalla chiusura dell'esercizio.

Ciascun associato dovrà ricevere nei quindici giorni precedenti alla data dell'assemblea che approva il bilancio apposita comunicazione contenente il rendiconto della gestione ed il bilancio.

Art.22 - Fatto salvo il carattere istituzionale della Associazione, è vietata la distribuzione, anche indiretta, di utili o avanzi di gestione nonché fondi, riserve o capitale durante la vita della Associazione, a meno che la destinazione o la distribuzione non siano imposte per legge o siano effettuate a favore di altre associazioni che per legge, statuto o regolamento fanno parte della medesima ed unitaria struttura. Gli utili o gli avanzi di gestione devono essere impiegati solo per lo svolgimento delle attività istituzionali e di quelle ad esse direttamente connesse. E' tuttavia consentita la costituzione di riserve vincolate a singole iniziative istituzionali od a fini solidaristici.

Art.23 - Il Comitato Direttivo e il Collegio dei Revisori dei Conti possono prevedere per i loro componenti un gettone di presenza in analogia a quanto previsto dalla disciplina O.N.L.U.S. per i componenti gli organi della Associazione, purché questa non superi l'ammontare massimo indicato dall'art.10 comma 6 del Decreto Legislativo n.460/97.

TITOLO IV - LIQUIDAZIONE

Art.24 - L'Assemblea dei soci, in caso di scioglimento dell'Associazione, nominerà uno o più liquidatori stabilendone i poteri. I beni che residueranno dopo l'esaurimento della liquidazione, comprese le quote sociali versate, verranno devoluti a fini di utilità sociale.

Art.25 - Per quanto non espressamente disposto nel presente statuto si intendono richiamate le disposizioni del Codice Civile e delle leggi in materia di associazioni.

PROPOSTA DI ISTITUZIONE CORSO PER VALUTATORI DI FORMAZIONE

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

(omissis)

- Ritenuto che l'Ordine, nell'ambito del processo in atto, previsto dalla legge, finalizzato alla realizzazione della educazione medica continua dei medici chirurghi e degli odontoiatri, debba essere l'interfaccia principale del sistema quale soggetto deputato alla valutazione degli eventi formativi e alla individuazione dei referees con meccanismi non discrezionali;
- Ricordato che, in questo campo, l'Ordine ha svolto, insieme a quello di Modena, una attività pionieristica realizzando, nel 1999 e nel 2000, due corsi di formazione per valutatori della formazione;
- Ravvisata l'opportunità, vista la decisione del Ministero della Sanità di rendere effettiva dal 2001 l'erogazione di crediti formativi per la partecipazione ad attività formalmente accreditate, di rendere ancora più incisiva l'attività dell'Ordine in questo campo,

DELIBERA

- Di approvare la realizzazione di un corso per valutatori di formazione nel I° semestre 2000, insieme alla Università "La Sapienza" di Roma, Facoltà di Medicina e Chirurgia, in collaborazione con l'Ordine di Modena, secondo la proposta allegata alla presente delibera ;
- Di precisare che, entro il mese di dicembre, saranno individuati i nominativi dei relatori, la data e la sede, il costo di iscrizione, il numero massimo dei partecipanti e le modalità di partecipazione al corso, di intesa con le sopra citate istituzioni.

(omissis)

CORSO PER VALUTATORI DI FORMAZIONE

OBIETTIVO GENERALE (Obiettivo formativo): Alla fine del corso, i discenti dovranno essere in grado di valutare sia la presenza, validità e chiarezza degli obiettivi didattici della Formazione, che l'effettivo livello del loro raggiungimento, nonché l'adeguatezza delle strutture, dell'organizzazione, della metodologia didattica e della performance dei relatori/docenti per quanto attiene alla capacità di trasmissione della conoscenza e stimolo all'apprendimento. I parametri della suddetta valutazione sono oggetto della presente formazione.

Prima sessione:

CONCETTI DI FORMAZIONE

L'obiettivo generale è quello di fornire basi e premesse cognitive su:

- Cosa è la formazione.
- Distinzione tra "informazione", "addestramento (o training)" e "formazione".
- Cosa sono gli obiettivi educativi.
- Cosa sono i metodi didattici.
- Cosa sono gli strumenti didattici.

Seconda sessione :

FORMAZIONE ALLA FORMAZIONE

Si intendono fornire premesse cognitive ed esperienziali fondamentali per saper programmare ed attuare l'organizzazione di eventi formativi/informativi, sia dal punto di vista dell'organizzazione che del docente/relatore, per permettere una più consapevole valutazione delle competenze e delle performance pertinenti alle attività di formazione.

ORGANIZZAZIONE

- Identificazione delle necessità di formazione.
- Identificazione degli obiettivi didattici.
- Progettazione dell'intervento formativo.

DOCENZA

ELEMENTI DI COMUNICAZIONE 1

- Gli assiomi della comunicazione.
- La comunicazione come processo.
- Il *feedback*.
- Linguaggio verbale e non verbale.
- L'ascolto.
- La dinamica della relazione di gruppo.

ELEMENTI DI COMUNICAZIONE 2 (DELLA DOCENZA)

- Approfondimento su: gli obiettivi didattici.
- Interazione con la Committenza.
- Definizione degli obiettivi del docente.
- Progettazione dell'intervento.
- Test dell'apprendimento (per training e formazione).

Terza sessione:

LA VALUTAZIONE

Ha lo scopo di fornire le premesse cognitive fondamentali su:

- Cosa è la valutazione.
- Cosa valutare.
- Strumenti della valutazione.
- I fattori di errore.
- Finalità della valutazione.
- I crediti formativi.

Quarta sessione :

LA VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE

Si intendono applicare le premesse cognitive ed esperienziali al processo di valutazione per valutare le performance pertinenti agli eventi formativi/informativi, sia per quanto attiene all'organizzazione che alla performance didattica del docente/relatore.

- Il processo di valutazione (il buon Valutatore).

VALUTARE L'ORGANIZZAZIONE

- Parametri e Criteri della valutazione dell'Organizzazione.
- Il *feedback*.

VALUTARE LA DOCENZA

- Parametri e Criteri della valutazione della Docenza.
- Parametri e Criteri per la valutazione dell'apprendimento del discente.
- Il *feedback*.

Quinta Sessione:

PREPARAZIONE PRATICA

- Addestramento all'uso della scheda di valutazione.
- Incontri di follow-up e integrazione delle esperienze sul campo.

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN BIOETICA

IL CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE

(omissis)

- Ricordato che l'Ordine deve promuovere, ai sensi dell'art.16 del Codice di Deontologia Medica, l'attività di aggiornamento e della formazione professionale permanente dei propri iscritti onde garantire il continuo adeguamento delle conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico, nell'ambito dello "sviluppo continuo professionale" di cui l'educazione continua medica è una delle principali componenti;
- Ritenuto che l'Ordine, oltre a svolgere il compito di verifica della qualità delle iniziative di aggiornamento svolte da altri, sia Ente deputato ad erogare direttamente formazione in alcuni ambiti peculiari quali la deontologia, la bioetica, la metodologia delle decisioni e degli errori;
- Ritenuto necessario organizzare un corso di aggiornamento in tema di bioetica, in collaborazione con l'Associazione Italiana Donne Medico di Latina e l'Associazione Medici Cattolici Italiani, Sezione Diocesana di Latina;
- Ravvisata l'opportunità che tale corso sia predisposto con i criteri e le modalità previste dal Ministero della Sanità per il suo accreditamento al fine di rilasciare i crediti formativi ai partecipanti;
- Ravvisata, inoltre, l'opportunità che tale corso sia predisposto con i criteri e le modalità previste dalla F.N.O.M.C. e O. per la concessione del contributo previsto per l'anno 2000;

DELIBERA

- Di approvare l'organizzazione di un "CORSO DI BIOETICA", le cui finalità sono limitate all'aggiornamento professionale, secondo i fini istituzionali di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni ed integrazioni;
- Di precisare che il corso è riservato esclusivamente ai medici chirurghi ed agli odontoiatri iscritti all'Ordine;
- Di specificare che non è prevista alcuna spesa a carico dei partecipanti;
- Di precisare, inoltre, che sarà esclusa qualsiasi forma di sponsorizzazione o pubblicità diretta o indiretta;
- Di approvare il seguente programma:

sabato 16 dicembre 2000 – ore 10.00-12.30

**LA BIOETICA: STORIA,
ATTUALITA' E PROSPETTIVE**

Relatore: Dott. Fernando Petrone

Coordinatore Comitato Bioetica Ordine Medici Latina

(segue programma, omissis)

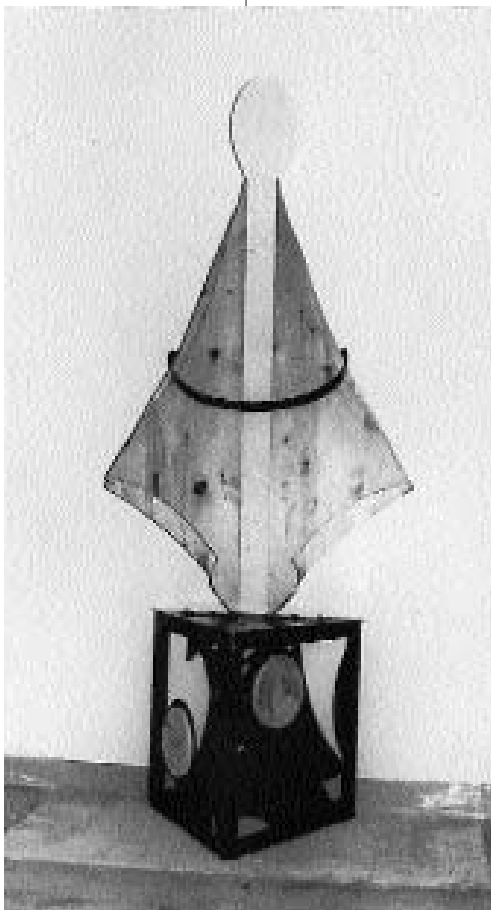
- Di precisare che gli incontri si terranno alla sala dell'Ordine, sita in p.zza Celli 4, Latina, che risulta essere adeguatamente attrezzata;
- Di sottoporre a verifica di qualità tale iniziativa secondo i più corretti metodi di valutazione;
- Di richiederne l'accreditamento al Ministero della Sanità per l'erogazione dei crediti formativi;
- Di richiedere il contributo della F.N.O.M.C.e O. previsto per l'anno 2000;

(omissis)

Presentiamo un aspetto “nuovo” di GIANNI ISABELLA, che, prima farmacista, poi pediatra, ora scopriamo anche scultore raffinato. Ha realizzato tante opere interessanti, che si possono ammirare nel suo *atelier* di palazzo Braschi a Terracina e, per esempio, presso l'ospedale *Alfredo Fiorini*. Nell'offrire alcune sue opere, riportiamo la presentazione scritta dall'On. Maria Burani.

E IL LEGNO È DIVENTATO ARTE

Gianni Isabella è quello che si suol definire “un creativo” ed un curioso della vita. Lo ha dimostrato fin dalla sua giovinezza quando dalle



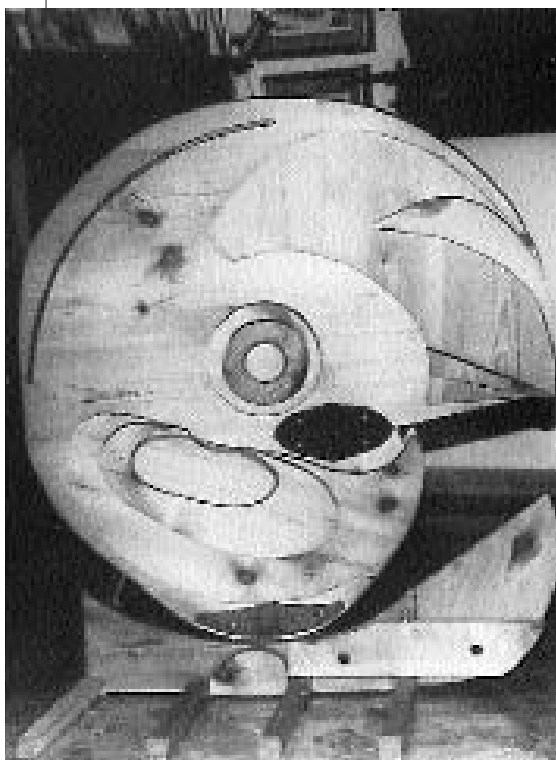
“creazioni”, ormai molto limitate della farmacopea, ha preferito volgersi alla medicina ed alla pediatria in particolare, nella quale meglio poteva esprimere il calore umano, la naturale generosità e disponibilità, la maniera gioiosa e trascillante con cui seguire i piccoli pazienti dalla culla all'ingresso nella pubertà. Anche per Gianni Isabella, come in un celebre titolo degli anni settanta, è consueto guardare la bella gioventù delle nostre parti e dire: “Erano tutti miei figli”.

Collezionista fantasioso Gianni viene però anche da una famiglia che l'estro artistico e creativo ce l'ha nel

sangue (sua sorella Emilia Isabella è una accreditata pittrice operante a Latina). Ed ecco appunto il nostro pediatra, collezionista ed artefice insieme ai suoi figli di deliziosi soldatini di stagno, un bel giorno ha scoperto che il legno è qualcosa di vivo che poteva adattarsi ai suoi sogni di bambino al di là del tempo e gli poteva prender forma tra le mani in una sorta di magica realizzazione. E il legno è diventato Arte. Erano gli anni in cui Gianni si soffermava a raccogliere con riverenza ed ammirazione le annose e fiabesche radici o i pezzi bizzarri di tronchi messi da madre natura a decorare la singolare e lunare collina di Campo Soriano. Poi quasi per gioco, in un gioco che fa parte, ripeto, del suo carattere, Gianni ha cominciato a passare dall'approccio timido e riverente alla carezza che rivela il nodo centenario, all'incisione che mette in luce la vena di colore. E la natura viva del legno gli ha risposto duttile e serena, misteriosa ed arcana, sacra messaggera di quell'amore che lega in un mistico cerchio le cose di tutto il creato.

Non per niente le dolci figure della “Maternità” e della “Madonna”, donate all'Ospedale di Terracina, sono appunto chiuse nell'eterno cerchio dell'amore. La prima emerge dalla culla ovoidale in cui madre e

figlio sono tutt'uno: la gestazione, per diversificarsi poi nelle due figure che si rispondono nei pieni e nei vuoti come a significare che il rapporto singolarissimo ed unico tra madre e figlio è qualcosa d'indisso-



lubile, radicato nelle viscere stesse della natura. Nella "Madonna" la piramide passa da antico simbolo falllico del potere violento a sintesi di valori eterni nei quali si esprime l'accoglienza nella sua più alta accezione.

La madre, il bambino indubbiamente sono centrali nella tematica creativa di Gianni Isabella ma lo è anche la ricerca nel tessuto della memoria d'antichi miti (vedi il motivo ricorrente del cavallo spesso simbolicamente accostato



allo scudo o alla conchiglia cui le nervature del legno prestano i magici colori del fossile).

Arte e artigianato, oggetto di pura contemplazione oppure oggetto di uso quotidiano che accompagna e scandisce i semplici gesti e i momenti della vita d'ogni giorno. In effetti il legno evoca con facilità tanto celebri portali, bellissime statue quanto semplici sedie, tavoli, letti, leggi. E il nostro pediatra, prestato tra un ambulatorio e l'altro al suo Parnaso creativo, (il Campo Soriano), con l'entusiasmo tipico del suo carattere scolpisce lampade, forgia sedie ardite e lineari, assembla a suo modo letti che fanno pensare al mitico talamo d'Ulisse.

Artista ed artigiano così come farmacista e medico, per Gianni Isabella il dualismo insito nel segno zodiacale non si smentisce mai e genera continua freschezza, spinge a mete sempre nuove, avvia verso strade e soluzioni che generano anche in chi lo conosce bene meraviglia e rispetto.

Maria Burani

UN CARDIOLOGO PRESTATO AL CALCIO



*Damiano Coletta in
serie B - Campionato
1981/82*

La passione per il calcio coltivata sin da bambino.

Le prime emozioni e le prime soddisfazioni all'età di 18 anni, con la maglia della squadra della mia città (Latina - C2).

A 20 anni l'indimenticabile soddisfazione del primo campionato vinto con il Latina (promozione in C1), contemporaneamente all'iscrizione alla facoltà di Medicina. Poi il grande salto in serie B con il Pescara. Misurarsi con il calcio ad un certo livello con l'impegno fisico e mentale che aumentava e l'esame di istologia da preparare.

Così è stato in tutti i vari anni di esperienza calcistica a livello professionistico con il mio girovagare per l'Italia (Nocera Inferiore, Giulianova, Andria) cercando di non allonta-

narmi troppo da Roma (sede universitaria).

Finire l'allenamento e poi di corsa a casa a studiare.

I lunghi viaggi per le trasferte, con i ritiri pre-partita trascorsi a studiare e con i miei compagni di squadra che rispettavano, a volte con ironia, il mio impegno.

Qualche allenatore che si preoccupava perché sprecavo troppe energie mentali sui libri ("Domani c'è una partita importante. Non stancarti troppo!...").

La soddisfazione di un fine partita, spesso dimenticata in fretta perché il giorno dopo c'era un esame da sostenere. Il mese di giugno, notoriamente di riposo e divertimento per il calciatore dopo la stagione agonistica, per me era il più duro.

C'erano gli esami della sessione estiva da superare, poi niente vacanze, si ripartiva per il ritiro pre-campionato.

L'ultimo anno tra i professionisti ad Andria (Cz) poi la scelta del rientro in zona (Fondi, Isola Liri, Cisterna) per campionati meno impegnativi perché ero alla soglia della laurea e c'era da frequentare la scuola di specializzazione in Cardiologia.

4/11/88: la mattina discussione della Tesi di Laurea, il pomeriggio ad allenarmi (giocavo nell'Isola Liri, nel campionato nazionale dilettanti).

L'ingresso alla scuola di specializzazione in Cardiologia, ancora esami da sostenere, nel '91 l'assunzione nell'UTIC dell'Ospedale S.M. Goretti ("...Dottore, ma lei non sarà

I medici pontini sportivi

mica quel Coletta che giocava nel Latina!") e l'intenzione a smettere.

Invece ho continuato ancora per alcuni anni (Genzano, Terracina, Priverno), grazie alla disponibilità dei miei colleghi della Direzione nell'organizzarmi i turni e le notti.

La decisione di smettere col calcio giocato (nel '96, a 36 anni) e contemporaneamente l'inizio della mia attività di allenatore (Priverno, Sezze, attualmente B.go Montello) per provare ad insegnare calcio.

L'attività in sala operatoria per l'impianto di pace-maker, gli aggior-

namenti a Roma e poi di corsa al campo, dopo aver tolto il camice ed indossato la tuta, ad allenare, a scariarmi, a staccare la spina.

La consapevolezza di non poter fare a meno di questo sano stress fisico e mentale.

L'odore dell'alcool canforato, la puzza di sudore nello spogliatoio, la gioia di una vittoria, la tristezza e la rabbia di una sconfitta continuano ad essere una parte importante della mia vita.

Damiano Coletta

Latina



Diffusa e sottile la capacità dell'industria farmaceutica di influenzare gli studiosi

R&S NEL CONFLITTO D'INTERESSI

“Al Snn il compito di rendere finalmente disponibili fondi adeguati”

Quando si parla di conflitto di interessi nel campo della ricerca medica la mente va al ruolo ricoperto dall'industria farmaceutica. Quest'ultima avrebbe infatti la possibilità di alterare i risultati in proprio favore. Comportando, con la sua pressione economica, variazioni dei risultati della sperimentazione sui nuovi prodotti.

Il conflitto di interessi non ha avuto nel nostro Paese una grande attenzione, soprattutto per quanto riguarda il settore della ricerca medica.

In altre parole, chi è pagato dall'industria farmaceutica per svolgere una ricerca potrebbe avere più probabilità di dare giudizi positivi sul farmaco oggetto della ricerca stessa. Che ciò sia vero è ormai documentato da molte analisi pubblicate su tante riviste mediche; in linea generale, le ricerche pagate dall'industria rispetto a quelle pagate o realizzate da enti non industriali tendono a essere più ottimistiche.

Ad esempio, danno giudizi più favorevoli nell'impiego dei calcio-antagonisti, farmaci utilizzati nel trattamento dell'ipertensione, formulano titoli di articoli scientifici più ottimistici, giustificano i maggiori costi dei nuovi farmaci antitumorali, ritengono che il nuovo farmaco sia sempre

migliore del farmaco già esistente e così via.

Poiché l'industria farmaceutica gestisce la maggior parte dei fondi disponibili per realizzare studi clinici controllati, sorveglianza, attraverso le sponsorizzazioni, la maggioranza dei congressi scientifici e sostiene economicamente l'attività delle società scientifiche, è evidente che tutto ciò non può che determinare un'eccessiva valorizzazione dell'efficacia dei farmaci, una sottovalutazione degli effetti tossici dei farmaci e più in generale una distorsione delle caratteristiche dei singoli farmaci destinati alle stesse indicazioni. Un tipico esempio di questa distorsione è rappresentato dalle eccessive prescrizioni di farmaci antipertensivi più recenti e quindi a prezzi più alti a spese dei diuretici e dei beta bloccanti adrenergici, più vecchi ma dotati di studi che ne validano l'efficacia in termini di morbilità e mortalità. La stessa Organizzazione mondiale della Sanità, in collaborazione con la Società internazionale dell'ipertensione e con il sostegno dell'industria farmaceutica, ha invece diffuso milioni di opuscoli per sostenere che tutte le classi di farmaci antipertensivi avevano la stessa efficacia sulla mortalità senza che vi fossero i dati scientifici; naturalmente venivano

ignorati i costi relativi delle varie classi di farmaci antipertensivi.

Il conflitto di interesse ha anche aspetti più sottili che si riferiscono alle modalità della ricerca clinica. Ad esempio, molte delle ricerche su di un nuovo farmaco non hanno come scopo quello di stabilire se il nuovo farmaco sia migliore dei farmaci già esistenti. E' chiaro a tutti che un nuovo farmaco ha un significato in termini di sanità pubblica, solo se può mostrare qualche vantaggio: maggiore efficacia, minore tossicità o migliore facilità di assunzione. Lo scopo delle suddette ricerche è invece quello di mostrare che il nuovo farmaco è "equivalente" o peggio ancora "non inferiore" ai farmaci già esistenti.

L'adozione di queste metodologie stabilisce già a priori che l'unica cosa che interessa è poter dimostrare un'efficacia per scopi puramente commerciali: poter accedere al mercato. Molto spesso, poi, questa "equivalenza" è molto teorica, visto che in base alla numerosità dei pazienti, "equivalenza" può voler dire che non è differente di più del 20-30%. Il che significa che il nuovo farmaco potrebbe essere anche inferiore ai farmaci già esistenti. Dove sta il conflitto d'interessi? Evidentemente nel fatto che il ricercatore sottopone i suoi pazienti al rischio di una sperimentazione che non può produrre nessun vantaggio, né per loro né per i futuri pazienti.

Infatti, con la metodologia dell'equivalenza non si saprà mai con precisione se il nuovo farmaco sia meglio o peggio dei farmaci esistenti. In questo modo il medico o il ricercatore sposta il suo interesse verso gli interessi dell'industria che paga la ricerca, a scapito del suo dovere di proteggere il paziente che si affida alle sue cure.

È utile che questi problemi vengano conosciuti, ma è molto im-

portante che l'accademia - intesa come la parte non industriale - non sia in vendita, ma rifletta sul suo ruolo essenziale per la salute pubblica, riconquistando la sua indipendenza. Un aiuto importante a questo necessario cambiamento deve provenire da parte del Servizio sanitario nazionale che deve, nel suo interesse e in quello dei suoi pazienti, mettere a disposizione della ricerca clinica fondi indipendenti, oggi completamente inesistenti.

Occorre porre fine a questa tacita delega al monopolio dell'industria farmaceutica nel sostenere la ricerca sui farmaci.

L'industria, ovviamente, deve fare il suo mestiere, ma lo potrà fare molto più nell'interesse generale, quando esisteranno fonti di finanziamento alternative per la ricerca.

Silvio Garattini

Direttore
dell'Istituto *Mario Negri*

Il ruolo delle ditte farmaceutiche è fondamentale, ma può diventare eccessivamente condizionante per la pratica medica.

Non posso dimenticare come, tanti anni fa, all'interno di un'importante scuola medica era del tutto sconosciuta una nuova classe di farmaci; dopo cinque-sei mesi questa stessa scuola tenne un congresso internazionale su tale classe di farmaci, portando all'attenzione del pubblico centinaia di pazienti *da loro* studiati!

Sempre sull'argomento, mi colpì un'affermazione del collega Paolo Dinia di Fondi, allora con me giovane specializzando e che approfittò per salutare dalle colonne di *Medicina Pontina*: "Caro mio, quando ti parlano di farmaci, se è una cosa buona stanno sempre *a monte*; se è una cosa cattiva, stanno sempre *a basce!*" [A.C.]

Nel corso delle *XIII Giornate di Pneumologia e Allergologia Respiratoria*, tenutesi a Gaeta il 28 e 29 ottobre 2000 e organizzate dal Dipartimento di Malattie dell'Apparato Respiratorio della ASL Latina, sono stati diffusi i seguenti interessanti dati

ALLERGIA AL VELENO DI IMENOTTERI NEL SUD PONTINO UN BILANCIO DEI PRIMI TRE ANNI

Negli anni passati, ci sono stati numerosi casi di ricorso ai Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri del Sud pontino, spesso seguiti da ricovero, dovuti a reazioni allergiche

mative nelle scuole frequentate da ragazzi allergici al veleno di imenotteri, di test specifici per la diagnosi, di trattamenti desensibilizzanti fino ad allora prescritti solo in centri specialistici di città spesso molto distanti.

Tale richiesta "costrinse" gli specialisti pneumologi del Sud Pontino (S. Mosillo, E. Kugler e V. Di Biase) ad acquisire una competenza specifica frequentando i centri italiani che si occupavano di allergia al veleno di imenotteri; fu, quindi, possibile offrire all'utenza, a partite dal 1997, un servizio qualificato per la diagnosi e cura di dette allergopatie.

Attualmente sono in trattamento 82 persone, 69 uomini e 13 donne tra i 12 e i 73 anni e sostanzialmente in equilibrio tra le varie fasce di età prevalente; prevalente il sesso maschile, come comunemente già osservato.

Cinquantasei pazienti, pari al 68,3%, praticano un trattamento desensibilizzante con

il veleno della *Vespula*, essendo risultati allergici alla stessa *Vespula Species* o alla *Vespa Cabro*; quattordici pazienti, pari al 17%, sono in trattamento con il veleno di *Ape*; otto pazienti, pari al 9,7%, sono in tratta-



La spiaggia di Formia attorno agli anni '60

causate da punture di imenotteri.

Alcuni casi furono fatali e la pubblicità fu tale da creare: un diffuso allarme nella popolazione locale con richieste di intervento al Dipartimento di Prevenzione, di lezioni infor-

mento con il veleno della *Polistes*; quattro pazienti, pari al 4,9%, infine, praticano 2 trattamenti contemporaneamente.

Durante l'immunoterapia specifica sedici pazienti, pari al 19,5%, sono stati ripunti dallo stesso insetto

cui erano allergici e non hanno riportato alcuna reazione sistemica. Solo 1 paziente ha abbandonato il trattamento per la comparsa di una reazione sistemica durante la fase incrementale.



Mario Mellacina ci invia un resoconto dei dati salienti emersi dal recente convegno sul Pronto Soccorso del *S.M. Goretti* di Latina.

TRA PASSATO E FUTURO *un iDEA di Pronto Soccorso*

Presso la sala della Direzione Generale della ASL Latina si è svolto, lo scorso 7 Novembre, il convegno "Bilanci e prospettive della Medicina d'Urgenza" organizzato al DEA dell'Ospedale *S. M. Goretti*, diretto dal dr. A. Pagnanelli in collaborazione con l'associazione "EURgenza".

Nel corso del convegno, a cui hanno partecipato numerosi ospedali di Roma e del Lazio, sono stati presentati ai convenuti i dati del primo anno di attività del Pronto Soccorso e della Medicina d'Urgenza del *S.M.*

Goretti, messi a confronto con i dati e le esperienze del *P.O. Sud* e degli ospedali *S. Eugenio*, *S. Filippo Neri* e *S. Giovanni* di Roma.

Fra i dati emersi dal dibattito e dalle relazioni espresse, spicca la corposa attività del DEA del *S.M. Goretti*, che vede affluire annualmente circa 70/80.000 pazienti; lo stesso ha usufruito negli ultimi mesi del reparto di Osservazione Breve, mentre in un futuro, ormai prossimo, sarà inaugurato il nuovo reparto di Medicina d'Urgenza, dotato di 16 p.l.

La relazione del dr Pagnanelli ha messo l'accento sul controllo dei costi di gestione del DEA ed ha evidenziato gli utili prodotti dal dipartimento stesso in base ai calcoli dei *DRG*; particolare interesse hanno destato i progetti riguardanti la formazione del personale, organizzati nell'ottica, ormai consolidata della nascita della figura del "medico d'urgenza", visto non più come mero "smistatore" di pazienti verso i reparti di degenza ma come una figura professionale



autonoma e centrale nella realtà ospedaliera.

Il convegno, cui hanno portato il loro contributo i vertici sanitari ed amministrativi della *ASL Latina*, è stato concluso dal Direttore Generale, Dr Malucelli, che ha colto l'occasione per ringraziare gli operatori

dell'Azienda, da cui ha preso commiato in vista del nuovo incarico affidatogli dalla *Regione Toscana* alla *ASL di Siena*.

Mario Mellacina
DEA di Latina



Pasquale Milo, Segretario dell'Ordine e esponente "di punta" dell'Associazione Medica Terracinese, invia un primo resoconto dell'importante recente *II Congresso Internazionale di Medicina Generale*, a cui, come già scritto nel precedente numero di *Medicina Pontina*, l'Ordine, oltre al patrocinio, ha voluto dare un sostegno economico. Come promette nel corso dell'articolo il nostro Milo, attendiamo le conclusioni scientifiche. □

II CONGRESSO INTERNAZIONALE PER MEDICI DI FAMIGLIA

Dal 27 al 29 Ottobre 2000 si è svolto a Terracina il *II Congresso Internazionale di Medicina Generale*, organizzato dall'Associazione Medica Terracinese, dal Comune di Terracina e patrocinato dall'Ordine dei Medici di Latina. Ha visto la partecipazione di relatori italiani, ungheresi (Pècs) e olandesi (Enschede). Presidente del Congresso è stato il prof. Francesco Fedele, direttore della I Cattedra di Cardiologia dell'Università "La Sapienza" di Roma. L'A.M.T. ha dato, ancora una volta, la dimostrazione di grande organizzazione e professionalità, allestendo un congresso tra i più interessanti della sua storia.

In questo II Congresso è stata pre-

sentata la seconda parte di uno studio osservazionale sull'ipertensione arteriosa, la cui prima parte è stata presentata a Pècs nell'ottobre 1999 in occasione del I Congresso di Medicina Generale.

Quello tra l'A.M.T. e l'A.M. di Pècs è un sodalizio che va avanti da diversi anni ed è iniziato precisamente dal 1996, in occasione del Patto di Gemellaggio delle città europee che si svolse a Terracina. Nacque subito un feeling spontaneo. Negli anni seguenti ci furono una serie di scambi di visite tra delegazioni delle due associazioni. L'appuntamento del 27 Ottobre è stato l'ennesimo passo in avanti di una politica di gemellaggio fortemente voluta dal

I convegni

presidente Elek Banyai e dal sottoscritto, continuato, poi, con altrettanta forza da Francesco Ceci, attuale presidente dell'A.M.T. Nel 1997, durante la visita a Terracina di una delegazione di Pècs, venne stipulato un vero e proprio Protocollo d'Intesa basato su tre punti:

1) paragonare le incidenze di alcune malattie e l'assistenza medica di base tra le città di Pècs e Terracina, sottolineando gli aspetti della prevenzione e della cura;

2) organizzare viaggi-studio di interscambio per conoscere l'attività professionale dei medici operanti nei vari campi professionali delle due città;

3) organizzare viaggi culturali e ricreativi per permettere di stringere rapporti di amicizia tra i familiari, mogli, mariti e figli dei medici delle due associazioni.

Punto topico del Congresso del 27 Ottobre è stata la presentazione dei due studi osservazionali sull'Ipertensione Arteriosa, quello di Pècs e quello di Terracina; in un prossimo

numero di *Medicina Pontina* pubblicheremo i risultati del lavoro, che ha visto coinvolti 12 Medici di famiglia di Terracina.

Numerosa è stata l'affluenza di colleghi della nostra e di altre città; tutti hanno espresso parole di elogio per l'impegno profuso per due anni dal gruppo di Medici di famiglia. L'unico rammarico è per quei colleghi, medici di famiglia, che non hanno partecipato, perdendo, secondo me, l'occasione per dare forza a tutta una categoria. Evidentemente il detto "*nemo profeta in patria*" anche questa volta non è stato smentito. Vuol dire che sarà per un'altra volta: l'AMT è sempre disponibile.

Il Congresso si è concluso il 29 Ottobre con una lezione magistrale sullo scompenso cardiaco del prof. Fedele, cui ha fatto seguito, come per le tre sessioni del giorno precedente, una tavola rotonda dove è stato posto in primo piano il lavoro del Medico di famiglia, sottolineando i suoi problemi di gestione pratica e le sue difficoltà operative, coadiuvato dai vari specialisti che ruotano attorno all'Ipertensione Arteriosa. Il prof. Fedele ha particolarmente apprezzato l'impostazione pratica del Congresso, che ha messo al centro l'attività del Medico di famiglia, attualmente considerato, anche a livello universitario, un punto cardine di tutto il Sistema Sanitario.

Pasquale Milo

Associazione Medica Terracinese



Donna di Terracina
(litografia dei primi
dell' '800)



L'ASSOCIAZIONE “AMICI DI MARIA GRAZIA - ONLUS”

“La vera difficoltà è vincere la rassegnazione che ci porta a pensare che è tutto inutile ed impossibile! Questo è veramente difficile: vincere il nostro egoismo che perpetua l'immane grido dell'umana sofferenza”



*Maria Grazia
Buggiani*

*In basso a
destra:
“Hospital St.
Michel's”*

Cari colleghi, siamo alcuni medici che da alcuni mesi hanno aderito all'associazione “*Amici di Maria Grazia Buggiani*”, sorta a Latina nel febbraio 2000.

Maria Grazia Buggiani è un medico, iscritto al nostro Ordine Professionale e che ha scelto l'Africa per svolgere la sua missione di sanitario vicino ai più deboli e bisognosi.

Attualmente, dopo aver operato in altri paesi dell'Africa centro meridionale, è in Zimbabwe;

qui, con non poche difficoltà, è riuscita a costruire, anche con l'aiuto di amici italiani e, inizialmente, della nostra Diocesi di Latina, un ospedale missionario, denominato *Hospital St. Michel's*, che ha reparti di pediatria, ginecologia e maternità, medicina e un ambulatorio.

Questo, forse, è il periodo peggiore per la nostra collega. Vi è stato, infatti, un taglio di fondi da parte della autorità locali (anch'esse in ristrettezze economiche); per tale motivo ha dovuto licenziare parte del personale infermieristico. Non l'ho detto, ma Maria Grazia è l'unico medico presente.

Vi chiediamo di aderire, nei modi e nei tempi che riterrete più opportu-





ni, a questa iniziativa umanitaria, mettendovi in contatto con questi numeri:

- Danilo 0773/624654
- Anna 0773/692271
- Filomena 07737697981

Esiste anche il conto corrente postale n° 16965022, intestato a:

Associazione
“amici di Maria Grazia – ONLUS”

Danilo Bruno
Latina



Il nostro Ordine ha provveduto ad archiviare su *CD-ROM* tutti i verbali e le delibere delle Assemblee, le relazioni dei Revisori dei Conti, i verbali e le delibere del Consiglio Direttivo, dal 1994 a tutto il 1999. Tale archiviazione offre la possibilità di una ricerca rapida riguardo a tutti gli *innumerevoli argomenti* trattati. La parte tecnica è stata curata dalla ditta *SIEM Sas* dell'ing. Costa di Latina. Un tale tipo di archiviazione può essere utile anche per scopi privati; chi volesse avere ulteriori notizie può telefonare alla nostra sede. □

ARCHIVIAZIONE OTTICA

Lo scopo dell'archiviazione in formato digitale su supporti ottici - o più semplicemente l'archiviazione ottica - dei documenti generati su carta è quello di rendere più efficiente (raggiungere lo scopo con il minor impiego di risorse) la tenuta di un archivio, cioè la conservazione ed il reperimento delle informazioni contenute nei documenti cartacei prodotti o ricevuti.

Infatti, come vedremo qui di se-

guito, i vantaggi dell'archiviazione ottica sono un'occupazione di spazio trascurabile (i raccoglitori con gli originali cartacei possono essere tutti stivati in un locale d'immagazzinamento, liberando spazio dagli armadi negli uffici) ed un enorme risparmio di tempo per la ricerca.

Vediamo meglio in che cosa consiste questa archiviazione ottica.

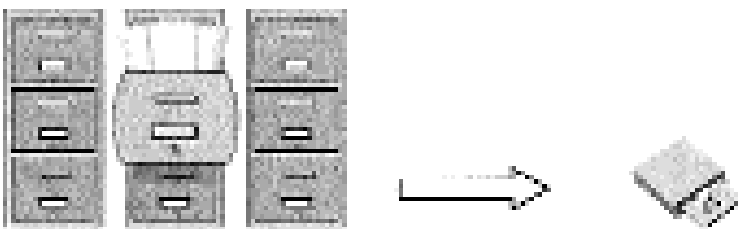
Essa è uno dei settori in cui si suddivide la Gestione Elettronica dei

Documenti o GED, in particolare quello relativo ai sistemi immagine (in inglese *Document Image Processing* – DIP – o più semplicemente *Imaging*).

Per supporto ottico si intende il *CD-ROM*, la cui registrazione e lettura avviene tramite un raggio di luce *Laser*.

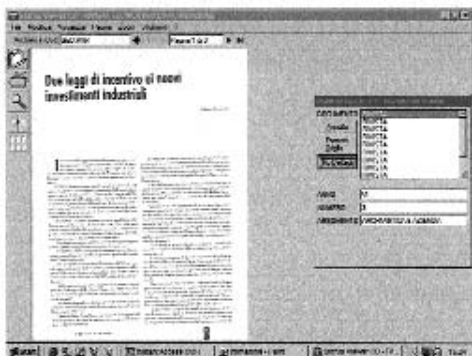
L'archiviazione ottica viene effettuata, acquisendo l'immagine di un documento cartaceo mediante uno scanner (una specie di fotocopiatrice che genera un'immagine digitalizzata, cioè gestibile elettronicamente con un computer). Queste immagini vengono memorizzate in un archivio preliminare.

Successivamente i vari documenti sono indicizzati, cioè si assegnano ad ognuno di essi una o più informa-



zioni chiamate chiavi di ricerca (ad esempio, titolo, data, tipo di argomento, ecc.) e quindi sono memorizzati in un database.

Questo database viene, infine, registrato in un *CD-ROM*, insieme al programma di lettura, in modo da poterlo consultare da qualsiasi *PC*.



Per alcuni tipi di documenti, la ricerca per indice può non essere sufficiente, in quanto può risultare necessario ricercare anche

le singole parole che sono nel testo (ad esempio la ragione sociale di una società o il nome di una persona). In questo caso, subito dopo la scansio-

ne, l'immagine viene letta da un opportuno programma di riconoscimento delle parole (cioè un programma che converte in testo una parola memorizzata come immagine - *OCR, Optical Character Recognition*), in modo che la ricerca possa essere fatta anche su tutto il testo (ricerca "*full-text*") e non solo sugli indici.

Per avere un'idea più chiara, immaginiamo che in un'azienda si debbano ricercare delle comunicazioni ricevute dalla direzione negli ultimi tre anni in merito a delle direttive su alcune attività.

Una ricerca di questo tipo richiede l'esame di uno o più raccoglitori, partendo dai documenti più vecchi, e procedendo di documento in documento.

Di ogni documento si deve leggere almeno il titolo, ma se la ricerca non è fattibile dalla sola lettura del titolo, bisogna anche scorrere il testo del documento stesso. Ecco che la ricerca si può complicare notevolmente, richiedendo anche delle mezze giornate.

Immaginiamo di avere invece tutto l'archivio in un *CD-ROM*. Una volta inserito nel *PC* ed avviato il programma di lettura, basta inserire la/le chiavi di ricerca nei campi indice o nel campo di ricerca *full-text*, perché con un clic del mouse compaiano in pochi secondi, sotto forma di lista o di miniature, tutti i documenti che soddisfano la ricerca stessa.

Se poi occorre una copia del documento, non c'è bisogno di estrarlo dal raccoglitore, andare alla fotocopiatrice più vicina, ricopiarlo e infine riporlo nel raccoglitore. Con un altro clic del mouse esso viene stampato tramite la stampante del *PC*, ottenendo una copia in tutto e per tutto simile all'originale; e mentre il documento viene stampato si può continuare la ricerca senza dovere per forza aspettare la fine della stampa.

I vantaggi dell'archiviazione ottica sono tali, che è anche stata riconosciuta ufficialmente dalla legislazione. Infatti la legge 15.3.97 n. 59/97 all'art. 15 primo comma dice: "Gli atti, dati e documenti formati dalla pubblica amministrazione e dai privati con strumenti informatici o telematici, nonché la loro archiviazione e trasmissione con strumenti informatici sono validi e rilevanti a tutti gli effetti di legge".

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina ha affidato il servizio di archiviazione ottica alla *SIEM S.a.s.*

In un unico CD-ROM sono stati archiviati i verbali delle assemblee, le delibere, le relazioni dei Revisori dei Conti ed i verbali del Consiglio Direttivo relativi agli anni dal 1994 al 1999.

Tutta questa documentazione, che attualmente è raccolta in molti classificatori, ha occupato, insieme al programma di lettura, circa la metà del supporto di archiviazione!

Alfredo Costa
Titolare della Siem Sas



Progetto CRONOS e Malattia di Alzheimer

Il progressivo invecchiamento della popolazione ha determinato la "comparsa" di malattie poco frequenti fino a qualche anno fa ed ora, viceversa, caratterizzate da una incidenza e prevalenza sempre crescenti; alla malattia di Alzheimer spetta in questo scenario un ruolo di importanza primaria. Ciò, oltre che al sempre crescente numero di persone che ne sono affette, è dovuto alla gravità e progressività del quadro clinico che porta ineluttabilmente alla compromissione totale delle funzioni cognitive e comportamentali con rilevanti ripercussioni sulla qualità della vita non solo dei pazienti ma anche dei loro familiari. Notevole è l'impatto economico di questa malattia i cui costi sono sostenuti prevalentemente

dalla famiglia, sia nel senso di una assistenza continua che, conseguentemente, della perdita di occasioni di lavoro.

L'approccio terapeutico si basa, attualmente, su un intervento multidisciplinare, in cui, accanto alla somministrazione di farmaci specifici, si fa ricorso ad una serie di provvedimenti sia riabilitativi (*Terapia di Orientamento Reale; Memory Training; Terapia Occupazionale*, ecc.) che di sostegno alla famiglia ed, in particolare, al *Care Giver* che è quella persona, solitamente un congiunto, che si fa carico di assistere e provvedere alle necessità del paziente.

Un ruolo importantissimo spetta al Volontariato che spesso rappresen-

ta l'unico concreto aiuto disponibile. A Latina, da circa due anni, è operativo un *Centro Diurno* per malati di Alzheimer; questo centro, che ha visto la stipula di un protocollo di intesa con il Comune di Latina, fornitrice dei locali, e con l'Azienda U.S.L., è nato per iniziativa della sezione locale della *A.I.M.A. (Associazione Italiana Malati Alzheimer)* e con la

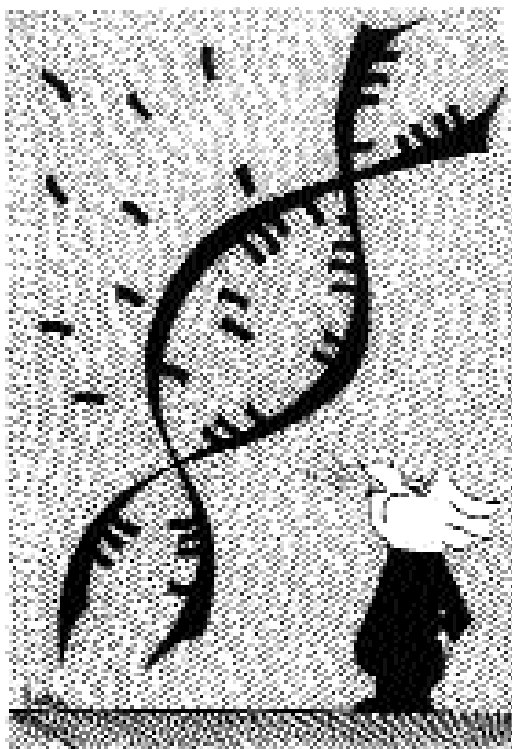


Foto: Ag. di Milano/Olycom

collaborazione di Volontari della *Croce Rossa* di Latina. Tale Centro, fra i primi attivati nel nostro Paese, permette alle famiglie di essere sollevate per alcune ore dal gravoso compito di assistenza del loro congiunto ammalato ed allo stesso tempo costituisce una occasione di terapia occupazionale per

quest'ultimo. Per informazioni ci si può rivolgere alla Sezione Provinciale *AIMA* (Viale Kennedy 42 Latina - tel. 0773/600715).

I farmaci disponibili sono attualmente il Donepezil e la Rivastigmina; entrambi funzionano come inibitori delle colinesterasi. Si tratta di costosi farmaci totalmente a carico dei pazienti; efficaci nel 30 - 35% dei casi, nei quali possono indurre un arresto della sintomatologia ed un parziale recupero delle funzioni cognitive; il loro utilizzo va limitato ai casi lievi o di recente insorgenza.

Per ovviare a tale situazione il Ministero della Sanità, dal mese di settembre scorso, ha avviato il *Progetto Cronos*, individuando le *UVA*

(*Unità di Valutazione Alzheimer*), il cui compito è la erogazione gratuita e il monitoraggio della efficacia di tali farmaci in pazienti rigorosamente selezionati secondo un criterio di gravità lieve moderata.

Nella nostra Azienda, almeno inizialmente, sono state designate come *UVA*, il Servizio di Neurologia dell'Ospedale di Latina (diretto dal dott. Angelo Bellini) e la Divisione di Geriatria dell'Ospedale di Sezze (diretto dal dott. Alberto Righi). In tali Unità Operative, su segnalazione del Medico di Medicina Generale che effettua la prima valutazione, si procede all'individuazione dei pazienti con i requisiti necessari e si procede alla erogazione gratuita di uno dei farmaci attualmente in commercio. Un controllo è previsto dopo un mese per un eventuale aggiustamento della terapia; un altro dopo ulteriori due mesi per la conferma del piano terapeutico; in seguito, se l'efficacia viene confermata, si passerà alla erogazione tramite prescrizione del Medico di Medicina Generale.

Per accedere alla prima visita presso le suddette U.V.A., è necessaria la richiesta del Medico Curante e si può fissare un appuntamento tramite i seguenti numeri telefonici:

- Servizio di Neurologia Ospedale di Latina **tel. 0773/655602**
- Divisione di Geriatria Ospedale di Sezze **tel. 0773/801726**

Angelo Bellini
Primario Neurologo
del P.O. Nord - Latina

Alberto Righi
Primario Geriatra
del P.O. Nord - Sezze



STRATEGIA VACCINALE PER L'ELIMINAZIONE DI MORBILLO, ROSOLIA E PAROTITE

Questa comunicazione nasce dall'invito, che la FNOMCeO ha fatto agli Ordini dei Medici, di informare gli iscritti all'albo circa il progetto del Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità, nell'ambito del *Piano Nazionale Vaccini*, concernente il "Controllo ed eliminazione di morbillo, parotite e rosolia attraverso la vaccinazione" ai fini del controllo e dell'eliminazione delle malattie bersaglio. Vuole essere un rinforzo della attività professionale dei medici, pur sapendo che tutti, ed in particolare i pediatri di famiglia, data l'età di loro competenza, già da anni sono in prima linea per il conseguimento di tale obiettivo, anche se impegnati singolarmente e non in una campagna organizzata.

Il *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000* (DPR 23 Luglio 1998) è connotato da una forte scelta verso la prevenzione quale consapevole investimento per la salute delle generazioni presenti e future. Esso prevede, tra gli obiettivi specifici per la prevenzione delle malattie infettive, il raggiungimento di elevate coperture vaccinali per le malattie prevenibili con le vaccinazioni. Il *Piano Nazionale Vaccini*, emanato come accordo del Governo, delle Regioni e delle Province autonome, definisce le linee strategiche e le priorità per il conseguimento degli obiettivi indicati dal PSN 1998-2000, da perseguire anche [N.d.R. "soprattutto"] attraverso il coordinamento e l'uniformità dell'attività vaccinale ed il coinvolgimento di tutti i soggetti operanti nel SSN.

Il rationale della strategia vaccinale per morbillo, parotite e rosolia (MPR) si può schematizzare nei se-

guenti punti:

- una strategia vaccinale efficace deve prevenire l'accumulo di persone suscettibili tramite elevate coperture vaccinali con la prima somministrazione ed il recupero dei suscettibili alle età successive;

- epidemie di morbillo, parotite e rosolia si verificano quando sia accumulato un numero sufficiente di persone suscettibili all'infezione nella popolazione,

- una strategia vaccinale che preveda la somministrazione di una sola dose nel secondo anno di vita senza prevedere il recupero dei suscettibili allunga il periodo compreso tra due epidemie e provoca un aumento dell'età media dei casi;

- la somministrazione di una seconda dose ha soprattutto lo scopo di recuperare i fallimenti vaccinali dopo la prima dose e va prevista solo quando la copertura vaccinale alla prima dose è elevata ed è in atto un'efficiente strategia di recupero dei suscettibili.

L'OMS, per il controllo e l'eliminazione di morbillo, rosolia, parotite e sindrome da rosolia congenita, ha proposto i seguenti obiettivi operativi:

- copertura vaccinale del 95% per morbillo, parotite, rosolia entro i 2 anni di età;

- copertura vaccinale del 95% per rosolia nelle ragazze adolescenti;

- riduzione della quota di suscettibili a morbillo, parotite e rosolia meno del 10% in ogni fascia di età;

- istituzione di sistemi di sorveglianza efficaci per morbillo, parotite e rosolia.

Il PSN 1998-2000 ha recepito tali obiettivi ed ha indicato come obiettivo per la prevenzione vaccinale di morbillo, parotite e rosolia, il raggiungimento di coperture vaccinali pari ad almeno il 95% nella popolazione, anche immigrata, di età inferiore a 24 mesi.

Purtroppo la vaccinazione MPR non è obbligatoria per legge, ma solo raccomandata, per cui, mentre per quelle previste dal calendario vaccinale obbligatorio (Difterite, Tetano, Poliomielite, Epatite B) abbiamo una ottima copertura vaccinale in quasi tutta la popolazione suscettibile, per il morbillo, parotite e rosolia la copertura vaccinale non è ottimale. Per



Demetrio Casola -
La vaccinazione in Piemonte
1881 - Torino, Museo Civico

il morbillo la copertura varia dal 25,5% all'87,7%, a seconda delle regioni, ben lontana da quanto previsto dall'OMS; per la rosolia, la cui vaccinazione è stata introdotta in Italia insieme a quella del morbillo negli anni '70, e per la parotite, introdotta negli anni '80, non si è notato un rilevante impatto sull'epidemiologia della malattia, anche se i soggetti suscettibili sono stati vaccinati in numero sempre maggiore a seguito della introduzione del vaccino MPR ed il richiamo alla attuazione del PSN 94-96.

Si è invece verificato uno spostamento di morbillo e rosolia in età media più avanzata, rispetto a quella dell'epoca pre-vaccinale; nessuna

variazione per la parotite. Questo aspetto è di estrema importanza in quanto, per il morbillo la gravità della malattia è maggiore nei lattanti e negli adulti rispetto alle altre età; per la rosolia contrarre la malattia in età fertile significa avere probabilità che si verifichi la "Sindrome da rosolia congenita", il cui impatto sociale è ben noto a tutti.

Quindi, paradossalmente, ogni vaccinazione garantisce il singolo individuo nella comunità, ma pone gli altri soggetti suscettibili a situazioni di rischio maggiore, dato lo spostamento della morbilità in età più avanzate dove le complicanze della malattia sono più gravi. Per questo motivo ogni vaccinazione dovrebbe seguire le indicazioni del PSN; essere accompagnata da informazioni adeguate alla popolazione e da linee guida per una buona campagna vaccinale, in modo tale da essere adatte alle singole realtà locali.

In particolare il PSN prevede per morbillo, parotite e rosolia differenti tipologie di intervento:

1. Aree nelle quali la copertura vaccinale per la vaccinazione MPR entro i due anni di vita è inferiore all'80%

- Aumentare la copertura vaccinale entro 2 anni di età fino a raggiungere il 95%
- Recuperare i suscettibili ad ogni contatto con il servizio vaccinale in età successive a 2 anni
- Mantenere i programmi di vaccinazione selettiva contro la rosolia per le ragazze prepuberi fino al raggiungimento di coperture superiori al 95% per le due dosi di MPR

Oppure

- Organizzare campagne speciali per ridurre drasticamente e rapidamente il numero di suscettibili in età successive a 2 anni.

2. Aree nelle quali la copertura vac-

cinale per *MPR* entro 2 anni di vita è uguale o superiore all'80% e la quota di suscettibili al di sopra dei 2 anni è inferiore al 10%

- Aumentare la copertura vaccinale entro i 2 anni di età fino a raggiungere il 95%
- Introdurre una seconda dose di *MPR* all'età di 5-6 anni oppure all'età di 11-12 anni.

In seguito alla somministrazione di vaccini, come di altri farmaci, possono essere osservati effetti indesiderati o reazioni collaterali; in alcuni casi intrinseche del vaccino stesso, in altri favoriti o precipitati dalla somministrazione del vaccino in soggetti predisposti.

Riassumendo possiamo dire:

- la febbre dopo vaccinazione *MPR* si verifica nel 5-15% dei vaccinati suscettibili
- l'anafilassi è un evento eccezionale dopo vaccinazione *MPR*, la trombocitopenia è un evento raro
- le convulsioni febbrili si verificano una volta ogni 3.000 dosi circa
- la meningite asettica associata al virus vaccinale della parotite si verifica una volta ogni 100.000 dosi, nel caso venga utilizzato un vaccino contenente il ceppo Urabe AM9.

Relativamente a situazioni che impediscono di effettuare la vaccinazione *MPR*, esistono "controindicazioni" e "false controindicazioni".

Le prime sono così riassunte:

- malattie acute in atto con febbre superiore a 38,5°;
- precedenti reazioni anafilattiche al vaccino o ad uno dei suoi componenti;
- gravidanza;
- Immunodeficienza del ricevente.

Le seconde, le false controindicazioni:

- malattie minori (es.: infezioni prime vie aeree, otite, diarrea, ecc.) anche febbrili, con febbre inferiore a 38,5°;

- allergia alimentare alle uova;
- dermatite da contatto;
- allergia alla penicillina;
- stato di gravidanza o di immunodeficienza in conviventi ed in contatti;
- storia personale di convulsioni.

CONCLUSIONI

Il nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva, emanato dal Ministro della Sanità il 7 Aprile 1999, prevede una somministrazione di *MPR* al 12°-15° mese di vita; una seconda dose all'età di 5-6 anni, come strategia di recupero dei soggetti non vaccinati nel secondo anno di vita; oppure a 11-12 anni, come alternativa alla vaccinazione anti-rosolia nelle ragazze pre-adolescenti, ai fini della prevenzione della sindrome da rosolia congenita o alla vaccinazione anti-parotite nei ragazzi.

In provincia di Latina il Servizio vaccinazioni offre gratuitamente, da Ottobre 1998, la vaccinazione *MPR*, anche se solo raccomandata, ai latitanti dal 12° al 24° mese di vita, come previsto dalla campagna vaccinale promossa dalla Regione Lazio, dal momento che il nostro territorio ha una copertura vaccinale intorno al 50%, e la seconda dose al 12°anno di vita.

Il Pediatra di Famiglia, operando sul territorio, interviene sia nella informazione ed incoraggiamento verso la vaccinazione *MPR*, sia nella esecuzione della stessa nei confronti dei bambini suscettibili sfuggiti alle date programmate, cooperando così al raggiungimento degli obiettivi fissati dall'*OMS* e dal *PSN* per il morbillo, la parotite e la rosolia.

Giancarlo Maretto
Consigliere dell'Ordine
Pediatra

I CORSI ORGANIZZATI DALLA SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA NELLA NOSTRA PROVINCIA PER L'ANNO ACCADEMICO 2000/2001

Ospedale di Latina

CHIRURGIA VASCOLARE

Coordinatore: Giovanni Battista Bertoletti

Docenti: Giovanni Battista Bertoletti, Giacinto Martinelli, Marco Massucci, Hadi Abi Rached, Vincenzo Genovese, Ivan Varakin

DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Coordinatore: Antonella Canali

Docenti: Antonella Canali, Emanuele Cozzi (esperto), Fabio Frezza, Maurizio Martorelli (esperto)

ELETTROCARDIOGRAFIA (SECONDA PARTE)

Coordinatore: Alfredo Caradonna

Docenti: Alfredo Caradonna, Gianluigi Rossi

FARMACOLOGIA CLINICA

Coordinatore: Maria Cristina Santi

Docenti: Maria Cristina Santi

MANAGEMENT IN SANITÀ

Coordinatore: Francesco Albertoni

Docenti: Francesco Albertoni, Roberto Di Legge, Antonio Capodilupo (esperto)

TRAPIANTO DI MIDOLLO. IMPIEGO TERAPEUTICO, TECNICHE DI PRELEVAMENTO, CONSERVAZIONE E PURIFICAZIONE

Coordinatore: Antonietta Centra

Docenti: Antonietta Centra, Carlo Ciabatta, Elettra Ortu La Barbera

Dipartimento Materno-Infantile

PIANETA ADOLESCENZA: UN APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

Coordinatore: Luigi Don

Docenti: Luigi Don, Francesca Romana De Angelis, Lina Maietta (esperto), Simonetta Cassoni (esperto), Aida Recchia

Distretto Nord

AUSILI PER L'AUTONOMIA AUTO ASSISTITA ALLA LUCE DEL NUOVO NOMENCLATORE TARIFFARIO

Coordinatore: Luisa Mango

Docenti: Luisa Mango, Giulio Bozzolini (esperto)

Dalla presentazione inviata all'Ordine dalla collega Luisa Mango:

“ Obiettivo del corso è:

- introdurre una nuova cultura degli ausili
- adeguare i livelli di prescrizione alle nuove normative
- promuovere valutazioni funzionali complessive per il soggetto disabile per favorire mobilità e comunicazione”.

Università *Gabriele D’Annunzio* di Chieti

Sempre a proposito della Scuola Medica Ospedaliera, Luisa Mango ci invia la seguente segnalazione:

La clinica ostetrica dell’Università di Chieti *Gabriele D’Annunzio*, anche per l’anno accademico 2000-2001, ripropone un corso di perfezionamento post-laurea avente per oggetto “genialità e disabilità”.

Obiettivo del corso è fornire agli operatori che operano nell’ambito della disabilità, oltre che un inquadramento generale sul problema, delle informazioni teorico pratiche necessarie sia a livello preventivo che clinico per erogare prestazioni che garantiscano ai singoli individui disabili l’esercizio della sessualità.

Il corso è aperto a varie professionalità, purché in possesso di laurea o diploma universitario: medici - psicologi - assistenti sociali - terapisti della riabilitazione - ostetrici - educatori.

Il corso ha la durata di un anno con cadenza quindicinale (sabato ore 10 - 18).

Il numero complessivo delle ore è 150, suddivise in parte teorica e tirocinio pratico.

Direttore del corso è il prof. U. Ballati.

Coordinatore tecnico scientifico è la dott.ssa Luisa Mango.

Per informazioni rivolgersi a : Clinica Ostetrica Università di Chieti

tel. 0871/358236

Dott. Luisa Mango 0773/655342

03491043787



ATTENZIONE ALLE ESENZIONI!

È pervenuta a questo Ordine, da parte del collega Francesco Arpaia di Latina, una segnalazione su ricorrenti errori nella compilazione della ricetta, riguardo alla esenzione per patologia e invalidità. Di seguito, si riportano, pertanto, le norme concernenti questi casi, rimandando allo schema generale della “*Modalità di Partecipazione degli Assistiti delle Prestazioni Sanitarie (Ticket) aggiornate al 01.10.1999*”, pubblicato a pag. 64 del precedente numero di *Medicina Pontina*.

1. Nelle esenzioni per patologia barrare la casella **A** e indicare nel riquadro a destra le prime tre cifre del codice della patologia.

Si può prescrivere in multiprescrizione e, pertanto, il paziente pagherà Lire 1000 a pezzo per la farmaceutica in fascia **A**; per farmaci di fascia **B** paghe-

- rà il 50%; per prestazioni diagnostiche e visite correlate alla patologia non pagherà Ticket.
2. Nei casi di invalidità sotto indicati.
Barrare **R** per farmaci della fascia **A** e per fascia **B** correlati e non correlati alla invalidità riconosciuta.

Categoria di cittadini	Attestazione Esenzione/Riquadro Esenzione		
	Fascia A	Fascia B correlati	Fascia B non correlati
Invalidi di guerra militari e civili dalla 1° alla 5° cat.	R	R	R
Invalidi di guerra dalla 6° alla 8° cat.	R	R	R
Grandi invalidi per servizio 1° cat.	R	R	R
Invalidi per lavoro con riduzione capacità lavorativa superiore al 79% (grandi invalidi del lavoro).	R	R	R
Invalidi civili 100% e ciechi assoluti.	R	R	R
Minori di 18 anni totalmente inabili con assegno di accompagnamento.	R	R	R
Affetti da fibrosi cistica.	R	R	R
Ex deportati campi di sterminio nazista.	R	R	R
Persone danneggiate da complicazione di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati.	R	R	R

3. Nei casi di invalidità sotto indicati
Annullare riquadro delle esenzioni per farmaci in fascia **A** ;
Apporre **INV** per farmaci di fascia **B** correlati all'invalidità;
Per farmaci fascia **B** non correlati all'invalidità indicare **INV** o annullare secondo riquadro sopra esposto

Categoria di cittadini	Attestazione esenzione – riquadro esenzione		
	Fascia A	Fascia B correlato	Fascia B non Correlata.
Invalidi di servizio dalla 2° alla 5° cat.	ANNULLARE	INV	INV
Invalidi di servizio dalla 6° alla 8° cat.	ANNULLARE	INV	ANNULLARE
Invalidi lavoro (67%-79%).	ANNULLARE	INV	INV
Invalidi per lavoro con riduzione capacità lavorativa inferiore a due terzi (fino al 66%).	ANNULLARE	INV	ANNULLARE
Infortunati sul lavoro o affetti da malattia professionale.	ANNULLARE	INV	ANNULLARE
Invalidi civili con riduzione capacità lavorativa superiore ai due terzi (67%-99%).	ANNULLARE	INV	INV
Ciechi parziali e i sordomuti.	ANNULLARE	INV	INV
Vittime della criminalità organizzata e del terrorismo.	ANNULLARE	INV	ANNULLARE

Maria Teresa Nardoni
Consigliere dell'Ordine
Medico di Medicina Generale

Dalla Prof.ssa Ida Bianco, direttrice del Centro Studi di Roma dell'A.N.M.I. (Associazione Nazionale per la Lotta contro le Microcitemie) O.N.L.U.S. (Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale), riceviamo

25 ANNI DI PREVENZIONE DELL'ANEMIA MEDITERRANEA NEL LAZIO RELAZIONE RIASSUNTIVA

Si è compiuto nel maggio 2000 il 25° screening dei portatori di microcitemia (la tara genetica responsabile dell'anemia mediterranea) fra gli studenti di 3a media di tutte le scuole del Lazio. Questa importante operazione, che l'Associazione Nazionale per la lotta contro le Microcitemie in Italia svolge dall'ottobre 1975 insieme con numerosi altri interventi di prevenzione, ha già prodotto la completa cessazione delle nascite di nuovi malati di anemia mediterranea in tutta la regione.

PREMESSA

L'anemia mediterranea è una grave malattia ereditaria che colpisce bambini fin dai primi anni di età; è causata dalla presenza nel malato della condizione omozigotica per un'anomalia ereditaria dei globuli rossi (la microcitemia o talassemia) ed è frequente in Italia.

Ezio Silvestroni e Ida Bianco hanno descritto nel 1943 la microcitemia in soggetti sani e subito dopo hanno dimostrato che la malattia si manifesta solo nelle famiglie in cui entrambi i genitori sono portatori di microcitemia e più esattamente solo nei figli che al momento del concepimento ricevono la microcitemia da ambedue i genitori e sono cioè omozigoti per questo carattere. La scoperta del meccanismo genetico che dà origine alla malattia ha subito messo in evidenza che la malattia si può facilmente prevenire se si evita la procreazione fra due portatori sani

di microcitemia. Più recentemente gli studi genetico-molecolari e più precisamente quelli sul DNA dei geni globinici, associati con la messa a punto di nuove tecniche per il prelievo del materiale genetico del feto (i villi coriali), hanno aperto una seconda via di prevenzione dell'anemia mediterranea: quella della diagnosi genetica precoce della malattia nel feto (diagnosi prenatale) e dell'interruzione della gravidanza se il bambino risulta ammalato.

Oggi esistono dunque due diversi mezzi per evitare la nascita di malati di anemia mediterranea.

1. **la prevenzione pre-matrimoniale** che si realizza identificando precocemente e cioè fin dall'adolescenza i portatori sani di microcitemia (e cioè la varietà di microcitemia che causa la malattia) ed informandoli esattamente dei rischi del matrimonio fra due β microcitemici e dei mezzi per evitare questi rischi;
2. **la prevenzione post-matrimoniale** che si attua prima o subito dopo il concepimento di un figlio da parte di una coppia microcitemica e che consiste nell'applicazione della diagnosi prenatale nelle prime settimane di gravidanza e nell'eventuale aborto se il feto risulta ammalato.

Il piano di prevenzione che l'Associazione Nazionale per la lotta contro le Microcitemie in Italia esegue nel Lazio, tramite il Centro di Studi della Microcitemia di Roma da lei gestito, dà ai giovani la possibilità

di attuare sia la prevenzione pre-matrimoniale, sia quella post-matrimoniale.

INTERVENTI DI PREVENZIONE

1) Screening scolastico dei microcitemici

Allo scopo di realizzare l'identificazione di massa dei portatori di microcitemia nella fascia di popolazione in età adolescenziale viene svolto tutti gli anni dal 1975 dal Centro di Studi della Microcitemia di Roma uno screening dei microcitemici fra gli studenti di terza media delle scuole pubbliche e private del Lazio. I microcitemici o sospetti tali vengono invitati per un controllo insieme con la propria famiglia presso l'ambulatorio del Centro a Roma o presso Consultori Familiari delle varie province che il Centro stesso organizza.

2) Screening ambulatoriale

Si svolge tutti i giorni feriali presso l'ambulatorio del Centro. Vi affluiscono in prevalenza giovani coppie di fidanzati o di coniugi e donne in gravidanza. I prelievi si eseguono anche presso Consultori Familiari di vari paesi del Lazio in sedute appositamente programmate.

3) Attività divulgativa e diagnostica

Lo screening scolastico è preceduto in tutte le scuole da un'intensa attività informativa tramite distribuzione di materiale stampato, brevi lezioni, invio di lettere ai genitori degli studenti. Manifesti ed opuscoli di aggiornamento vengono distribuiti anche nell'ambulatorio del Centro, vengono consegnati ogni anno da un operatore del Centro agli Uffici Comunali di Stato Civile per la distribuzione alle coppie di fidanzati, inviati periodicamente per posta a medici di famiglia, ginecologi, ex- studenti microcitemici.

4) Consulenza genetica

Nell'apposito servizio di Consulenza Genetica del Centro, microcitemici singoli e coppie a rischio rice-

vono da operatori qualificati esatte informazioni su tutti i problemi inerenti alla procreazione e alla prevenzione della malattia.

RISULTATI

Nel corso dei 25 screening scolastici eseguiti dall'ottobre 1975 al giugno 2000 sono stati esaminati 1.098.198 studenti fra i quali sono stati identificati 19.329 portatori di microcitemie del gruppo beta e cioè di quelle varietà che danno luogo alla comparsa dell'anemia mediterranea, e che sono quindi le più importanti da identificare.

Nel corso dell'attività ambulatoriale sono stati esaminati nel periodo 1975-1999, 240.838 soggetti e individuati 26.504 portatori di microcitemie del gruppo beta.

I 45.833 portatori di microcitemie di questo gruppo, complessivamente identificati nelle scuole e in ambulatorio, sono custoditi negli appositi archivi computerizzati del Centro.

Nel vastissimo gruppo di microcitemici individuati negli ultimi 25 anni sono state diagnosticate) 845 coppie a rischio, e i feti omozigoti abortiti sono stati in totale, dal 1982 ad oggi, 132.

Dal 1992 ad oggi sono nati nel Lazio due soli malati di anemia mediterranea, e per cause non correlate al piano di prevenzione. Nel corso degli ultimi 25 anni ne sarebbero nati, in assenza di qualsiasi intervento di prevenzione, più di 200.

Il dato evidenzia chiaramente gli enormi benefici che il piano di prevenzione ha arrecato alla popolazione del Lazio non solo a livello medico, morale e sociale, ma anche sul piano economico-finanziario.

Per questa vastissima e feconda attività di prevenzione l'Associazione ha sempre avuto, oltre all'approvazione e all'apprezzamento, anche il finanziamento della Regione Lazio, di cui è particolarmente grata.

ISCRIZIONE ALL'ONAOISI Contribuenti obbligatori e contribuenti volontari - Prestazioni

Per una maggiore informazione nei confronti degli iscritti nonché di tutti i sanitari esercenti la libera professione (Medici-Chirurghi, Medici Veterinari, Farmacisti ed Odontoiatri), potenzialmente iscrivibili all'ONAOISI, si riassumono le principali norme che regolano le iscrizioni all'ONAOISI nonché le prestazioni erogabili dalla stessa ONAOISI.

Contribuenti

I contribuenti sono di due categorie: contribuenti obbligatori e contribuenti volontari (per questi ultimi vedere locandina allegata). Sono contribuenti obbligatori (e quindi assoggettati a contribuzione dal datore di lavoro-sostituto di contribuzione, indipendentemente dall'assenso o meno dell'interessato) tutti i medici chirurghi, i medici veterinari ed i farmacisti dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale e di tutte le altre pubbliche amministrazioni ed enti pubblici e militari (art. 5 del vigente statuto e legge n. 306 del 07.07.1901 e successive, fino alla legge n. 21 del 31.01.1949).

Misura contributo obbligatorio

A decorrere dal 01.01.1998, il contributo è dovuto nella misura

dell'1,50% sull'80% della sola voce stipendio (per 12 mensilità), comprensivo della progressione economica per scatti e classi (o maturato economico o salario di anzianità), al netto della ritenuta pensionistica (computata solo sul predetto imponibile valido per il contributo ONAOISI), con esclusione di tutte le voci retributive accessorie. Sono esentati dall'obbligo contributivo i sanitari dipendenti che in funzione dell'età, in particolari ordinamenti (come nelle Università), modificano la loro posizione giuridica rimanendo in servizio nella posizione di "fuori ruolo" o assimilabile (ad esempio di "ausiliari" per gli ufficiali militari). L'ONAOISI ha deliberato di ridurre dal 01.01.2000, la predetta percentuale dell'1,50% all'1,40% (sullo stesso precedente imponibile). La relativa deliberazione è tuttora all'esame dei Ministeri vigilanti e quindi non è ancora divenuta esecutiva. In questa situazione temporaneamente si dovrà continuare ad applicare l'1,50% (con riserva di conguaglio). Non appena diventerà operativa la riduzione, ne verrà data tempestiva comunicazione a tutti gli enti tenuti all'adempimento contri-

butivo.

Prestazioni (artt. 6, 7 e 8 dello statuto). Vedere locandina allegata.

Si prega di esporre la presente e relativi allegati all'Albo di ciascun Ordine, ovvero di darvi eventuale altra forma di massima diffusione e pubblicizzazione. Ove ritenuto possibile si chiederebbe altresì di informare direttamente ciascun sanitario (che non rientri già nella categoria degli obbligatori), all'atto che chiede

l'iscrizione all'Ordine, della realtà dell'ONAOSI e quindi della possibilità, opportunità ecc., di iscriversi. A fronte degli oltre 125 mila contribuenti obbligatori, quelli volontari sono appena 2.000-2.500 (meno dell'1% dei soggetti potenzialmente iscrivibili). Il Consiglio di Amministrazione dell'Opera ha più volte evidenziato questo dato negativo ed ha dato mandato di porre in essere alcune iniziative (tra cui la presente).

FONDAZIONE ONAOSI **Opera Nazionale** **Assistenza Orfani Sanitari Italiani** **PERUGIA**

Cenni storici

Nata alla fine dell'ottocento da un'idea solidaristica di Luigi Casati, l'ONAOSI assiste, nei casi contemplati dallo statuto, gli orfani dei sanitari ed in alcuni casi i figli dei sanitari viventi.

Titolo alle prestazioni

Hanno titolo alle prestazioni ed agli interventi, in conformità allo statuto (art.6):

- a) gli orfani dei Sanitari contribuenti obbligatori iscritti alla data del decesso;
- b) gli orfani dei Sanitari contribuenti volontari iscritti alla data del decesso e che abbiano re-

golarmente versato il contributo per almeno due anni consecutivi;

- c) gli orfani di Sanitari, non iscritti alla data del decesso, che abbiano versato il contributo obbligatorio o volontario per almeno 25 anni e che abbiano interrotto il servizio o la professione da cui derivava il requisito della contribuzione;
- d) il figli di Sanitari iscritti e dichiarati totalmente inabili all'esercizio della professione durante il periodo della contribuzione obbligatoria o volontaria;
- e) i figli di Sanitari contribuenti obbligatori cessati anche per dimissioni volontarie con dirit-

to al trattamento di quiescenza relativo al servizio svolto e che abbiano un minimo di 30 anni di servizio effettivo e che abbiano 60 anni di età;

- f) i figli di Sanitari contribuenti volontari che abbiano versato il contributo annuale per almeno 30 anni e che abbiano un minimo di 60 anni di età.

Le prestazioni erogabili

A domicilio:

Vengono assegnati consistenti contributi il cui importo è legato all'ordine di studi seguito, alle condizioni economiche ed alla sede degli studi (in sede o fuori sede) e varia da un minimo di £. 5.800.000 ad un massimo di £. 16.800.000 (importi annui, al lordo delle eventuali ritenute fiscali).

Ospitalità nelle strutture dell'Ente (alternativa ai contributi domiciliari):

- Convitti, sezione maschile e sezione femminile, in Perugia, per ragazzi e ragazze che frequentano le scuole dalle elementari fino alle medie superiori;
- Collegi o pensionati universitari, sezione maschile e sezione femminile, in Perugia;
- Centri studi (per studenti universitari nelle seguenti città: Torino, Padova, Pavia, Bari, Messina, Perugia-Montebello);
- Case vacanze in Prè Saint Didier (Aosta), Nevegal (Belluno), Porto Verde (Misano Adriatico) e Torre Normanna (Sapri).

Altre prestazioni:

- interventi per la specializzazione

post-universitaria;

- masters di gestione e di formazione aziendale;
- interventi per perfezionamento lingua straniera all'estero;
- sostegno da parte del Servizio Sociale dell'Ente;
- interventi particolari per i portatori di handicap;

È in corso di realizzazione una residenza per sanitari anziani in Perugia-Montebello; notizie ed informazioni più dettagliate sono riportate nella Guida ONAOSI 1999/2000 (un esemplare è stato inviato a ciascun Ordine nello scorso mese di giugno).

Per ulteriori informazioni si può contattare *l'Amministrazione Centrale dell'ONAOSI di Perugia - Tel. 075/5052045.*

Iscrizione volontaria

Previdenza integrativa

Possono iscriversi:

- i Medici Chirurghi, Medici Veterinari, Farmacisti ed Odontoiatri, liberi professionisti e convenzionati con il S.S.N., iscritti ai rispettivi Ordini professionali.
- i Sanitari, iscritti all'Albo professionale, già contribuenti obbligatori O.N.A.O.S.I. (ex dipendenti di Pubblica Amministrazione), cessati dal servizio senza aver maturato i requisiti di assistibilità previsti dallo Statuto.

Importi annui di iscrizione

L'iscrizione al primo anno può avvenire in qualunque giorno dell'anno.

La misura annua di contribuzione è fissata in base all'anzianità di iscrizione al rispettivo Ordine Professionale di appartenenza

- £. 300.000 **per anzianità fino a 5 anni interi**
- £. 350.000 **per anzianità da 5 anni interi e un giorno a 10 anni**
- £. 400.000 **per anzianità da 10 anni interi e un giorno a 15 anni**
- £. 500.000 **per anzianità oltre 15 anni.**

Benefici

Il titolo alle prestazioni ed agli interventi della Fondazione, secondo i casi previsti dallo Statuto vigente, si acquisisce dopo due anni consecutivi di contribuzione.

- I figli dei sanitari viventi, gli

stessi contribuenti ed i loro coniugi, secondo le modalità e condizioni previste dal regolamento, possono accedere a pagamento ai servizi (Collegi, Centri Studi Universitari e Centri Vacanze).

- Gli orfani e i figli dei sanitari che abbiano acquisito il titolo all'assistibilità, in base ai requisiti stabiliti dallo Statuto, possono fruire di tutte le prestazioni nelle forme e nelle misure previste dalle norme statutarie e regolamentari.

Informazioni

Per particolari ed ulteriori informazioni o chiarimenti è disponibile anche telefonicamente l'Ufficio Contributi della Fondazione, in Perugia, rivolgendosi al numero 075/5052045.

**Iscrizione
all'O.N.A.O.S.I.**

**una sicurezza
in piu'**

PROGRAMMA “DISTRETTO SENZA FUMO”

In occasione dell’aggiornamento obbligatorio per i medici di Medicina Generale tenutosi nell’incontro di sabato 25/11/2000 presso il Liceo Scientifico G.B. Grassi di Latina, il Direttore del Distretto Nord, Dr. Gerardo Lanza, ha presentato il Programma “Distretto senza fumo”.

Il programma si propone di realizzare azioni di prevenzione, informative ed educative finalizzate ad una più attenta consapevolezza dei danni provocati dal fumo e favorire pertanto una sostanziale modifica dei comportamenti individuali e collettivi per l’adozione di stili di vita positivi per la salute.

Si presentano, di seguito, alcuni schemi esemplificativi del percorso che si intende realizzare.

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere un clima favorevole alla cura di sé, contrastando l’abitudine al fumo nella popolazione del Distretto Nord

OBIETTIVI DI RISULTATO

1. Diminuire la prevalenza dell’abitudine al fumo nella popolazione.
2. Prevenire l’abitudine al fumo nell’età evolutiva.
3. Ridurre la prevalenza delle donne fumatrici durante la gravidanza.

MODALITÀ DI REALIZZAZIONE CHE VEDONO

IL COINVOLGIMENTO DIRETTO

DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Programma operativo

- Incontri di sensibilizzazione, formazione e informazione sui danni da fumo e sulle tecniche di disassuefazione (gruppi di auto-aiuto, psicoterapia d’appoggio, farmacoterapia);
- Fornitura di materiale informativo da far visionare ai pazienti presenti nelle sale d’attesa di Medici di Medicina Generale (cassette, opuscoli, ecc.);
- Raccolta dei questionari di autovalutazione della dipendenza da nicoti-

na da parte dei Medici di Medicina Generale che si rendono disponibili a partecipare al progetto per i pazienti che ne fanno richiesta;

- Avvio per tutti i pazienti che ne fanno richiesta ad un trattamento di disassuefazione.

Verifica

- Coinvolgimento del 10% dei Medici di Medicina Generale del Distretto Nord;
- Rilevazione numero pazienti arruolati;
- Rilevazione del numero dei Medici di Medicina Generale che fumano durante le ore di visita tramite questionario somministrato al tempo 0 e dopo 1 anno.

I colleghi interessati possono prendere direttamente contatto con la segreteria organizzativa del Distretto Nord.

Il Distretto Nord

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LATINA**

Piazza Celli, 4 - 04100 LATINA • Cod. Fisc. 80000 930596

ORARIO DI APERTURA lunedì / venerdì ore 09.00 / 13.30
DELLA SEDE lunedì e giovedì ore 16.00 / 17.30

tel. **0773693665** r.a. *segreteria e rubriche telefoniche*

fax **0773489131**

e-mail **ordine.medici.latina@iol.it**



**NUMERO VERDE
800 90 17 15**

Linea diretta con il Presidente

PROGRAMMA

Ore 15,30 **APERTURA DEI LAVORI**

Dott. CARLO ROMAGNOLI

PRESIDENTE ASSOCIAZIONE ORDINI E COLLEGI
DELLA PROVINCIA LATINA

Dott. SALVATORE LA ROSA

PREFETTO DI LATINA

Interventi:

ASL-LATINA

ORDINE DEI MEDICI di LATINA
PATOLOGIE

COLLEGIO INFERMIERI di LATINA
PRIMO SOCCORSO

ORDINE ARCHITETTI di LATINA
MUFFE E CONDENSE

COLLEGIO PERITI INDUSTRIALI di LATINA
LA LEGGE N. 46/90 NEGLI EDIFICI

ORDINE DEGLI INGEGNERI di LATINA
RISCHI E PREVENZIONE

ORDINE AVVOCATI di LATINA
QUADRO LEGISLATIVO LEGGE N. 493/99

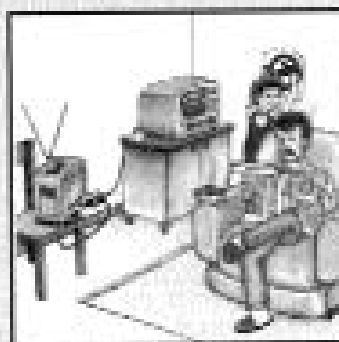
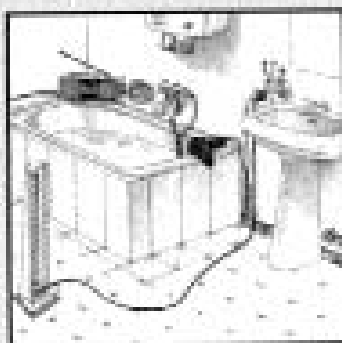
Dott.ssa RINA FRINGHELLI
COMPONENTE COMMISSIONE NAZIONALE PARI
OPPORTUNITÀ PRESSO PALAZZO CHIGI - ROMA
FEDERCASILINGUE
**IL PERCHÉ DI UNA LEGGE SUGLI INFORTUNI
DOMESTICI**

Dott. ANTONIO FAZONZI
PRESIDENTE REGIONALE ANACI
SICUREZZA: "VERSO L'EDIFICIO INTELLIGENTE"

Ore 20,00 **DIBATTITO**

Chiusura Lavori

ORDINI E COLLEGI
ASSOCIAZIONE
PROVINCIA DI LATINA

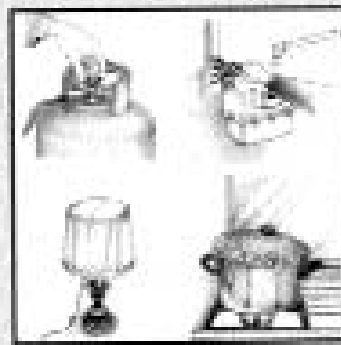
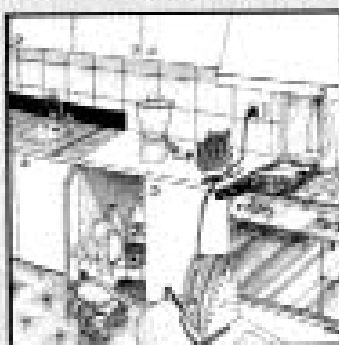


LATINA, 6 DICEMBRE 2000 - ORE 15,30

PALAZZO DELLA CULTURA - SALA CONVEGNI

CONVEGNO

"Sicurezza e salute nell'ambiente domestico"



Aderenti all'Associazione:

Agronomi, Architetti, Avvocati, Consulenti del Lavoro, Dottori Commercialisti, Geologi, Geometri, Infermieri, Ingegneri, Medici, Ostetriche, Periti Industriali, Ragionieri

