

ANNO XXIII  
N° 1  
MAGGIO 2001

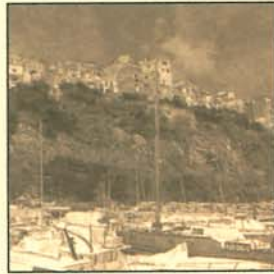
# Medicina

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

## Sommario

pag. 4	<b>Editoriale</b> La sanità pontina ha bisogno di un colpo di reni <i>Alfredo Caradonna</i>	pag. 44	<b>Associazioni mediche</b> Associazione Medica Privernate “Tommaso Visca” <i>Ercole Canori</i>
pag. 6	<b>Lettere e segnalazioni</b>	pag. 45	Celebrato il decennale dell’Associazione Medica Fondana
pag. 8	<b>Storia dell’Ordine</b> I Consigli Direttivi dell’Ordine <i>Roberto Lucchesi</i>	pag. 47	Manifesto contro l’eutanasia <i>Associazione Medici Cattolici Italiani Latina</i>
pag. 14	Barbara Ensoli vince il premio “Fru-mento d’oro duemilauno” <i>Teresa Nardoni</i>	pag. 48	<b>Medici pontini artisti</b> Cronaca <i>Franco Gnessi</i>
pag. 16	<b>Trapianti d’organo</b> Vicino alla morte <i>Peppino Nicolucci</i>	pag. 52	Sorgente <i>Gianni Isabella</i>
pag. 19	Cosa sta facendo l’Azienda Sanitaria <i>Pietro Di Legge</i>	pag. 53	<b>Aggiornamento professionale</b> Scuola Medica pontina <i>Erminia Ammendola</i>
pag. 21	Guerra agli sprechi d’organi Da <i>Il Sole 24 ore Sanità</i>	pag. 55	Valutatori <i>Erminia Ammendola e Nadia Bonfiglio</i>
pag. 23	<b>Argomenti di bioetica</b> Rinnovo del comitato per la bioetica	pag. 56	Aspetti tecnici dell’ECM <i>Nadia Bonfiglio</i>
pag. 24	Corso di bioetica per medici e odontoiatri <i>Silverio Guarino</i>	pag. 58	<b>Convegni e congressi</b>
pag. 26	Aspetti etici dei trapianti d’organo <i>Maria Addolorata Mangione</i>	pag. 62	<b>Comunicazioni utili</b> Medicine non convenzionali
pag. 33	Un posto per morire <i>Dal Bollettino dell’Ordine dei Medici di Mantova</i>	pag. 65	Aggiornamento delle tariffe minime libero professionali per medici operanti presso ditte di trasporto infermi
pag. 35	<b>Liste di attesa</b> Le difficoltà del vivere quotidiano del MMG <i>Augusto Onori</i>	pag. 69	Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati <i>Franco Masi</i>
pag. 37	Il problema delle liste d’attesa <i>Gerardo Lanza</i>	pag. 71	Diaconia Medica Missionaria
pag. 39	Ho voglia di integrazione Da <i>Il Sole 24 ore Sanità</i>		
pag. 41	De ambulatorio		

### In allegato

Tariffario dei certificati a pagamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

“I disegni pubblicati sono stati realizzati appositamente per  
*Medicina Pontina* da **Fulvio Di Pietro**  
e rappresentano *Aspetti di vita di paese*.”

Urgono decisioni importanti  
**LA SANITÀ PONTINA  
 HA BISOGNO DI  
 UN COLPO DI RENI**

*Cerchiamo di non perdere anche questo treno*

di

**Alfredo Caradonna**

Direttore Scientifico di *Medicina Pontina*

Titoli recentissimi sulle pagine nazionali dei giornali: *Il Messaggero* del 20 marzo: “*Troppi ricoveri inutili*”; *Il Corriere della Sera* del 22 marzo: “*Nel verde ed in periferia l’ospedale ideale*”.

In gran parte del centro-nord gli ospedali delle città capoluogo di provincia si stanno organizzando in *veri* dipartimenti; parecchi ospedali provinciali o medio-grandi si trasformano, frattanto, in policlinici. Il privato è stabilmente accreditato dal SSN. Il *management* in sanità impera in qualsiasi realtà sanitaria di un certo spessore, perché tutti hanno capito che senza di esso non si va da nessuna parte. Il ministro Veronesi e l’architetto Piano ci propongono l’ospedale del futuro (prossimo!), *chiavi in mano*, a 300 miliardi, presupponendo, oltre la localizzazione (in periferia) e l’organizzazione interna (tutta tesa all’efficienza e all’umanizzazione), la sua interconnessione dinamica con le strutture territoriali e la medicina generale. In svariate regioni si stanno organizzando *Hospice* ed Ospedali di Comunità. Si portano avanti interessanti progetti di governo dell’attività ambulatoriale, erogando le prestazioni sul principio della “ragionevolezza clinica”; si incide sulla domanda oltre che sull’offerta, coinvolgendo, come primi attori di questa organizzazione, i medici di medicina generale (prima di tutto), gli specialisti ed i centri di prenotazione (che in varie parti d’Italia funzionano con gli stessi ritmi delle agenzie di viaggio, presso cui *il tuo viaggio alle Bahamas* lo puoi prenotare come, quando e dove vuoi, senza file e nervosismo).

E in provincia di Latina? Sarà stata l’estrema vicinanza di Roma (65 km dall’*EUR*), che ha storicamente risolto gran parte dei nostri problemi; sarà stata una classe politica abbastanza miope; oppure, anche, una categoria medica, non molto lungimirante; sarà stata, infine, una *congiunzione astrale* particolarmente negativa. Certo, le cose non vanno molto bene: anche se non siamo la *maglia nera* dell’Italia, ci sono realtà assolutamente più organizzate ai lati e a sud di noi. E, invece di diventare polo d’attrazione per gli abitanti di altre province, a parte casi sporadici, continuiamo a pagare un pesante tributo alla migrazione sanitaria nazionale.

Infatti, a fronte di tanto dinamismo su scala nazionale, qui da noi alcuni, ancora pochi per fortuna, continuano a discutere sul ruolo “ospedaliero” delle strutture collinari, che hanno ospitato i gloriosi ospedali dell’*ECA* (Ente Co-

munale Assistenza). Non si riesce a vedere un serio equilibrio tra certe strutture ospedaliere che, sorte in pianura senza alcun criterio di razionalizzazione, sembrano dimenticare che la dispersione delle risorse è letale per una buona medicina ospedaliera. I padiglioni capofila dei tre presidi ospedalieri non riescono a decollare. Non esiste una rete ambulatoriale territoriale degna di questo nome; la riabilitazione è, perlomeno, *scoordinata*; la prevenzione primaria e secondaria è ...*scordata*! Inutile continuare.

A livello ospedaliero ci sono, comunque, alcuni segni positivi evidenti, in termini di strutture, organizzazione interna, protocolli, aggiornamento. I risultati saranno ancora più evidenti, se attorno a queste punte *gireranno* ospedali *capaci del nuovo* e, al di fuori, *ruoteranno* distretti che prendano finalmente sul serio il problema della de-ospedalizzazione.

Sulla medicina ospedaliera, in generale, rinnoviamo la proposta già espressa sul precedente numero di *Medicina Pontina* e che alcune Regioni, ricche di ottimi presidi ospedalieri (a differenza di noi), stanno seguendo. Facciamo uno sforzo di volontà e di *fantasia*, approfittando “dell’aria che tira”; attiviamoci per la costruzione di due aziende ospedaliere (una a Latina e una a Formia), che diventino due veri policlinici; distinguiamo e integriamo i ruoli tra i due padiglioni del *P.O. Centro*, fortunatamente costruiti con criteri moderni. Lasciamo, infine, che una ben strutturata Azienda Sanitaria Territoriale, come succede in Lombardia, si occupi della medicina extra-ospedaliera. E’ assolutamente urgente, infatti, che nasca una medicina territoriale efficiente ed efficace, che, nelle sue varie espressioni (ambulatori specialistici, ecc), sia una vera alternativa all’ospedalizzazione ed al Pronto Soccorso. Quest’ultimo, infatti, rimane tuttora l’unico punto di riferimento per troppe persone che abbiano anche il più banale dei disturbi.

Anche noi medici, comunque, dobbiamo riflettere: verificiamo se il nostro atteggiamento è sempre e comunque a pieno servizio della comunità di cui facciamo parte; vediamo se abbiamo la mentalità per lavorare in veri dipartimenti ed in veri policlinici, invece che in *grossi ospedali zionali*; domandiamoci se abbiamo la *capacità del nuovo*; analizziamo quanto, infine, le nostre inefficienze, i nostri scopi (più o meno legittimi), le nostre preclusioni e le nostre *abitudini* siano di impaccio allo sviluppo di una medicina moderna, che coniughi, come detto prima, alti livelli qualitativi, quantitativi e di umanizzazione.

La dirigenza ASL, ovviamente, non può che essere il motore ed il centro di questo radicale e, ripeto, urgente cambiamento di rotta. L’Ordine, assolutamente a disposizione per contribuire ad ottenere risultati seri, è, come sempre, fiducioso nei riguardi dei nuovi amministratori dell’Azienda Sanitaria.

L’editoriale è stato approvato e fatto proprio dal Consiglio Direttivo dell’Ordine del 31.03.2001



### Sono in aumento i casi di tumore nella nostra provincia?

**N**ella mia attività medica, ormai più che ventennale, ho rilevato negli ultimi anni un aumento vertiginoso dei casi di tumore rispetto agli anni precedenti, sia come mortalità che come incidenza e prevalenza. Chiaramente questa mia osservazione empirica potrebbe essere falsata da diversi fattori. Da consultazioni amichevoli con altri colleghi con attività analoga alla mia, sia come territorio che come numero di pazienti, risulta che anche loro rilevano tale aumento.

Con questa mia lettera desidero chiedere ai colleghi che operano a qualsiasi titolo (medicina generale, ospedalieri, attività privata, funzionari asl...) nel territorio di Latina e provincia ed eventualmente zone limitrofe (Anzio, Frosinone, Caserta...) se anche loro hanno riscontrato tale incremento.

In questa disgraziata eventualità, potrebbe essere utile incontrarci in una tavola rotonda presso la sede dell'Ordine dei Medici, magari con l'ausilio di specialisti del settore, per puntualizzare innanzitutto se il dato è vero e se ci possa essere una causa ambientale, tossica o altro.

Chi fosse interessato ad operare attivamente per una rilevazione in tempo reale del fenomeno ed eventualmente per una prevenzione primaria dello stesso, può contattarmi direttamente o al numero telefonico 0335/6383420: ne sarei onorato.

Grazie

**Domenico Siniscalchi**  
Medico di Medicina Generale  
Latina

### Costituita a Fondi una cooperativa di medici

**S**i chiama SALUS 2000 la Cooperativa di Medici che si è costituita a Fondi il 10 aprile 2000. Sedici sono stati i soci fondatori, ma attualmente se ne contano quasi trenta.

Gli organi sociali prevedono un Presidente, nella persona di Luigi Anselmo, un Vice Presidente (Dante Mastromanno), tre Consiglieri (Corrado Antonetti, Maurizio Di Russo, Carlo Saccoccio). A comporre il Collegio Sindacale, per il primo triennio, sono stati nominati i colleghi Onorato Lauretti, Paolo Dinia, Carlo Padula.

Gli scopi della Cooperativa si possono così riassumere:

- perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana ed alla integrazione sociale dei cittadini attraverso la salvaguardia della salute tramite la gestione di servizi sanitari ed educativi.

A tal fine la Cooperativa si adopera per la crescita culturale dei soci, attraverso il miglioramento delle loro conoscenze scientifiche, l'elevazione delle prestazioni professionali, l'aggiornamento sistematico, continuo ed integrato; la fornitura ai soci di opportune metodologie lavorative; l'organizzazione di prestazioni mediche volte a coprire la totale reperibilità notturna e festiva; la prevenzione e l'educazione sanitaria nei confronti della popolazione raccordandosi a programmi d'igiene ed informazione di carattere locale, nazionale ed internazionale; l'organizzazione e la gestione di centri tecnicamente attrezzati per il monitoraggio, la dia-

gnosi precoce e la terapia delle patologie emergenti e di quelle a sviluppo cronico e socialmente rilevante; mettere a disposizione dei soci le specifiche competenze professionali di ogni socio; l'editoria di pubblicazioni a carattere scientifico, culturale, divulgativo.

La Cooperativa Salus è presente sul sito Web, all'indirizzo: [www.salus2000.interfree.it](http://www.salus2000.interfree.it)

Si vuole qui ricordare che la medicina "in associazione", "in rete" e "di gruppo" fanno parte delle forme associative dell'assistenza primaria previste dall'Art. 40 dell'Accordo Collettivo Nazionale 1998-2000, costituendone parte fondante, innovativa e qualificante la Medicina di Famiglia, a cui viene riconosciuto il ruolo preminente nella sanità pubblica. Infatti, tali forme associative sono soggetti anche qualificati a proporre e promuovere iniziative e progetti assistenziali, da sottoporre alla contrattazione tra le parti nell'ambito degli accordi regionali e aziendali.

Il ricco programma sociale della Cooperativa Salus sarà tra breve in internet e specificato su *Medicina Pontina*.

**Carlo Padula**

Medico di Medicina Generale  
Fondi

### Iniziative di solidarietà e volontariato

I nostri ambulatori sono spesso il luogo in cui dare informazioni che esulano da problemi strettamente medici: l'incontro con i nostri pazienti è, d'altra parte, occasione per conoscere persone e famiglie e per conoscere la loro disponibilità ad iniziative di solidarietà.

Così ho pensato di far conoscere a tutti i colleghi, e soprattutto a

quanti praticano la medicina di base, l'esistenza di un servizio di sostegno all'istituto dell'affidamento familiare.

La Legge 285 finanzia, infatti, interventi in campo sociale che vengono programmati e gestiti dalle amministrazioni comunali: fra questi, ormai da un anno, si è avviato il "Progetto Famiglia Risorsa" che si sviluppa nei comuni di Aprilia, Cisterna e Latina. Esso è fondamentalmente focalizzato su due obiettivi: individuare e preparare famiglie disponibili ad accogliere temporaneamente minori allontanati dalla propria famiglia d'origine da parte del giudice; sostenere queste stesse famiglie in questo loro ruolo di affidatari.

Chi volesse avere notizie più dettagliate o volesse indirizzare famiglie sensibili ed interessate a questo tipo di servizio, potrà rivolgersi agli assessorati dei comuni interessati.

**Diego Giliberti**

Medico di Medicina Generale  
Latina



## **I CONSIGLI DIRETTIVI DELL'ORDINE**

*Una carrellata storica dal 1945 ad oggi*

di

**Roberto Lucchesi**

*Tesoriere dell'Ordine*

*La prima sede fu Piazza Celli 1.*

### **I CONSIGLIO DIRETTIVO (1945/1947)**

Presidente	Pietro Verdesca Zain
Tesoriere	Enrico Baffa
Segretario	Emanuele Parisi
Consiglieri	Giovanni Aversa, Giuseppe Cusumano, Salvatore Erroi

### **II CONSIGLIO DIRETTIVO (1948/1949)**

Presidente	Pietro Verdesca Zain
Tesoriere	Enrico Baffa
Segretario	Emanuele Parisi
Consiglieri	Giovanni Aversa, Giuseppe Cusumano, Salvatore Erroi

### **III CONSIGLIO DIRETTIVO (1950/1951)**

Presidente	Pietro Verdesca Zain
Tesoriere	Enrico Baffa
Segretario	Emanuele Parisi
Consiglieri	Giovanni Aversa, Luigi del Trono, Benedetto Lo Cicero

*La sede viene trasferita in via Pio VI N° 7.*

### **IV CONSIGLIO DIRETTIVO (1952/1954)**

Presidente	Guido Colangelo
V. Presidente	Benedetto Lo Cicero (dimessosi a ottobre '52)
Tesoriere	Giacinto Magliozzi
Segretario	Luigi del Trono
Consiglieri	Silvio Liguori, Umberto Sartini, Mattia Tipaldi

*Nel 1951 vennero eletti i primi revisori dei conti:*

Alberto Rapanà, Antonio Pierro, Giuseppe Marcario.  
Supplente: Luigi Gabrielli

### **V CONSIGLIO DIRETTIVO (1955/1957)**

Presidente	Bernardo Borretti
Tesoriere	Giacinto Magliozzi
Segretario	Luigi Cavallucci



Consiglieri	Luigi del Trono, Plinio Gionta, Silvio Liguori, Umberto Sartini
Revisori	Alberto Rapanà, Luigi Gabrielli, Emilio Vespa Supplente: Antonio Pierro

**VI CONSIGLIO DIRETTIVO (1958/1960)**

Presidente	Bernardo Borretti
Tesoriere	Giacinto Magliozzi
Segretario	Plinio Gionta
Consiglieri	Ettore Antonini, Luigi Gabrielli, Silvio Liguori, Arnaldo Parisella
Revisori	Alberto Rapanà, Giuseppe Manno, Antonio Pierro (Renato D'Elia). Supplente: Romano Pericoli (Alberto Pontecorvi)

**VII CONSIGLIO DIRETTIVO (1961/1963)**

Presidente	Giuseppe Bocchetti (dimessosi nel luglio 1963)
V. Presidente	Mario Costa (che era stato eletto Presidente ma preferì dimettersi in quanto impegnato in politica)
Tesoriere	Marcello Di Cesare
Segretario	Arnaldo Parisella
Consiglieri	Peppino di Russo, Egidio Saviani, Mattia Tipaldi
Revisori	Plinio Gionta, Stefano Forte, Biagio di Pasquale Supplente: Luigi Baldassini

*Il 30 novembre 1961 fu deliberato l'acquisto della sede dell'Ordine in via XXIV Maggio, 16 piano 1° int.2. Da questo momento in poi, nella sequenza delle cariche, il Tesoriere sarà posto dopo il Segretario.*

**VIII CONSIGLIO DIRETTIVO (1964/1966)**

Presidente	Augusto Condorelli
V. Presidente	Ettore Antonini
Segretario	Arnaldo Parisella
Tesoriere	Egidio Saviani
Consiglieri	Giacinto Magliozzi, Gualtiero Trillò, Cesare Salvini (dimessosi e ritiratosi dalla professione il 13.10.1965; deceduto nel febbraio 1966)
Revisori	Luigi Baldassini, Ermanno d'Erme, d'Onofrio Supplente: Enzo Savino

*I medici iscritti all'albo nel 1967: 350.*

**IX CONSIGLIO DIRETTIVO (1967/1969)**

Presidente	Augusto Condorelli
V. Presidente	Ettore Antonini
Segretario	Ermanno d'Erme
Tesoriere	Egidio Saviani
Consiglieri	Vincenzo d'Ettore, Enzo Savino, Antonio Soccorsi
Revisori	Luigi Baldassini, Pasquale Bossa, Filippo Monti Supplente: Biagio de Pasquale

**X CONSIGLIO DIRETTIVO (1970/1972)**

Presidente	Augusto Condorelli
------------	--------------------

V. Presidente	Ettore Antonini
Segretario	Ermanno d'Erme
Tesoriere	Enzo Savino
Consiglieri	Giuseppe Bocchetti, Vincenzo d'Ettorre, Antonio Soccorsi
Revisori	Luigi Baldassini, Biagio de Pasquale, Filippo Monti Supplente: Pasquale Bossa

**XI CONSIGLIO DIRETTIVO (1973/1975)**

Presidente	Augusto Condorelli
V. Presidente	Egidio Saviani
Segretario	Antonio Soccorsi
Tesoriere	Enzo Savino
Consiglieri	Vincenzo d'Ettorre, Alfonso di Russo, Piergiacomo Squarcia
Revisori	Pasquale Bossa, Biagio de Pasquale, Agnello Serino Supplente: Cesidio Spina

*Nel marzo 1973 istituzione dell'Albo aggiunto degli Odontoiatri; primo iscritto il collega Papazephiropulos.*

**XII CONSIGLIO DIRETTIVO (1976/1978)**

Presidente	Augusto Condorelli
V. Presidente	Egidio Saviani
Segretario	Antonio Soccorsi
Tesoriere	Enzo Savino
Consiglieri	Franco Accorinti, Vincenzo d'Ettorre, Agnello Serino
Revisori	Aldo Pugliese, Cesidio Spina, Franco Cavalcanti Supplente: Vincenzo Martella

*Iscritti all'albo nel 1981: 1006.*

**XIII CONSIGLIO DIRETTIVO (1979/1981)**

Presidente	Augusto Condorelli
V. Presidente	Egidio Saviani
Segretario	Antonio Soccorsi
Tesoriere	Enzo Savino
Consiglieri	Franco Accorinti, Filippo Antonetti, Pasquale Bossa, Agnello Serino, Vincenzo d'Ettorre
Revisori	Giuseppe Manciocchi, Sante Lauretti, Carlo Notarianni Supplente: Vincenzo Martella

*Iscritti all'Albo nel 1983: 1281.*

**XIV CONSIGLIO DIRETTIVO (1982/1984)**

Presidente	Augusto Condorelli
V. Presidente	Egidio Saviani
Segretario	Filippo Antonetti
Tesoriere	Agnello Serino
Consiglieri	Francesco Davoli, Pasquale Bossa, Giuseppe Cardi, Benedetto di Russo, Francesco Panza

Revisori Giuseppe Manciocchi, Sante Lauretti, Carlo Notarianni  
Supplente: Vincenzo Martella

*Dal 1986 nel Consiglio entrano anche due consiglieri aggiunti, provenienti dall'istituto Albo degli Odontoiatri: Francesco Antonio Occipite di Prisco, (membro altresì del comitato centrale FNOMCeO) e Maurizio Massa.*

*Iscritti all'Albo nel 1987:1550.*

**XV CONSIGLIO DIRETTIVO (1985/1987)**

Presidente Francesco Davoli  
V. Presidente Enzo Savino (*dimessosi pochi giorni prima della fine del suo mandato nel gennaio 1988; eletto al suo posto Ermano d'Erme*)  
Segretario Fortunato Lazzaro  
Tesoriere Diego Giliberti  
Consiglieri Pasquale Bossa, Augusto Condorelli, Ermanno D'Erme, Silverio Guarino, Agnello Serino  
Revisori Giuseppe Manciocchi, Sante Lauretti, Vincenzo Martella  
Supplente: Tullio Grasso

*Entrano le prime due donne medico: Beatrice Spagnolo e Wilma Ciccone.*

**XVI CONSIGLIO DIRETTIVO (1988/1990)**

Presidente Francesco Davoli  
V. Presidente Ermanno d'Erme  
Segretario Fortunato Lazzaro  
Tesoriere Diego Giliberti  
Consiglieri Francesco Panza, Pietro Filippo Matarazzo, Gianni Isabella, Silverio Guarino, Giuseppe Addressi, Roberto Lucchesi, Elio Pietricola, Antonio di Prisco Occipite (odont.), Beatrice Spagnolo, Giuseppe Saltarelli, Lino Carfagna, Franco di Tano (odont.), Giovanni Maria Righetti  
Revisori Wilma Ciccone, Mauro Mercuri, Maurizio Mariani  
Supplente: Vincenzo Cascella  
Commissione  
Albo Odontoiatri: Pietro Bevilacqua, Maurizio Massa, Giovanni Serino

**XVII CONSIGLIO DIRETTIVO (1991/1993)**

Presidente Ermanno d'Erme  
V. Presidente Giovanni Isabella  
Segretario Fortunato Lazzaro  
Tesoriere Giuseppe Saltarelli  
Consiglieri Giuseppe Addressi, Francesco Davoli, Silverio Guarino, Raffaele De Bonis, Giuliano Di Trocchio, Peppino Nicolucci, Francesco Panza, Roberto Lucchesi, Giovanni Maria Righetti, Elio Pietricola, Beatrice Spagnolo, Francesco Antonio Occipite di Prisco (odont.), Pietro Bevilacqua (odont.)  
Revisori Wilma Ciccone, Diego Giliberti, Felice Mosillo  
Supplente: Vincenzo Cascella  
Commissione  
Albo Odontoiatri Sergio Laureti, Maurizio Massa, Francesco Candreva

**XVIII CONSIGLIO DIRETTIVO (1994/1996)**

Presidente	Giovanni Maria Righetti
V. Presidente	Benedetto Fontana
Segretario	Gerardo Lanza (detto Dino)
Tesoriere	Alfredo Caradonna
Consiglieri	Roberto Lucchesi, Ermanno d'Erme, Silverio Guarino, Fabrizio Soscia, Sandro Bocatonda, Vittorio Santi, Giovanni Baiano, Mario Cavallini, Lino Carfagna, Giuseppe Assenzo, Fortunato Lazzaro, Sergio Laureti (odont.), Francesco Candrea (odont.)
Revisori	Franco Ceccarelli, Francesco Ceci, Giuseppe Rovacchi Supplente: Gerardo Sangiovanni
Commissione Albo Odontoiatri	Luigi Stamegna, Laura Visca, Francesco Antonio Occipite di Prisco

**XIX CONSIGLIO DIRETTIVO (1997/1999)**

Presidente	Giovanni Maria Righetti
V. Presidente	Gerardo Lanza
Segretario	Alfredo Caradonna
Tesoriere	Nadia Bonfiglio
Consiglieri	Giovanni Baiano, Mario Cavallini, Carlo de Masi, Fortunato Lazzaro, Roberto Lucchesi, Giovanni Lungarella, Silverio Guarino, Paolo Pucci (odont.), Maurizio Massa (odont.), Antonio Orgera, Giuseppe Rovacchi, Erminia Ammendola, Benedetto Fontana
Revisori	Giancarlo Maretto, Alfredo Gaglioti, Morena Nigro Supplente: Maria Paglione
Commissione Albo Odontoiatri	Francesco Antonio Occipite di Prisco, Luigi Stamegna, Maria Gabriella di Mambro.

*Dopo un ricorso presentato da alcuni medici, la Commissione Centrale (CCEPS), impose nuove elezioni svoltesi nel dicembre 1997, da cui risultò un nuovo Consiglio rimasto in carica fino al termine del mandato.*

Presidente	Giovanni Maria Righetti
V. Presidente	Mario Cavallini
Segretario	Alfredo Caradonna
Tesoriere	Roberto Lucchesi
Consiglieri	Giovanni Baiano, Carlo de Masi, Benedetto Fontana Franco Cacciotti (odont.), Silverio Guarino, Gerardo Lanza, Giovanni Lungarella, Giancarlo Maretto, Fortunato Lazzaro, Giuseppe Rovacchi, Nadia Bonfiglio, Lino Carfagna, Carla Castini (odont.)
Revisori	Giancarmine Russo, Antonio d'Urso, Morena Nigro Supplente: Simona Travaini
Commissione Albo Odontoiatri	Elisabetta Censi, Giuseppe Addessi, Federico Marino

**XX CONSIGLIO DIRETTIVO (2000/2002)**

Presidente	Giovanni Maria Righetti
V. Presidente	Mario Cavallini

Segretario	Pasquale Milo
Tesoriere	Roberto Lucchesi
Consiglieri	Giacomo Bonelli, Nadia Bonfiglio, Alfredo Caradonna, Gaetano Dinia, Silverio Guarino, Gerardo Lanza, Davide Leoni (odont.), Giancarlo Maretto, Maria Teresa Nardoni, Antonio Orgera, Aldo Pastore, Giuseppe Rovacchi, Paolo Tasciotti (odont.)
Revisori	Giovanna Morena Nigro, Erminia Ammendola, Giulia Gatti Supplente: Pier Francesco Russo
Commissione Albo Odontoiatri	Elisabetta Censi, Giovanni Papa, Giorgio Pecora

*Iscritti all'Ordine alla data del 31 marzo 2001*

*Medici chirurghi: 2.155*

*Odontoiatri: 263*

*Questa breve presentazione, volutamente priva di commenti, ha voluto ricordare tutti quei Colleghi che, nello svolgersi di oltre mezzo secolo, hanno rappresentato la Categoria nella nostra provincia. Con diversi stili e alterne fortune hanno sicuramente dato qualcosa con discrezione, umiltà e senza clamori, come tanti oggi sono usi fare; altri, forse, avrebbero fatto sicuramente meglio. A tutti coloro che hanno contribuito alla crescita dell'Ordine va un piccolo grazie; soprattutto a chi, non più tra noi, rimarrà nei ricordi di queste pagine.*



Importante riconoscimento alla nostra illustre collega

**BARBARA ENSOLI  
VINCE IL PREMIO  
FRUMENTO D'ORO DUEMILAUNO**

*Il premio assegnato su proposta del nostro Ordine*

di

**Teresa Nardoni**

*Consigliere dell'Ordine*

*Presidente della sezione di Latina dell'Associazione Donne Medico*

**I**l "Premio Città di Latina – Frumento d'oro – Duemilauno" è stato assegnato alla collega Barbara Ensoli. Tale premio viene assegnato dal Comitato Pari Opportunità del Comune di Latina a quelle donne pontine che si siano particolarmente distinte per il loro impegno sociale, professionale o imprenditoriale; le candidate vengono segnalate da parte di ordini professionali e di categoria, club di servizio e associazioni di volontariato della nostra città; Barbara

Ensoli è stata segnalata dal nostro Ordine. Il premio vuole essere un momento di riflessione, un simbolo, un punto di partenza per affermare con rinnovato vigore una politica delle pari opportunità.

Barbara Ensoli nasce a Latina nel 1960 e si laurea in Medicina e Chirurgia presso *La Sapienza* di Roma, dove si specializza in Allergologia ed ottiene il dottorato di ricerca in Immunologia clinica. Frequenta corsi speciali per l'utilizzazione di composti radioattivi, di biologia molecolare, di biochimica e di supervisore responsabile per l'utilizzo di composti radioattivi. Inizia la sua attività professionale presso il labo-

ratorio di immunologia diretto dal prof. Aiuti.

Dal 1986 al 1993 è a Bethesda - Maryland (USA), vincitrice di una borsa di studio della *Società Italiana per la Ricerca sul Cancro*.

Nel 1994 è vincitrice di una borsa di studio finalizzata alla lotta all'AIDS.

Dal 1996 al 1999 è dirigente di ricerca presso il *Laboratorio dell'Istituto Superiore di Sanità*.

Dal 2000 è direttore di reparto per le infezioni da retrovirus al Laboratorio di Virologia dell'Istituto Superiore di Sanità.

Membro di società e commissioni nazionali ed internazionali per lo studio delle infezioni da HIV. Ha ottenuto riconoscimenti e premi nazionali ed internazionali:

- Dall'*Istituto Nazionale di Sanità Statunitense*

- Premio Internazionale Marisa Bellisario

- Premio Internazionale "Inner Weel" per meriti professionali

- Nomina ad ufficiale conferita dal Presidente della Repubblica

- Socio onorario dell'Associazione Internazionale delle Donne Medico (M.W.I.A).

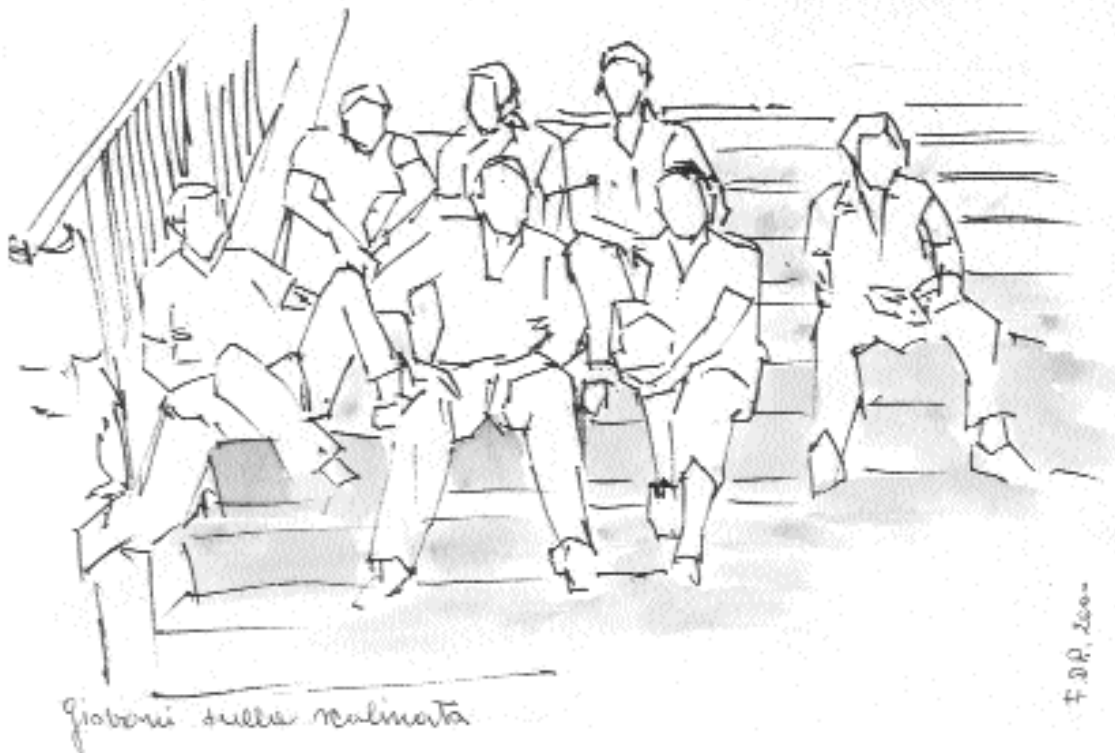
La motivazione dell'assegnazione del premio recita: "Assegnare il premio a Barbara Ensoli significa riconoscere l'impegno e la capacità di





una donna che ha saputo raggiungere i vertici internazionali di un percorso professionale e umano, facendo coincidere l'affermazione personale con il servizio da lei reso a favore di tutta l'umanità con scoperte relative alla lotta contro il virus HIV”.

In assenza della collega, tenuta lontana da insormontabili motivi di lavoro, il premio è stato, significativamente, ritirato dal nostro Presidente dell'Ordine.



Non basta organizzare l'equipe di espianto

## VICINO ALLA MORTE

*Stili di comportamento e di partecipazione:  
un ruolo per il personale sanitario*

di

**Peppino Nicolucci**

*Componente della Commissione Trapianti AUSL Latina  
Neurologo, Psicologo e Medico Legale - Latina*

*“Morte, personaggio grottesco, orco per bambini, fantasma inesistente.*

*Tu mi fai ridere.*

*Ma tu mi ripugni,*

*Tu terrorizzi il Mondo,*

*Tu spaventi e inganni gli uomini,*

*E tuttavia non esisti che per la Vita,*

*e non sei capace di rapirci quelli che amiamo”.*

(Da: “Il Funerale” di M. Quoist)

**N**ella nostra quotidiana esperienza il rapporto con la morte è stato sempre vissuto come una sconfitta, come una negazione del concetto fondamentale dell'essere medico, curare e guarire. L'avvento della morte è stato per anni relegato a momento marginale nella nostra professione; un momento nel quale abbiamo dato la possibilità ad altri di occupare questo spazio, considerando concluse le nostre possibilità. Sconfitti, ci siamo arroccati nel “*abbiamo fatto il possibile*” ed abbiamo abbandonato il campo. Comunicare ai familiari la morte del proprio congiunto è stato sempre un momento difficile e lo è stato tanto più quanto noi stessi abbiamo paura della nostra esperienza di morte. Dentro questo spazio, paradossalmente c'è la nostra vita e i nostri sentimenti; mai vorremmo arrivare a questo punto.

La legge 578/93 “Norme per l'accertamento e la certificazione di mor-

te” ed i decreti applicativi successivi, ci ha “*ope legis*” rigettato alla nostra responsabilità il momento di relazione tra l'evento morte, inteso come fine della vita, e tutto ciò che c'è dietro questo evento. Paradossalmente, è proprio questa legge che ci pone di fronte ad un punto di vista nuovo, ovvero il rapporto tra morte e vita, non solo attraverso l'atto importante e fondamentale della donazione.

Noi medici dobbiamo riappropriarci di questa “terra di nessuno” che è rappresentata dal silenzio, dall'ignoranza e dalla rimozione con la quale la società contemporanea affronta questa tematica. Noi dobbiamo essere convinti, in prima persona, del momento certo della morte e da questa convinzione diventare responsabili di decisione, esecutori consapevoli dei dettami della legge; coscienti di essere punto di unione e mediatori tra il Cittadino e lo Stato. Se noi fossimo convinti e consapevoli, potremmo di-



ventare freddi applicatori della legge, oppure nascondere le nostre incertezze dietro un atteggiamento possibilista, permissivo e cavilloso, che, di fatto, impedisce ogni presa di coscienza rispetto alla donazione. In questo rigido dualismo rischiamo di cadere nella onniscienza e onnipotenza, che fa della nostra scelta l'unica decisione possibile. Noi siamo uomini e guai agli uomini che non hanno dubbi, ma guai anche agli uomini che del dubbio fanno l'arma della deresponsabilizzazione.

Non scegliere, lasciare che altri possano farlo, lasciar fare agli eventi, è, in questo caso, codardia umana e professionale.

La legge non ci invita a fare un mero accertamento di morte, ma costituisce un momento importante, purché la morte avvenga nel rispetto di tutti i diritti, di cui è portatrice la persona umana. E per dare un senso alla morte dobbiamo avere chiaro il concetto di utilità della morte che è nell'atto della donazione. Dalla morte dipende la vita di molte persone e ciò che dà senso alla morte dà senso alla vita. La non scelta ci rende responsabili rispetto al morente, ai familiari e a chi attende dal trapianto la rinascita, il sorriso alla vita. Non avrebbe avuto senso il dettame della legge, se questa non ci proiettasse proprio nel mondo della donazione di organi. Se così non fosse, saremmo ragionieri contabili del costo di degenza e saremmo individuati pericolosamente come economisti della salute.

Ebbene, perché questa legge resta non applicata? Perché, nonostante gli sforzi di associazioni prestigiose, non viene esercitato il sacrosanto diritto di ogni cittadino a donare? Vengono date risposte, quali "carenze legislative ed organizzative" o disinformazione dei *mass-media*, mentre il vero tabù è rappresentato dalla nostra immagine della morte che va di pari passo con

l'angoscia di morte dell'uomo e con il tabù religioso della sacralità del cadavere. Noi medici, per formazione e cultura, non abbiamo dubbi ad accettare la morte cardiaca, mentre diventiamo dubbiosi quando vi è la necessità di accertare la morte neurologica.

La legge dice che la morte si verifica quando vi è la contemporanea presenza di:

1 - stato di coma profondo accompagnato da atonia muscolare, ariflessia O.T., indifferenza dei plantari, midriasi paralitica con assenza di riflesso corneale e riflesso alla luce;

2 - assenza di respirazione spontanea dopo sospensione di 2 minuti di quella artificiale;

3 - assenza di attività elettrica cerebrale spontanea o/e provocata.

Questa è la legge e io sono pienamente convinto che questi parametri siano sufficienti a farci fare diagnosi di morte certa. Ma tutti noi medici, rianimatori compresi, siamo convinti di ciò? Se non vi è convinzione, nonostante la certezza scientifica della letteratura, allora il problema riguarda proprio la nostra coscienza, i nostri timori ed il vissuto personale di ognuno, che purtroppo, talvolta, contrasta con il nostro ruolo. Se siamo convinti, dobbiamo utilizzare atteggiamenti e parole appropriate che non danno adito a dubbie interpretazioni. La morte è la morte e non il coma che è altra cosa. Non dobbiamo creare illusioni! Illudere è, in questo caso, inumano; illudere fa attivare ipotesi di guarigione miracolistiche che fanno di questo momento proprio la terra di nessuno nella quale trovano spazio losche argomentazioni o monatti di manzoniana memoria; cialtroni disinformati, che, dipingendo scenari di orrori, attivano tutti i meccanismi che nei familiari impediscono di fatto il nobile gesto della donazione. La mancanza di chiarezza del medico, talvolta consapevole, attiva nei familiari fantasie di turpi commerci ed at-

teggiami di pseudo-controllo delle attività mediche e di diffidenza verso ogni manovra terapeutico-rianimatoria.

I familiari, al contrario, dovrebbero avere la certezza che tutto è stato



Donne che lavorano nella fontana

D.P.P. LEE

fatto nel modo migliore e che nulla da quel momento in poi potrà accadere qui e in nessun altro luogo. I familiari devono essere accolti nella sofferenza e nel dolore; devono prendere atto della situazione; devono convincersi che la nostra diagnosi è certa e che l'attivazione di un collegio medico servirà solo a confermare "legalmente" la nostra certezza. I familiari da sempre, a causa di certa stampa e di alcuni atteggiamenti di noi sanitari non proprio corretti, sono visti come *l'altra parte*, come le persone dalle quali dobbiamo dipendere. Ebbene, proprio da questa legge, potremmo recuperare un adeguato rapporto con essi e potremmo imparare ad accogliere la sofferenza degli altri, di coloro che, fuori della porta di una Rianimazione, fiduciosi attendono la salvezza del proprio caro.

Dobbiamo imparare a parlare, dobbiamo scegliere luogo e personaggi: è la fine delle informazioni date nel corridoio. Ad una madre, un padre, un

congiunto in apprensione non possiamo dare informazioni come se fossimo in ufficio. Siamo uomini e, insieme, dobbiamo riappropriarci di questo ruolo. Parliamo ad uomini e dobbiamo renderli alleati consapevoli. Un gesto, il modo semplice di parlare,

la chiarezza delle parole, la certezza del tempo; il rispetto della sofferenza ci permette di responsabilizzare i familiari e così cercare di cambiare la loro iniziale diffidenza in partecipazione. Qui si inserisce la donazione come scelta consapevole. Questo stile di comportamento, che sembra un postulato non dimostrabile, difficilmente è applicato quando entrano in gioco sentimenti e diffidenza anche tra i più convinti. Non è sufficiente una legge, anche la più garantista come la nostra, per

far cambiare secoli di miracolistiche convinzioni.

Recentemente, in occasione del *Corso di Bioetica* dell'Ordine, un professore romano (non il relatore) è apparso con un atteggiamento di "sentenziatore", del "genio" applicatore di una legge, del "medico". E' aberrante questo convincimento.

Ognuno di noi conosce la legge o dovrebbe conoscerla; ma, forse, ognuno di noi non sa, fino al momento di un evento, quale e quanta sia la sofferenza personale del medico (non siamo *robot di storica memoria*) e quanta sofferenza dei familiari vi sia dentro la morte.

Convinzione nel rispetto, chiarezza e competenza nella professione sono elementi che ci fanno, medici, personale e familiari, unici nella sofferenza e partecipi nella decisione della donazione, che è vita per tanti e può essere interpretata come impedimento della inutilità della morte.

Affrettiamoci ad offrire una speranza a chi soffre da anni

## COSA STA FACENDO L'AZIENDA SANITARIA

*E' urgente iniziare gli espianti*

di

**Pietro Di Legge**

Responsabile della *Commissione Trapianti AUSL Latina*

In relazione alla Legge 1° aprile 1999 n. 91, avente ad oggetto "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti", l'Azienda AUSL di Latina ha predisposto le attività di base regolamentate dalla suddetta legge. Per organizzare l'attività disciplinata dalla legge si è pensato di predisporre un progetto, inviato all'assessore regionale della sanità, che si propone di regolamentare, secondo la normativa citata, le attività di trapianto di organi e di tessuti da attuare nella nostra provincia ed il coordinamento delle stesse.

### **Situazione esistente**

L'area di gestione della AUSL di Latina comprende 33 comuni con una popolazione di 520 mila abitanti residenti, che nel periodo estivo raggiunge 2 milioni di unità. Nella AUSL sono presenti: 9 ospedali pubblici, 7 cliniche private ed una RSA, tutte accreditate. Esistono due rianimazioni negli ospedali pubblici, una posta nell'area Nord della provincia, presso l'ospedale S.M. Goretti di Latina, con sei posti letto, l'altra nell'area Sud, presso l'ospedale di Gaeta, con quattro posti letto. Non sono presenti posti letto di sub-intensiva multidisciplinare, con funzione di supporto alle rianimazioni esistenti, già peraltro carenti per posti letto.

Da questa analisi emerge quanto segue:

- il numero di posti letto di rianimazione è insufficiente rispetto alla

popolazione residente, specialmente durante il periodo estivo; secondo i monitoraggi e le analisi effettuati in questi ultimi anni, il numero ottimale di posti letto di rianimazione previsto (0,047 x 1000 abitanti) dovrebbe essere di 24,44 letti in tutta la AUSL Latina, invece degli attuali dieci posti esistenti.

- Vi è una totale mancanza di posti letto di sub-intensiva multidisciplinare, da posizionare in tutti i presidi ospedalieri, tali da consentire una efficace soluzione di supporto alle rianimazioni; dovrebbero esserci 19,76 posti letto di rianimazione (rapporto di 0,038 x 1000 abitanti), ma nello stato attuale non ne esistono.

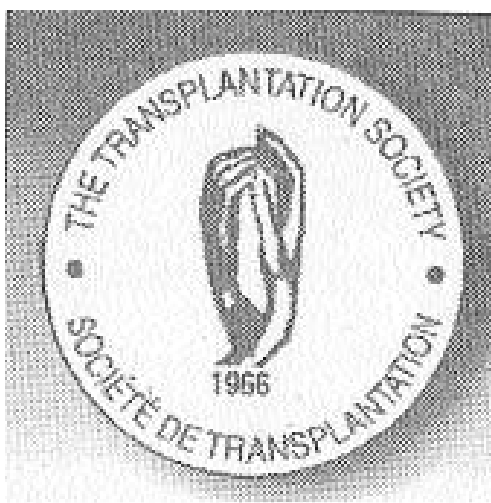
- La mancanza di una divisione di neurochirurgia. La sua presenza è diventata ormai indispensabile per i tanti pazienti trasferiti a Roma o in altre regioni. Basta notare che nell'anno 1999 sono stati dimessi da altri istituti del Lazio 625 pazienti residenti nella AUSL Latina, per patologie compatibili con l'espianto degli organi; ed altri 118 pazienti dimessi da altre regioni. La spesa totale per l'azienda è stata di 9 miliardi.

Queste perdite economiche si dimostrano costanti negli anni.

E di questi pazienti trasferiti per gravi lesioni cerebrali post-traumatiche, circa 150 sono giovani, 120 inviati in ambito regionale e 30 fuori regione, con una mortalità del 18%.

Da analisi eseguite nell'AUSL Latina risulta che, ogni anno, 300

pazienti cerebrolesi muoiono nei reparti degli ospedali di appartenenza, senza poter disporre di un posto letto di rianimazione o di una unità sub-intensiva; altri 150 pazienti muoiono



presso altri istituti regionali o extra regionali, per un totale di circa 450 pazienti-morti, compatibili con l'espianto di organi. Pertanto, esiste, obiettivamente, una grossa carenza di base nelle nostre strutture, tale da inficiare ogni attività rivolta ad una assistenza più qualificata, più etica e consona agli obiettivi proposti dalla legge n° 91/99. Infatti, la provincia di Latina, offrendo una viabilità intensa ma nello stesso tempo carente, presenta un numero di incidenti mortali, per trauma cranico, tra il più alto in Italia.

### **Organizzazione attivata**

Recentemente è stato nominato un responsabile AUSL dei trapianti per organizzare tutte le attività relative alla donazione ed al prelievo di organi e tessuti. I primi obiettivi realizzati sono stati:

A - l'istituzione della commissione medica per l'accertamento di morte cerebrale ai sensi della legge 598/93. Questa è attiva dal 31/12/2000, con 24/h. Pertanto questa AUSL, attualmente, è in grado di effettuare l'accertamento di morte cerebrale, con l'e-

ventuale espianto di organi.

B - L'apertura di uno sportello al pubblico, posto presso la sede URP dell'ospedale S.M. Goretti, facilmente visibile ed accessibile al pubblico, per raccogliere le dichiarazioni di volontà alla donazione di organi e tessuti. Nello stesso tempo è stato attivato il sistema informatico dei trapianti collegato col Ministero della sanità ed un sito Internet per una comunicazione più diretta con il pubblico.

C - L'istituzione di un "comitato di coordinamento aziendale dei trapianti", diretto dal direttore sanitario aziendale e dal responsabile locale dei trapianti.

### **Obiettivi proposti per il 2001**

- Raccogliere adesioni per la donazione di organi e tessuti, formando una cultura della donazione come atto di solidarietà umana.

- Istituire un registro ospedaliero aziendale di monitoraggio dei pazienti cerebrolesi deceduti sia negli ospedali pubblici che privati, a partire dall'anno 2001.

- Rendere operativo il comitato aziendale dei trapianti con lo scopo di programmare ogni tipo di attività sull'argomento trapianti, istituendo protocolli operativi aziendali.

- Eseguire 5-10 donazioni per l'anno 2001.

- Rendere il più efficace possibile il processo di identificazione dei potenziali donatori, effettuando più casi possibili di accertamento di morte cerebrale (10 - 15) nei 10 letti complessivi delle rianimazioni esistenti.

- Ottimizzare in tutto il territorio provinciale appositi sportelli (1012) di accettazione per la dichiarazione volontaria di donazione (posti in tutti gli ospedali pubblici e privati, nei distretti sanitari, presso i medici di famiglia).

- Effettuare continui corsi di aggiornamento e di formazione per gli

operatori della commissione medica, per i medici ospedalieri, per i medici di famiglia e per tutto il personale sanitario.

- Fare una campagna di comunicazione e di sensibilizzazione diretta alla popolazione attraverso gli organi di informazione (stampa, tv), conferenze pubbliche e negli istituti scolastici, riunioni con le associazioni ama-

nitarie.

- Realizzare 10 trapianti di cornea nell'anno 2001.

- Effettuare gli espunti di organi con personale aziendale, creando un servizio specifico.

- Sostenere le famiglie del donatore creando una equipe di supporto (psicologo, sacerdote, psichiatra).



Da **Il Sole 24ORE SANITA'** del 28.3/03.04.2000  
di **Chiara Bannella**

Dalla relazione del Cnt emerge che  
il 6% di cuori e fegati trapiantabili vanno persi

## **GUERRA AGLI SPRECHI D'ORGANI**

*Il presidente Nanni Costa promette:  
«E' arrivata l'ora dell'efficienza»*

«Gli organi sono un bene pubblico e non possono andare sprecati», così il neo presidente del Centro nazionale trapianti (Cnt), Alessandro Nanni Costa, dichiara guerra a ogni inefficienza nella gestione del sistema dei trapianti.

Ma di sprechi in Italia ce ne sono ancora troppi. Basti pensare che nel corso del 1999 - se l'organizzazione fosse stata ottimale - si sarebbero potuti trapiantare fino a 72 fegati in più e fino a 62 cuori in più. Sono i dati che emergono dalla bozza di relazione sulle attività di donazione e trapianto di organi, approvata nei giorni scorsi dalla Consulta nazionale dei trapianti, in base ai dati trasmessi dai centri regionali e interregionali. E' la prima volta che la relazione (messa a punto

dallo stesso Nanni Costa e dai collaboratori del Cnt, Stefano Venettoni e Alessandro Ghirardini) non si limita a elencare il numero di donatori, di organi prelevati e di trapianti effettuati, ma contiene indicatori che permettono di valutare l'efficienza delle attività di prelievo e trapianto a livello regionale e di singoli centri.

L'indice di prelievo chiamato «Cal-des 1» mostra quanti reni, cuori o fegati sono stati prelevati ogni 100 donatori.

La relazione del Cnt mette in evidenza consistenti differenze tra regione e regione: nel 1999, mentre in Calabria i cuori disponibili (10 donatori in tutto) sono stati utilizzati all'80%, in Liguria i 31 donatori, sempre per quanto riguarda i cuori, sono

stati utilizzati appena al 25 per cento. «Tenendo conto del fatto che non tutti gli organi disponibili sono idonei al trapianto – spiega Nanni Costa - si può dire che il tasso ottimale di prelievo di cuori si dovrebbe attestare tra il 40 e il 50 per cento». Da qui emerge il dato sugli “sprechi”: se il livello ottimale fosse stato raggiunto in tutte le regioni italiane, nel 1999 sarebbero stati disponibili tra i 62 e i 23 cuori in più.

Spostando l'analisi sui fegati, l'indice di prelievo va dal 100% realizzato in Basilicata (4 donatori) e in Piemonte (83 donatori) al 52% realizzato in Umbria (13 donatori). In questo caso il livello ottimale dovrebbe essere compreso tra l'80% e il 90%: se tutte le regioni lo avessero raggiunto, nel 1999 i fegati disponibili sarebbero stati tra i 72 e i 300 in più.

Complessivamente si può stimare, quindi, che nel 1999 in Italia sia stato “sprecato” il 6% dei fegati e dei cuori disponibili. Le cose, in compenso, vanno meglio se si parla di reni: in questo caso i dati delle regioni sono molto omogenei e - considerando che per questi organi il tasso ottimale di prelievo si attesta intorno all'80-85% - si può stimare che, nel 1999, nessun rene è andato sprecato.

«Le inefficienze - spiega Nanni Costa - possono essere superate crean-

do un sistema maggiormente capace di dialogare e trasparente. L'efficienza di un centro trapianti dipende, infatti, in parte dalla sua capacità di offrire organi anche alle strutture di altre aree. Se un centro regionale giudica inidoneo un organo - prosegue Nanni Costa - questo non deve pregiudicare la possibilità di offrire quell'organo ad altre strutture, che effettueranno la loro valutazione autonoma in base alle esigenze presenti sul territorio».

Risultati positivi si registrano sul versante delle donazioni: il numero di donatori per milione di abitanti, in Italia, è passato dai 12,3 del 1998 ai 13,7 del 1999. L'Italia evidenzia, così, un trend decisamente positivo (nel 1992 i donatori Pmp erano appena 5,8), anche se si colloca ancora ben al di sotto della media dei Paesi dell'Unione europea (16,5 donatori per milione di persone) e ancora più lontana dai 33,6 donatori Pmp della Spagna e dai 24,9 dell'Austria. Quanto alla distribuzione regionale, rimane la spaccatura tra Nord e Sud: le regioni meridionali possono contare su molti meno donatori (quasi tutte, con la sola eccezione della Sardegna, si collocano al di sotto dei 10 donatori Pmp); nel Mezzogiorno gli organi prelevati nel 1999 sono stati appena 387, contro i 1.665 del Nord.

**Gli aspetti etici dei trapianti d'organo sono trattati, in questo stesso numero, nella sezione *Argomenti di Bioetica*.**



Su decisione del Consiglio Direttivo del 31.03.2001

## **RINNOVO DEL COMITATO PER LA BIOETICA**

*La collaborazione viene allargata a tutti i colleghi interessati*

Riportiamo integralmente le parti salienti della deliberazione, che ha rinnovato il Comitato di Bioetica dell'Ordine.

- Ricordato che il Consiglio Direttivo, con delibera n.07/95 del 29.06.1995, approvò la "Proposta di costituzione del Comitato per la Bioetica quale organismo di consulenza per la professione del medico chirurgo e dell'odontoiatra nella provincia di Latina";

- Vista la propria delibera 05/80 del 30/04/98 con la quale venivano individuati in prima istanza i componenti di detto comitato;

- Vista la propria delibera 11/165 del 26/11/98, con la quale se ne approvava il regolamento;

- Considerato che è divenuto necessario procedere ad un rinnovo del Comitato e ad individuare una *sezione operativa* ed una *sezione consultiva*;

### **DELIBERA**

- Di individuare i componenti del "Comitato per la Bioetica quale organismo di consulenza per la professione del medico chirurgo e dell'odontoiatra nella provincia di Latina" nelle seguenti persone:

#### **Sezione operativa**

Dr. Alfredo Caradonna	Consigliere dell'Ordine e Direttore Scientifico di <i>Medicina Pontina</i> con incarico specifico di collegamento con il Consiglio Direttivo
Dr. Antonio Baiano	Esperto in politiche sociali
Dr. Alfredo Cecconi	Presidente Lega Tumori di Latina
Dr. Guido Cerasoli	Magistrato
Don Gianni Checchinato	Moralista
Dr. Emanuele Cozzi	Psicologo e Psicoterapeuta
Dr. Fernando Petrone	Medico legale

#### **Sezione consultiva**

D.ssa Maria Teresa Nardoni	Consigliere dell'Ordine
Sig.ra Marilisa Coluzzi	Ostetrica
Dr. Andrea Cuccarelli	Medico Ospedaliero
Dr. Francesco Davoli	Medico Ospedaliero
Dr. Augusto Di Silva	Medico Chirurgo
Dr. Giancarlo Mancini	Medico Chirurgo - Docente di Bioetica presso l'Università <i>La Sapienza</i> di Roma
D.ssa Maria Addolorata Mangione	Medico Chirurgo - Perfezionata in Bioetica
Dr. Demetrio Moscato	Medico Chirurgo - Psichiatra e Psicoterapeuta
D.ssa Nicoletta Parisi	Medico Chirurgo

- Di incaricare il Presidente dell'Ordine a insediare in tempi brevi il nuovo Comitato;
- Di procedere all'integrazione del Comitato, coinvolgendo altri esperti della materia ritenuti necessari.

Importante iniziativa dell'Ordine

**CORSO DI BIOETICA  
PER MEDICI E ODONTOIATRI**

*In collaborazione con ADM e AMCI di Latina*

di  
**Silverio Guarino**  
*Consigliere dell'Ordine - Responsabile del Corso*

Il Corso di Bioetica per Medici ed Odontoiatri organizzato dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Latina, fortemente sostenuto e coordinato dall'Associazione Donne Medico di Latina, nella persona di Maria Teresa Nardoni, e dall'Associazione Medici Cattolici di Latina, nella persona di Alfredo Caradonna, è in corso di svolgimento.

I primi due appuntamenti si sono tenuti nei giorni 2 febbraio e 2 marzo 2001, ed hanno visto come relatori il Prof. Carlo Casciani, che ha parlato sul tema *Trapianti: Aspetti Etico-Sociali* e il Prof. Romano Forleo che ha esposto il tema *Procreatica: Aspetti Etico-Sociali*.

Entrambi gli appuntamenti, iniziati con confortante puntualità di orario (ore 19.15), sono stati fonte di grande interesse per l'uditorio, costituito dagli iscritti numerosi al corso.

L'osservazione che per prima è venuta in mente è che i colleghi presenti rappresentavano tutte le specializzazioni e le categorie mediche e che, probabilmente, mai avrebbero partecipato allo stesso corso di formazione se non proprio per argomenti di Bioetica, così al di sopra della quotidianità della medicina costituita di pazienti, sintomi, diagnosi e farmaci, ma così altrettanto presente nel nostro vissuto.

I relatori sono stati introdotti ai loro argomenti dai "Tutor", colleghi del nostro Ordine: Peppino Nicolucci per i Trapianti e Francesca Loreto per la Procreatica, entrambi specialisti ed esperti delle rispettive discipline in programma.

Questi Tutor avevano già provveduto ad inviare materiale scientifico direttamente al domicilio degli iscritti al corso, affinché questi ultimi potessero presentarsi con ulteriori e fresche conoscenze al riguardo.

I relatori sono stati ascoltati con vivo interesse, così come interessanti e fitte si sono rivelate le discussioni che hanno fatto seguito e che hanno visto impe-



gnato gran parte dell'uditorio.

Le sedute del corso di sono protrate fino alle ore 21.00 ed hanno visto la partecipazione degli iscritti che sono rimasti pressoché tutti presenti fino al termine degli incontri stessi.

Il Corso di Bioetica continuerà per altri tre incontri, che si terranno presso la sede del nostro Ordine, nei seguenti giorni:

- 06/04/2001: I Diritti del Morente – Eutanasia e Accanimento Terapeutico. Relatore: Prof. Goffredo Sciaudone; Tutor dell'Ordine: Dr. Onorato Lauretti;
- 05/05/2001: Consenso Informato in Medicina. Relatore: Prof. Gerardo Corea; Tutor dell'Ordine: Dr. Giuseppe Manciocchi;
- 01/06/2001: Umanizzazione della Medicina e Razionalizzazione delle Risorse. Relatore: Dr. Aldo Pagni; Tutor dell'Ordine: Dr. Alberto Raponi.

Gli incontri si svolgono di venerdì, dalle ore 19.00 alle ore 21.00.

L'Ordine, sviluppando e applicando la deontologia ai tempi odierni, non può che occuparsi in modo costante della bioetica, intesa come ricerca del bene dell'uomo; ciò con atteggiamento rigorosamente interculturale e, oggi, anche interrazziale. Per tale motivo è sorto il *Comitato di Bioetica dell'Ordine* ed è stato organizzato questo corso. Al fine di ottenere un risultato effettivo si è stabilita la presenza di *valutatori della formazione*; pertanto, la Commissione Ministeriale per l'Educazione Continua Medica (ECM) ha assicurato un *credito formativo* per i partecipanti. L'esperienza continuerà anche per il prossimo anno, sempre in collaborazione con le associazioni mediche interessate.



Prima di “toccare” l’uomo dobbiamo interpellare l’etica  
**ASPETTI ETICI DEI TRAPIANTI D’ORGANO**

*Sostanziale accordo  
tra le grandi religioni monoteistiche ed il mondo laico*

di

**Maria Addolorata Mangione**

*Geriatra - Sabaudia*

*Perfezionata in Bioetica presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore -  
Roma*

“La chirurgia dei trapianti si definisce come una sicura ed insostituibile opportunità terapeutica capace di risolvere positivamente oggettive situazioni di pericolo e di danno per la vita o per la validità individuale, non altrimenti e/o non altrettanto efficacemente trattabili”. Così il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) si esprime in un documento del 7 ottobre 1991, in cui viene presentata una relazione sui principali aspetti etico-giuridici di tale branca della medicina. Pur rappresentando un eccezionale strumento al servizio della vita umana, tale branca non manca di sollevare dubbi e perplessità, che vanno attentamente esaminati partendo da una riflessione etica che riconosce nel bene integrale della persona umana il criterio valutativo più valido e che non vede il progresso vero della persona disgiunto dalla promozione della sua dignità.

Il problema etico dei trapianti è quindi definito attraverso quattro principi generali:

1. *la difesa della vita del donatore e del ricevente;*
2. *la tutela dell’identità personale;*
3. *il consenso informato;*
4. *la giusta allocazione delle risorse.*

**1. La difesa della vita del donatore e del ricevente**

Il principio di difesa della vita fisica, che considera la vita corporea come valore fondamentale della persona stessa, ha in sé l’implicazione della “non disponibilità” del proprio corpo, eccezion fatta per un bene maggiore del corpo stesso (principio della totalità) o per un bene morale maggiore, che riguarda la stessa persona.

Se un tempo la autodisponibilità del proprio corpo non era prevista e riconosciuta dal nostro ordinamento giuridico, c’è stata un’evoluzione grazie ai successi dei trapianti ed essa è configurata nella legge n° 458, che risale al 1967 e che rende possibile il trapianto da donatore vivente, pur limitandolo, con poche eccezioni, ai soli consanguinei. “La limitazione del rapporto tra consanguinei trova motivazioni in spinte di sentimento verso il ricevente da parte del potenziale donatore, sul quale incide anche la pressione morale che proviene dall’ambiente familiare. Solo in rare eventualità tale pressione è tanto forte da creare disagio psicologico” [Prof. L. Migone].

Valutando il problema dal punto di vista del donatore, occorre che siano rispettate alcune condizioni: il dono di un proprio organo deve essere assolutamente volontario e non deve corrispondere ad alcuna imposizione di natura psicologica o a lusinghe di natura economica. Deve invece essere cosciente e corrispondere a quei valori di libertà, gratuità e solidarietà che sono alla base di

un'etica delle donazioni. Il donatore non dovrà andare incontro a danni gravi e irreparabili alla propria vita e alla propria operatività; quindi sarà necessaria un'attenta valutazione delle condizioni fisiche del donatore e del rischio anestesiológico e operatorio. Inoltre, dovrà essere stabilita con assoluta certezza l'idoneità dell'organo da trapiantare per non rendere il sacrificio inutile, oltre che arrecare danni piuttosto che benefici al paziente ricevente. In ogni caso è necessario assicurare una proporzione tra il sacrificio del donatore e il vantaggio del ricevente. Dal punto di vista del paziente ricevente, è necessario prima di tutto assicurare un'alta possibilità di riuscita del trapianto, senza esporlo a rischi e aspettative inutili. Si può affrontare il rischio operatorio solo di fronte ad una fondata speranza di ottenere dei vantaggi in termini di sopravvivenza e di qualità di vita. Scaturisce da ciò la condanna morale per i trapianti dal rischio così alto da potere essere considerati un puro esperimento.

Il punto veramente cruciale della questione, nel caso di espianto da cadavere, è l'accertamento della morte. E' innegabile che non si può anticipare la morte per ottenere un organo da trapiantare: non si può creare un cadavere per salvare la vita di qualcun altro. L'accertamento della morte non è un problema filosofico o teologico: va svolto dai competenti, secondo scienza e coscienza. Tale accertamento avviene in maniera diversa a seconda che si tratti di diagnosticare la morte per arresto cardiaco o la morte in soggetto affetto da lesioni encefaliche e sottoposto a misure rianimatorie.

Il criterio neurologico è fondato sul fatto che l'encefalo costituisce l'elemento indispensabile per il mantenimento dell'unitarietà funzionale dell'organismo. Proprio questo concetto è il fondamento della Legge n° 578 del 29 Dicembre 1993 sulle "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte". Se la precedente legislazione suscitava non poche perplessità, in quanto le condizioni previste per dichiarare la morte erano diverse a seconda che la persona fosse o meno candidata all'espianto, l'attuale legge ha stabilito una determinazione unica della morte, indipendentemente dalla destinazione del cadavere. Il concetto di morte cerebrale permette di conciliare l'esigenza di avere degli organi in buono stato e funzionanti con la certezza di trovarsi di fronte ad un cadavere, in quanto la ventilazione e l'irrorazione sono mantenute artificialmente. Il concetto di morte cerebrale non implica soltanto la cessazione dell'attività della corteccia cerebrale, ma anche l'irreversibile compromissione dei nuclei profondi dell'encefalo, che unificano le funzioni vitali. "Non si può introdurre la distinzione tra *vita biologica* (funzioni organiche) e *vita personale* (vita di coscienza e relazione): nell'uomo c'è una vitalità unica e finché c'è vita è da ritenere che sia vita della persona" [Mons. E. Sgreccia].

Il giudizio di morte va formulato attentamente caso per caso, perché nel momento finale della vita c'è sempre e comunque una persona. Quindi, l'accertamento non può ridursi ad una procedura meccanica, ma deve procedere con lo scrupolo necessario, alla luce dell'idea di persona.

## 2. *La tutela dell'identità personale*

L'identità personale del ricevente e dei suoi discendenti va tutelata in quei casi nei quali il trapianto riguarda organi non vitali, ma intrinsecamente collegati con il pensiero e l'identità biologico-procreativa della persona. Tali problemi morali sono, per esempio, sollevati dall'ipotesi del trapianto di testa/tronco, che per ora appare ancora avveniristico, ma l'interrogativo che la sola ipotesi suscita merita di essere valutato alla luce di quell'idea di persona come un tutto unitario; un "Io" che si costruisce attraverso la propria esperien-

za corporea; una mente che si riconosce nel proprio corpo.

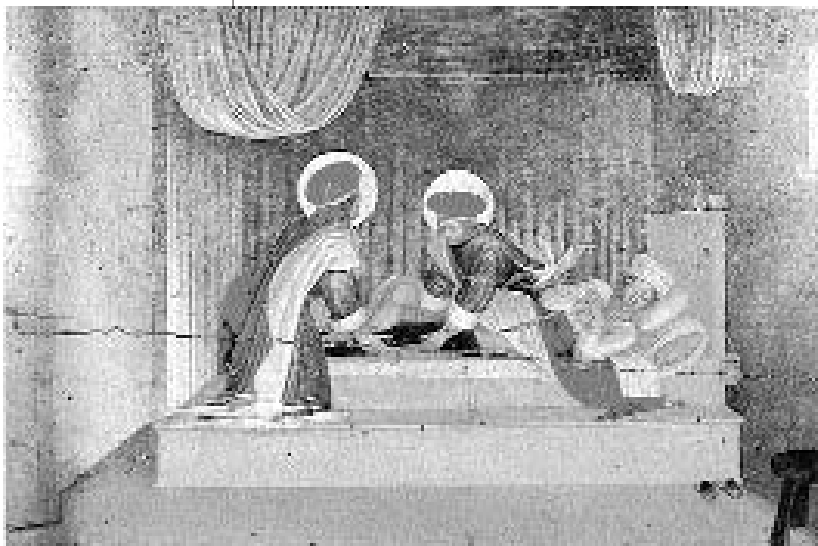
Una questione molto delicata è quella degli omotraspianti della gonade *in toto* o di innesto in una gonade ricevente di frammenti gonadici o di follicoli primordiali o di spermatogoni donati, in quanto non si tratta di ripristinare funzioni vitali: viene meno quindi la possibilità di considerarlo come un trapianto terapeutico. “Questa prassi è da considerare come una minaccia per l’identità biologica e psicologica del soggetto ricevente e dei suoi discendenti” [Mons. E. Sgreccia].

Inoltre la Carta degli Operatori Sanitari afferma che “non tutti gli organi sono eticamente donabili. Dal trapianto vanno esclusi l’encefalo e le gonadi che assicurano l’identità personale e procreativa della persona, organi in cui prende specificamente corpo l’unicità inconfondibile della persona, che la medicina è tenuta a tutelare”.

### 3. Il consenso informato

“Il regime giuridico del consenso al prelievo deve essere ritenuto centrale e nevralgico anche nella complessiva disciplina giuridica dei trapianti d’organo da cadavere. In esso confluiscono, infatti, tre valori fondamentali

(Solidarietà, Libertà, Autorità), il cui bilanciamento quella disciplina non può permettersi di ignorare qualora ambisca a porsi quale costruzione che affida la sua stabilità alla consistenza e alla polivalenza dei propri fondamenti costituzionali, culturali e politici” (CNB). Il paziente che riceve l’organo o il tessuto deve essere informato esaurientemente sui rischi che corre, le conseguenze e le difficoltà cui andrà incontro, in maniera da poter esprimere poi un consenso che sarà formalizzato: solo così si potrà procedere



all’impianto.

Nel caso di prelievo di organo da donatore vivente, il consenso informato riguarda prima di tutto il donatore, con l’obbligo di informarlo su tutte le conseguenze riguardo la sua salute e la sua capacità lavorativa. E’ dalla consapevolezza piena e matura che nasce un dono come espressione autentica di solidarietà.

Nel caso di prelievo da cadavere, non c’è bisogno di credere in una vita ultraterrena per riconoscere al cadavere una sua dignità e non considerarlo, quindi, come una semplice *res communitatis*. Si tratta di un corpo che è appartenuto ad una persona e mantiene, quindi, un vincolo di sentimenti ed emozioni che è alla base di quel culto dei morti, praticato, in maniera differente, in tutto il mondo. Tale culto non è però in contrasto con l’espianto di organi a scopo di trapianto, a patto che quel corpo non venga strumentalizzato e sfruttato, riducendo un atto di donazione ad un uso strumentale, o peggio ancora, ad un commercio. Quando c’è una donazione autentica, “tale atto può estendere oltre i limiti della vita una potenziale solidarietà verso il contesto sociale cui l’individuo resta unito nel

ricordo e nelle opere lasciate” [Prof. L. Migone].

#### **4. La giusta allocazione delle risorse**

In caso di limitatezza delle risorse, esse vanno distribuite secondo un criterio di giustizia, in base al principio dell’uguaglianza di tutti gli uomini, che prende in considerazione dapprima le necessità mediche dei pazienti, valutando le indicazioni cliniche e immunologiche nonché l’urgenza del trattamento e successivamente (a parità di gravità e urgenza) la priorità della lista. Non sono ammissibili criteri che rispondano a logiche di tipo discriminatorio (età, sesso, razza, religione, ecc.), di stampo utilitaristico (capacità lavorative, utilità sociale) o casuale.

#### **Le religioni di fronte ai trapianti**

Mentre su numerose questioni di bioetica le diverse religioni assumono posizioni differenti, il trapianto di organi rappresenta un argomento sul quale queste si trovano sostanzialmente d’accordo. Infatti, le varie religioni, pur con un diverso approccio, ammettono le donazioni e ne incoraggiano la diffusione. Vediamo la posizione di alcune delle principali religioni monoteiste:

“Se è vero che i vivi possono donare un organo del proprio corpo, anche i morti, a maggior ragione, lo potranno fare; e non ci sarà nessun pericolo per il cadavere se gli vengono asportati i reni, il cuore, che saranno utilizzati da una persona viva. Questo è in realtà un grande gesto di carità e risponde perfettamente alla volontà di Dio” [Codice Islamico di Etica Medica];

“La vita è un dono di Dio e in quanto tale ognuno di noi ha il dovere di preservarla e di conservarla nel migliore dei modi e il più a lungo possibile. Ne consegue che ognuno di noi non è padrone assoluto del proprio corpo. Di fronte alla necessità di salvare una vita umana, tutti i divieti religiosi diventano secondari.” [Luciano Caro - Rabbino di Ferrara, Mantova];

“Siamo sfidati ad amare il nostro prossimo in modi nuovi; in termini evangelici, ad amare ‘sino alla fine’ [Gv13,1]. Per i cristiani, Gesù che offre se stesso è il punto essenziale di riferimento e di ispirazione dell’amore che è alla base della disponibilità a donare un organo, manifestazione di generosa solidarietà ancor più eloquente in una società che è divenuta eccessivamente utilitaristica e meno sensibile alla generosa donazione” [Giovanni Paolo II, Discorso ai partecipanti al Primo Congresso Internazionale sui trapianti di organi del 20 giugno 1991].

Ci auguriamo che questa grande sfida di cui parla il Santo Padre sia raccolta dai medici, dal personale sanitario e dalla società tutta affinché si affermi in maniera crescente una medicina dei trapianti che corrisponda ad “un’etica della donazione, ad un’autentica disponibilità personale al dono, che esige d’impegnarsi e investire risorse nella informazione e nella formazione, così da sensibilizzare le coscienze e suscitare l’opinione pubblica” [Mons. M. Cozzoli].



## BIOTECNOLOGIE E BIOETICA

Il Liceo Scientifico Statale *E. Majorana* di Latina ha organizzato, in collaborazione con il *Comitato di Bioetica dell'Ordine di Latina*, una serie di incontri su "Biotecnologie e Bioetica" con il seguente programma.

15 marzo 2001

***Incontro con i docenti su: La storia della bioetica ed i suoi scenari futuri***

All'iniziativa hanno partecipato:

- Prof. G. Mancini, Docente di Storia della Medicina presso l'Università di Roma *Tor Vergata*
- Dott. F. Petrone, Coordinatore del Comitato di Bioetica dell'Ordine dei Medici di Latina

20 marzo 2001

***Incontro degli alunni delle classi quarte su: Bioetica e diritti umani***

Hanno partecipato:

- Prof. G. Berlinguer, Presidente del Comitato Nazionale di Bioetica
- Dott. A. Caradonna, Comitato di Bioetica dell'Ordine dei Medici di Latina

23 marzo 2001

***Incontro degli alunni delle classi quarte su: Impatto delle Biotecnologie sulla società***

Hanno partecipato:

- Prof. L. Santi, Presidente del Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie del Consiglio dei Ministri
- Dott. A. Cecconi, Comitato di Bioetica dell'Ordine dei Medici di Latina

La Redazione di *Medicina Pontina* plaude agli organizzatori: Prof.ri Teresa Eramo, Maura Della Rocca e Marcello Ciccarelli del Liceo *E. Majorana*.



Il primo sito Internet sui problemi della Bioetica  
nato nella nostra provincia

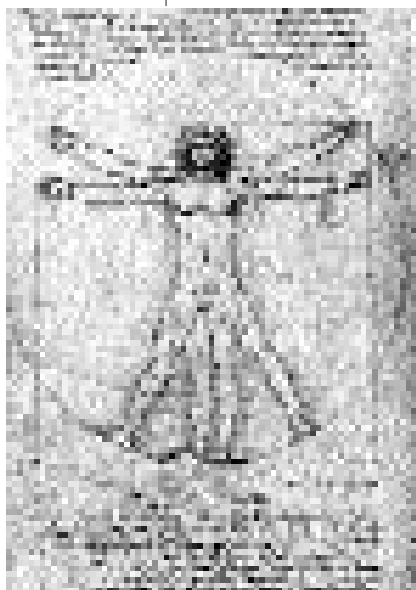
### **FILOSOFIA E SCIENZA**

*Un'importante iniziativa del Prof. Giancarlo Onorati  
del Liceo Pedagogico "A. Manzoni" di Latina*

Da gennaio 2001 è visibile su Internet il sito *Filosofia e Scienza* dedicato alle tematiche di bioetica, di storia della scienza e, più in generale, epistemologiche. *Filosofia e Scienza* vuole essere uno strumento operativo a disposizione di tutti.

Il sito è stato realizzato ed è curato personalmente dal Prof. Giancarlo Onorati ed è aperto al contributo di tutti. Singoli, associazioni, enti, scuole, etc. possono richiedere la pubblicazione di proprie realizzazioni o la promozione di attività inerenti alle tematiche d'interesse del sito. Il materiale pubblicato sul sito è liberamente scaricabile con preghiera di citarne le fonti.

*Filosofia e Scienza* non rivendica la proprietà delle pubblicazioni inviate dai collaboratori.



L'indirizzo dell'organizzatore del sito è:  
Prof. Giancarlo Onorati  
Via del Mattatoio s.n.c.  
04018 - Sezze (LT)  
Tel. 0773-802041 / 0349-8157041

Oppure: c/o I.M. "Manzoni" di Latina  
<http://digilander.iol.it/filosofiaescienza>  
E-mail: [filosofiaescienza@libero.it](mailto:filosofiaescienza@libero.it)



*Importante iniziativa a Milano per il trattamento del dolore*

## **CORSO SULLA MEDICINA PALLIATIVA**

Risultato della collaborazione tra l'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori e la Scuola di Formazione e Aggiornamento in Medicina Palliativa

Gli appuntamenti:

- 27 marzo 2001 - *Interazione tra farmaci usati in medicina palliativa: frequenza, meccanismi, rilevanza clinica*
- 29 maggio 2001 - *Preparazioni galeniche per il controllo dei dolori e dei sintomi*
- 19 giugno 2001 - *La legislazione sugli oppioidi analgesici: passato e futuro*

Segreteria: Yvonne El Mastri  
Scuola di Formazione e Aggiornamento in Medicina Palliativa  
Istituto Nazionale Tumori  
Unità Operativa di Riabilitazione e Cure Palliative  
Via Venezian, 1 – 20133 Milano  
Tel. 02/23902554 – Fax 02/70600462  
E-mail: [sfamp@istitutotumori.mi.it](mailto:sfamp@istitutotumori.mi.it)

## **COMUNICAZIONE DEL MINISTERO DELLA SANITA' DEL 20.06.2000**

In considerazione del fatto che sono state messe in commercio le confezioni da una fiala di morfina cloridrato da 10 e da 20 milligrammi e che le stesse sono state ammesse alla rimborsabilità da parte del SSN, tenuto conto della possibilità di prescrizioni multiple delle suddette preparazioni, si ritiene plausibile applicare tutti i fustelli relativi alle confezioni esitate in una stessa ricetta semplice SSN, occupando, eventualmente, anche parte dello spazio destinato alla prescrizione facendo in modo che le barre ottiche dei suddetti fustelli siano visibili. Si ricorda a tal proposito che è tuttora valido ed applicabile, ai fini della dispensazione delle fiale di morfina a carico del SSN, il decreto Ministeriale del 15.05.90, per cui la prescrizione di un numero di fiale di morfina cloridrato, inferiore o superiore a cinque, per uno stesso dosaggio, costituisce una sola prescrizione.

Quindi, se sulla ricetta sono prescritte fiale di morfina ad uno stesso dosaggio, indipendentemente dal numero, il ticket corrisposto sarà quello relativo ad una sola preparazione; se sono prescritte fiale di morfina a diverso dosaggio (10 e 20 mg), il ticket corrisposto sarà quello relativo a due prescrizioni.





## UN POSTO PER MORIRE

di  
E. Caldana

**L**e virtù della morfina stanno tutte nelle parole sussurrate da un morente che ne era sotto l'effetto: "se questo è morire è quasi piacevole".

In passato l'uso antalgico degli oppiacei veniva fatto con molta cautela. A causa della rapida assuefazione che imponeva dosi sempre più frequenti e robuste, si preferiva iniziare con altre sostanze di natura e meccanismo d'azione diversi, sia pure meno efficaci.

La stessa legge, allo scopo di arginare la diffusione della droga, ha posto ostacoli di ogni sorta ed ha caricato di pesanti responsabilità burocratiche e di rischi penali proprio il medico prescrittore. Il dolore non è soltanto un sintomo utile, ma, quando è severo ed insistente, può diventare una malattia vera e propria da curare come qualsiasi altra. Sotto la spinta di una cultura moderna anche il nostro Paese, ultimo in Europa, si è mosso ed ha corretto le precedenti regole per combattere la sofferenza in maniera razionale. Quando non esistevano rimedi validi, il dolore veniva perfino sublimato come mezzo di purificazione e di rafforzamento dello spirito se non, addirittura, quale estremo prezzo da pagare per meritare la morte liberatrice. Oggi la rassegnazione al dolore è considerata una inutile crudeltà. L'uomo ha acquisito, per evoluzione naturale e per predestinazione, la facoltà di allestire la propria dipartita che, a differenza degli altri animali, deve essere adeguatamente dignitosa, almeno quanto avrebbe dovuto esserlo tutta la sua vita. Il progresso civile e sociale rispetta la dignità umana anche alleviando le sofferenze, sottraendo il malato al

dolore e, nei momenti terminali, nascondendolo, per estremo atto di pietà, alla vista di occhi indiscreti ed estranei.

Quando gli ospedali erano muniti di vaste e popolate corsie e stanze a più letti, all'occorrenza si drizzava un paravento in un angolo e tutti sapevano cosa stava accadendo là dietro. Il morente viveva le sue ultime ore con il sottofondo dei rumori e dei suoni di sempre: nella notte passi leggeri, bisbigli, qualche lamento, sospiri. Poi il brusio del mattino, il risveglio, le pulizie, i prelievi, il carrello delle medicine e quello del caffè, ciascuno con il suo rotolare diverso e, infine, il crescendo delle voci e dell'attività immutata di ogni giorno. Se è vero che l'anima non muore prima del corpo, allora può essere che questo accompagnamento sonoro durante il trapasso non fosse del tutto sgradevole. L'uomo preferirebbe affrontare la fine nella propria casa, nel proprio letto e tra la propria gente. Il Sistema Sanitario, oggi, istituisce luoghi di ricovero esclusivi per gli incurabili e i malati terminali dove, senza inutili accanimenti, viene tolto soltanto il dolore consentendo al malato di morire in modo, diciamo così, umano. Sono case-ospedale, una alternativa alla difficilmente accettabile radicalità dell'eutanasia, dove è predisposta la costante presenza di un familiare a tenere la mano del congiunto che se ne va per sempre. Il personale medico e infermieristico che vi opera con mansioni così poco invidiabili, deve avere, oltre che dedizione e forza d'animo, un sostegno psicologico esterno non indifferente.

Questa organizzazione per i malati terminali afferma definitivamente la

razionalizzazione della morte.

Ma esiste un comportamento istintivo degli esseri viventi di fronte alla loro fine biologica?

Per gli animali domestici e di allevamento non c'è problema: è l'uomo che ne dispone. Ma gli altri, quelli liberi, selvatici, quando sono feriti, ammalati o soltanto vecchi, dove finiscono?

Forse al fondo di una tana, o sotto un cespuglio o in un anfratto alla ricerca impulsiva ed illusoria di una

ancestrale forma di protezione.

Per gli elefanti si è favoleggiato di un mitico cimitero dove essi andrebbero a morire quando sentono prossima la fine. Ma per quanto l'Africa sia stata percorsa in lungo e in largo e studiata fin nei suoi depositi fossili, non se n'è mai avuto un riscontro. Noi, invece, il posto dove si va esclusivamente a morire soffrendo il meno possibile, oggi lo abbiamo. Lo hanno denominato "Hospice".

Questo interessante articolo è stato tratto dal numero di gennaio 2001 del Bollettino dell'Ordine di Mantova. Viene inserito nella riflessione sul morire che ci ha molto coinvolti negli ultimi tempi, anche in relazione al rinnovato dibattito sull'eutanasia. Lo scorso 6 aprile, in occasione di un incontro con il prof. Sciancone dell'Università di Napoli, intervenuto al *Corso di Bioetica per Medici ed Odontoiatri*, avanzato dal nostro Ordine, le colleghe Autieri e Spagnolo hanno ribadito come nei centri rurali si preferisca, fortunatamente, morire a casa. Gli *Hospice* sono, ovviamente, una *buona soluzione*, ma l'assistenza domiciliare integrata, che permetta di morire tra le mura della propria casa e in mezzo a "tutti" i propri affetti, è un'*ottima soluzione*.



Si può continuare così?

## LE DIFFICOLTÀ DEL VIVERE QUOTIDIANO DEL MMG

*Scarsa di risorse, cattiva gestione,  
incomprensione tra colleghi*

di

**Augusto Onori**

*Medico di Medicina Generale - Latina*

“Buongiorno”.

“Buongiorno”.

La mattinata è appena iniziata e già i pazienti attendono sulla porta dello studio, dove mi accingo ad iniziare la mia quotidiana attività di medico di medicina generale.

S'incomincia con la prima paziente: la signora già da tempo necessita di una visita oculistica di controllo per il glaucoma da cui è affetta. Rimango un po' perplesso di fronte alla sua richiesta: grazie al computer mi rendo conto che ho compilato per ben tre volte la ricetta per questa signora e mai la paziente ha potuto effettuare la visita. Le chiedo spiegazioni; lei, con rammarico, mi risponde: sono risoluta a tornare la mattina alle cinque alla AUSL pur di avere *il numero* per essere la prima poiché l'ultima volta *i numeri* necessari per la visita, quando sono arrivata, erano già terminati.

Resto, per l'ennesima volta, esterrefatto di fronte a questa situazione: la disorganizzazione della ASL costringe gli utenti a rivolgersi a strutture non convenzionate, creando difficoltà alle persone anziane, che, spesso, non hanno le risorse sufficienti per una visita privata; inoltre, stabilendo che la ricetta scritta dal medico è valida dieci giorni, fa sì che questi debba compilarla più di una volta, costringendo il paziente ad un andirivieni defaticante. Il paziente, infatti, sapen-

do che la prescrizione scade dopo dieci giorni, dopo tale termine, dimentica la ricetta a casa o la rende inutilizzabile o addirittura la getta. Sta al medico, dunque, ripetere la prescrizione con un aggravio di tempo e di denaro, anche perché la carta su cui è stampata la ricetta è filigranata e le difficoltà della Regione riguardo a questo problema sono sotto gli occhi di tutti... Non converrebbe far scadere la ricetta nel momento in cui è effettuata la prescrizione? Penso che il mio interrogativo potrebbe essere preso in considerazione.

Intanto le visite riprendono in un clima sereno e tutto procede per il meglio. Questa mattina sembra essere dedicata alle signore: un'altra paziente necessita di una mammografia. Anche in questo caso devo rendere noto, a malincuore, alla donna che, rivolgendosi *alla mutua*, dovrà attendere tempi lunghi perché tale esame si può effettuare soltanto presso l'ospedale civile. Fortunatamente mi comunica il suo desiderio di recarsi in una struttura privata per avere una risposta più celere: mi trovo di fronte all'ennesimo caso per cui mi chiedo il motivo della non prescrivibilità della mammografia e dell'ecografia mammaria, considerato il grande impatto sociale che rivestono tali patologie; così come non riesco a capire per quale motivo non sia prescrivibile l'*HDL-colesterolo*.

lo, necessario per stabilire i valori del LDL colesterolo e, conseguentemente, il rischio di arteriosclerosi... Ancora una volta la risposta resta il silenzio.

Per non parlare dell'eccessiva burocratizzazione nel redigere delle proposte che devono essere redatte in perfetto stile... burocratico, appunto!

Alla fine della giornata mi sento alquanto rammaricato, anche perché mi trovo di fronte ad un nuovo problema: come medico di medicina generale devo attenermi, nella prescrizione di farmaci, a determinate note; spesso e volentieri i colleghi specialisti od ospedalieri, nella loro proposta di prescrizione, tendono a non tener conto di queste note, come se le note *CUF* esistessero solo per i medici di medicina generale! È a me che questi colleghi, in ogni caso, rimandano l'onere di prescrivere il farmaco e di fornire la conseguente serie di spiegazioni al paziente che, specialmente quando un farmaco *non si può proprio dare*, non sempre si rende conto della situazione del medico di medicina generale. Da una parte egli chiede il farmaco per star bene e vorrebbe non pagarlo; dall'altra c'è il medico che non può prescrivere a causa di queste *pastoie burocratiche* inerenti alla concedibilità dei farmaci. Non sarebbe più corretto che tutti i colleghi tenessero

conto delle limitazioni alla prescrivibilità del farmaco, seppure esse devono sussistere?

Forse il medico dovrebbe riappropriarsi della medicina, avere maggiore libertà di azione... e magari trovare un conforto ed un confronto con il collega specialista senza dover ricorrere, per una diagnosi, all'ospedalizzazione e al pronto soccorso.

Poiché molti di noi sono dotati di elettrocardiografo con cui redigere ECG estemporanei quando se ne presenta la necessità, potrebbe essere utile un supporto telematico che permettesse un immediato riscontro specialistico e, secondo il parere del cardiologo, un eventuale ricovero mirato. E invece sembra che tra medico di medicina generale e medico specialista od ospedaliero si crei una frattura proprio quando ci si trova di fronte a prescrizioni prive di data e firma.

È davvero tanto difficile apporre una data o un nome?

PS: Sono passati pochi giorni da quando la paziente che necessitava del controllo oculistico è venuta nel mio studio, dicendomi che la visita era stata effettuata ma che... *la macchina per il controllo dell'occhio era rotta!*

...continua.

Non manca materia per continuare il *cahier de doléance* su questi argomenti. L'organizzazione della risposta specialistica spetta all'Azienda Sanitaria, ma la gestione di tali risorse messe a disposizione (insufficienti, per ora) è affidata, in gran parte, ai medici specialisti e ai medici di medicina generale. Come già commentato a proposito dell'articolo di Bonelli del precedente numero (*Le dolenti note*), vediamo di far incontrare i medici di medicina generale e gli specialisti: a parità di risorse si eviteranno sprechi. Finiamola, un buona volta, inoltre, con questa diatriba sulle note e sulla prescrizione di ulteriori accertamenti da parte degli specialisti; ci sono delle regole giuridiche e deontologiche: incontriamoci e cerchiamo di capire come applicarle. I colleghi, generalisti o specialisti, che non si sentano rispettati nelle loro prerogative professionali, si ricordino che c'è un ordine professionale!

Non basta aumentare l'offerta

## IL PROBLEMA DELLE LISTE D'ATTESA

*Il problema va affrontato da varie angolazioni*

di

**Gerardo Lanza**

*Consigliere dell'Ordine*

*Direttore Sanitario del Distretto Nord – ASL Latina*

Qualsiasi prestazione sanitaria, per essere qualitativamente accettabile, deve essere innanzitutto tempestiva relativamente al problema di salute per il quale è stata richiesta. Pertanto, le prestazioni sanitarie vengono suddivise in urgenti, urgenti differibili e non urgenti, con un tempo di attesa massimo ammissibile rispettivamente di 24 ore, 7 giorni e 60 giorni; se i primi due intervalli possono essere condivisi, sicuramente quello proposto per le prestazioni non urgenti appare francamente eccessivo. In ogni caso, spesso accade che anche il limite di 60 giorni per le prestazioni non urgenti non venga rispettato per l'esecuzione di visite specialistiche o di prestazioni di diagnostica strumentale.

Il tempo necessario per effettuare una prestazione sanitaria, come è noto, è regolato dall'entità della domanda da parte dell'utenza e dalla corrispettiva offerta da parte delle strutture sanitarie. La domanda è originata sicuramente dal bisogno di salute da parte degli utenti, ma su di essa agiscono altri fattori spesso non dipendenti dalla effettiva necessità. Innanzitutto, è la stessa disponibilità di prestazioni che genera un incremento delle richieste (più facilmente è accessibile una prestazione e maggiore è la richiesta); l'informazione/disinformazione dei mezzi di comunicazione genera anch'essa il ricorso a prestazioni sanitarie, molto spesso improprie; infine, gli stessi Medici di Medicina Generale inviano i loro assistiti ad effettuare prestazioni specialistiche o strumentali non appropriate oppure evitabili, se si prestasse maggiore attenzione ai percorsi diagnostico/terapeutici.

Sull'altro versante, invece, le liste d'attesa si allungano se l'offerta è quantitativamente inferiore alla domanda, cioè se il numero di prestazioni erogabili non è sufficiente a soddisfare le richieste da parte dell'utenza. Questo avviene per diversi motivi. Innanzitutto, per errori di valutazione nella programmazione sanitaria, per cui il volume di prestazioni effettuabili non è comunque sufficiente a coprire la domanda. In secondo luogo, le procedure amministrative (contratti, conferimento degli incarichi, ecc.) comportano delle rigidità tali da non consentire di utilizzare al meglio le potenzialità dell'offerta. Ancora, non sempre le strutture e le attrezzature vengono utilizzate in maniera razionale, mentre diverse prestazioni vengono perse perché gli utenti non si presentano ad effettuarle nonostante l'avvenuta prenotazione (fenomeno che aumenta con l'allungamento delle liste d'attesa).

Di fronte a questa situazione è necessario fornire risposte multiple ed integrate, in grado di agire sui diversi fattori che interagiscono creando il fenomeno delle liste d'attesa.

Sul versante della domanda è necessario intervenire sui fattori che la generano, avendo ben chiaro che l'obiettivo non è la riduzione delle liste d'attesa ma l'appropriatezza delle prestazioni erogate. In questo senso è fondamentale il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, con i quali vanno elaborate

linee guida per i percorsi diagnostico/terapeutici e vanno incentivate tutte quelle forme di lavoro di gruppo e potenziamento strumentale in grado di poter risolvere molti problemi direttamente all'interno dello studio medico, senza far ricorso all'intervento di Specialisti Ambulatoriali o Ospedalieri. Agli stessi Medici di Medicina Generale e a tutta l'organizzazione sanitaria è demandato il compito di una corretta informazione ed educazione degli assistiti, in modo che questi non siano indotti a chiedere il ricorso a prestazioni specialistiche non necessarie o non adeguate per il loro problema di salute.

Sul versante dell'offerta, occorre, innanzitutto, che tutte le strutture dell'Azienda (Ospedali, Distretti) siano integrate tra di loro in modo da garantire una disponibilità di prestazioni ampia ed organizzata. In questa direzione si sta muovendo il progetto aziendale, già iniziato da alcuni anni, del Centro Unico di Prenotazione informatizzato, che consente agli utenti di poter prenotare ed effettuare visite specialistiche ed accertamenti strumentali scegliendo, tra le varie disponibilità, la sede delle prestazioni e quella con il tempo d'attesa minore. Il progetto non è ancora ultimato, in quanto non tutte le sedi di erogazione sono inserite nel programma e molte attività restano tuttora non adeguatamente inserite; una volta ultimato, è auspicabile che possa dare un sensibile contributo per ridurre le liste d'attesa.

Un altro aspetto da curare è quello della piena utilizzazione delle risorse disponibili e dell'eliminazione degli intoppi di carattere burocratico-amministrativo. In questo senso, può dare un notevole contributo la piena applicazione del contratto per la Specialistica Ambulatoriale, sia per quanto concerne le incentivazioni per l'aumento della produttività, sia per le disposizioni relative agli incarichi a tempo determinato. Queste ultime, infatti, possono consentire una maggiore continuità dell'assistenza ed eliminare i tempi di fermata del servizio che attualmente intervengono tra la fine di un incarico ed il conferimento di quello successivo.

Certamente, ad una piena utilizzazione delle strutture fisiche (ambulatori ospedalieri e territoriali) deve corrispondere da parte dell'Azienda uno sforzo per la qualificazione delle attrezzature e della dotazione organica di supporto (paramedico, amministrativo).

Infine, occorre disporre di strumenti che garantiscano una maggiore flessibilità nella erogazione delle prestazioni, sia riducendo quelle con minore richiesta, sia per le sostituzioni in caso di assenza degli specialisti.

Un altro strumento sicuramente utile per ridurre le liste d'attesa è costituito dalla piena applicazione delle disposizioni relative all'attività libero-professionale in regime intramurario, sia mettendo a disposizione dei medici gli spazi, le strutture ed il personale necessario, sia attivando gli adeguati strumenti di controllo e garanzia tali da consentire a questo istituto di essere il punto di incontro tra la professionalità del medico ed il diritto alla libera scelta da parte del cittadino e non un ulteriore mezzo per l'allungamento delle liste d'attesa.



XXII Seminario dei Laghi a Palermo  
organizzato dalla Fondazione Smith Kline  
**«HO VOGLIA DI INTEGRAZIONE»**

*Ospedale-territorio: tutto da rifare.  
Ma i medici vogliono la sfida?*

di  
**R.Tu.**

L'unione fa la forza: sarebbe (ed è) uno slogan azzeccatissimo per tante situazioni paradossali o volute che siano, con cui gli operatori tutti, e naturalmente per primi gli assistiti, hanno quotidianamente a che fare nel loro rapporto col Servizio Sanitario Nazionale. Ma che l'unione possa, anzi debba, necessariamente essere il fulcro per l'integrazione tra territorio e ospedale, non è più da considerare un semplice slogan. Quella mitica figura (l'integrazione, appunto, tra ricoveri e servizi sul territorio), è assolutamente da considerare oggi come oggi il vero motore. La *conditio sine qua non*, insomma. Senza la quale qualsiasi parola, qualsiasi bel programma scritto sulla carta, ben formulato e altrettanto ben confezionato alla bisogna, resterebbe pia illusione.

E di pie illusioni -in tempi di magra per i conti pubblici, mentre le stagioni sanitarie si accorciano e l'irrompere di nuove tecnologie fanno il resto, rivoluzionando perfino il modo d'essere dell'atto medico - il Servizio sanitario pubblico, davvero non ha più bisogno. Questo è il merito del tema, e dell'urgenza che a esso viene sottesa, che sarà posto a Palermo dal 28 al 30 settembre, nel corso del «XXII Seminario dei Laghi», ormai classico appuntamento di inizio autunno della Fondazione Smith Kline.

L'argomento in sé, ben sanno i cultori di "cose sanitarie", non è infatti esattamente nuovissimo. Si perde anzi nella notte dei tempi della moderna scienza (e cultura) di organizzazione dei sistemi sanitari. Ma proprio il fatto di trovarsi ancora a dibattere intorno a vecchi temi non può renderci, come dire, "felici". Anche perché al fondo di tutto resta da vedere quanto e se le diverse componenti in campo della classe medica siano davvero pronte ad accettare la scommessa, a partecipare alla sfida, a mettersi in dubbio, ad abbandonare egoismi di parte. A sacrificare, insomma, sull'altare del "giusto e possibile", parte di sé. Degli interessi precostituiti. Alla resa dei conti: del potere di categoria. Con quanto ne consegue in rapporto ai modelli da edificare del sistema-salute.

Questioncelle non da poco, certo. Che restano, anche in maniera imbarazzante, non soltanto sullo sfondo dei cambiamenti (im)possibili. E che tuttavia il Seminario dei Laghi giustamente ripropone. Avanzando le proposte che emergeranno, nella speranza che possano essere di aiuto concreto e che non vengano relegate nella pratica quotidiana del dibattito fine a se stesso.

Perché «meno ospedale, più territorio», perché «l'approccio interdisciplinare» che non conduca all'eccesso di specialistica, non sono momenti da poco. Cos' come il ruolo fondamentale del medico di medicina generale, nell'idillia-

*Liste di  
attesa*

co modello di integrazione razionale, non può essere un semplice slogan. Né, peraltro, la leva per edificare altri “poteri di categoria”. Fuor di metafora, sono gli interessi di parte, ancora una volta, da mettere alla gogna.

Solo cos” probabilmente (o quanto meno con questo spirito), si può pensare di far decollare e mettere in pratica il concetto di processo clinico-assistenziale, in cui l’ospedale non resti il traguardo irrinunciabile per l’assistito, ma uno snodo nel rapporto complessivo tra paziente e sistema sanitario. Cos” come solo un medico di medicina generale senza smanie di “rivincita” - se mai fosse - può aspirare a diventare passaggio cruciale tra i servizi tutti. Cosicché, appunto, l’unione davvero possa fare la forza. Se è questo che gli attori tutti davvero desiderano, con tutta la forza di un’arte che giorno dopo giorno deve conquistarsi con grande fatica l’appellativo di nobiltà.





## DE AMBULATORIO

*E’ necessario che medici e amministratori mutino atteggiamento*

Dalle nostre parti le attività ambulatoriali sono da sempre la *cenerentola* della sanità.

Proviamo ad ipotizzarne le cause:

1 - dinanzi agli enormi problemi dell’organizzazione degli ospedali, agli ambulatori si è sempre riservata un’attenzione marginale (“...e poi c’è da organizzare gli ambulatori”);

2 - la mutualità volontaria del primo dopoguerra ha inteso, ovviamente, assicurare i grandi rischi e, quindi, il ricovero ospedaliero, relegando l’attività extraospedaliera ai margini;

3 - fino a due decenni fa la richiesta di attività specialistica era abbastanza limitata e il medico di medicina generale affrontava autonomamente gran parte dei problemi; questo, ovviamente, non è più possibile con lo sviluppo vertiginoso della medicina;

4 - le attività ambulatoriali hanno sempre costituito, e costituiscono, l’occasione dei medici ospedalieri di effettuare la libera attività, spesso molto lucrosa; a loro, presi anche dai più complessi problemi dei degenti, è sempre mancata la *spinta psicologica* a sviluppare questo tipo di attività per conto dell’ospedale! Con la *libera attività intra-moenia* non sembra che la situazione sia cambiata più di tanto, come hanno denunciato recentemente anche gli organi di stampa. Anzi, la possibilità di poter usufruire in tempi molto più brevi della stessa prestazione, da parte degli stessi medici e negli stessi ambienti, però pagando di tasca propria l’intero costo, irrita fortemente il cittadino; credo che l’istituto dell’*intra-moenia*, almeno sotto questo punto di

vista, fallisca completamente gli scopi di Rosy Bindi;

5 - il medico ospedaliero, sbagliando grossolanamente, tende a considerare l’attività ambulatoriale una *diminutio* e ad evitarla (“...e oggi chi fa l’ambulatorio?”);

6 - i cosiddetti *specialisti esterni* (ex-contratto SUMAI, per intenderci) non sono mai stati adeguatamente valutati dalle aziende sanitarie e hanno costituito una categoria a parte, mai entrata nell’intimo dell’organizzazione; hanno, in genere, effettuato *ambulatori volanti*, cioè non stabili, scarsamente radicati nel territorio (*due ore a Cisterna, tre ore a Pontinia, ecc.*) e del tutto disconnessi tra di loro.

In effetti, l’attività ambulatoriale specialistica, a parte casi particolari, che saranno elencati oltre, deve essere assicurata dai distretti. Questo è uno dei loro principali scopi, se non il principale (la loro *mission*, come ci dicono ai corsi di *management*); lo scopo dell’ospedale è quello di assicurare la medicina delle urgenze-emergenze.

L’organizzazione ospedaliera, occupata a rispondere alla *variabile* domanda interna non riesce nemmeno a programmare con sufficiente approssimazione le sue attività ambulatoriali. Questa, infatti, può essere eccessiva o sottostimata a seconda, appunto, della variabilità della domanda interna (è inconcepibile, come succede oggi, che si rimandi un esame ad un ricoverato perché *non ha un appuntamento*, e gli si anteponga un non ricoverato perché *ha un appuntamento*, allungando

degenze e peggiorando DRG). L'ospedale si limiti a fare l'ospedale e fornisca attività ambulatoriali dedicate e finalizzate all'attività ospedaliera stessa:

- ambulatori per la *pre-ospedalizzazione*
- ambulatori per la *dimissione protetta*
- ambulatori dedicati per particolari patologie e fruibili dal paziente per periodi più o meno lunghi dopo la dimissione (*ambulatorio dello scompenso cardiaco*, per esempio)
- sviluppo dei *day-hospital* delle più varie branche
- ambulatori particolari finalizzati al *richiamo della clientela*, come si dice oggi
- nulla vieta, infine, che l'ospedale, nelle more di una organizzazione distrettuale o in caso di *surplus* di personale, offra qualsiasi altro tipo di attività ambulatoriale, senza penalizzare, comunque, l'attività interna.

Come può organizzarsi il Distretto? Le idee in questo senso potrebbero essere le seguenti:

- i punti di offerta ambulatoriale specialistica debbono essere *concreti*, non *virtuali*, cioè debbono esistere stabilmente in un luogo, dove è possibile accedere, possibilmente dalle ore 8 alle ore 20, sia fisicamente, sia tramite telefono o altri sistemi (Internet, ecc). Una possibilità del genere eviterebbe visite ed esami strumentali inutili, fino a ricoveri altrettanto inutili; parafrasando un famoso *refrain* pubblicitario, "*una telefonata salva il bilancio*" (dell'ASL). In effetti, oggi l'unico interlocutore di un paziente con qualsivoglia pur *piccolo disturbo* è, nella stragrande maggioranza dei casi, il Pronto Soccorso ospedaliero, che, in questo modo, vede radicalmente snaturata la sua funzione;

- lo specialista, che effettua una prestazione o una consultazione (telefonica, per esempio), al fine di dare delle risposte certe e per non *arrampicarsi sugli specchi*, deve essere in possesso dei dati del paziente (senza *dati rapidamente fruibili* la medicina non può esistere). Nelle more di una tale possibilità è necessario, almeno, dotare i pazienti di una *Cartella Ambulatoriale*, che l'accompagna in ogni occasione sanitaria. Ottima, infine, sarebbe la costruzione di una *rete informatica* ad estensione, perlomeno, distrettuale; inutile evidenziarne le enormi potenzialità;

- le prestazioni, come ha detto Lanza, non possono essere erogate solo in base alla cronologia di prenotazione, ma relativamente ai reali bisogni, con un meccanismo basato sulla *ragionevolezza clinica*. Basandosi sulla stretta collaborazione tra medico di medicina generale, CUP informatizzato e specialista, si individua il tempo massimo di erogazione di una data prestazione. Da sottolineare la presa di consapevolezza e di responsabilità che coinvolge tutti gli attori di questa organizzazione;

- sarebbe banale richiamare la necessità di un perfetto funzionamento del *CUP informatizzato*;

- lo specialista che eroga la prestazione deve immediatamente rilasciare *impegnativa rossa* con la prescrizione di ulteriori esami strumentali (come dice la legge) e, utilizzando le sue prerogative sulla scelta dei tempi di attesa massimi, collegarsi direttamente con il CUP al fine di fornire al paziente gli appuntamenti necessari in *tempo reale*.

In sintesi, la scelta di fondo deve essere quella che consideri il paziente ambulatoriale *un vero e proprio ricoverato sine die*, come già si fa con i pazienti dei *Day-Hospital*. Questo tipo di organizzazione sarebbe

particolarmente utile per i pazienti cronici, che, nel momento attuale, espongono una domanda di salute in rapido e progressivo aumento, sia per l'incremento del loro numero assoluto, sia per il netto miglioramento dell'aspettativa di vita in tali condizioni di malattia perenne (uno *scompensato cardiaco cronico* può vivere anche 15 anni in tale condizione, se ben accudito).

Per finire:

- non è più possibile lasciare i pazienti del dr. Onori in queste condizioni; alla data del

16.03.2001 un ecocardiogramma nel Distretto *Nord* presentava un tempo di attesa fino al 6 luglio a Sezze, 8 agosto a Priverno e 12 ottobre a Latina;

- non è possibile limitarsi ad aumentare la disponibilità *delle ore*, perché si realizzerebbe il cosiddetto *paradosso di Maxwell*, secondo cui l'aumento dell'offerta non diminuisce la domanda, ma l'amplifica, annullando ben presto il beneficio ottenuto.

A. C.



## CIRCOLARE DELLA REGIONE LAZIO DEL 7 MARZO 2001 SULLA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI URGENTI

L'allungamento dei tempi di attesa è un'emergenza che la Regione Lazio intende affrontare con l'emanazione di direttive e protocolli di intesa da predisporre in collaborazione con tutti gli operatori del settore, oltre che con le istituzioni competenti al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni in tempo utile ad un accertamento diagnostico più che mai rapido ed efficiente.

Nelle more che tutto ciò si realizzi, è necessario tutelare gli utenti che richiedono con urgenza tali prestazioni, chiedendo ai destinatari in indirizzo di provvedere a riservare una fascia oraria nell'ambito della organizzazione della propria attività lavorativa specificatamente destinata alle richieste urgenti dei pazienti esterni.

L'urgenza sarà attestata dal medico di base al momento del rilascio della prescrizione medica.

Le ASL dovranno provvedere a comunicare la suddetta direttiva alle strutture private accreditate site nel territorio di propria competenza.

Si coglie l'occasione per raccomandare ai medici di base la scrupolosa individuazione delle prestazioni effettivamente urgenti.

E, altresì, opportuno che i soggetti interessati diano riscontro all'Assessorato alla Sanità delle modalità attuative la direttiva sopra descritta.

I medici sentono il bisogno di aggregarsi  
**ASSOCIAZIONE MEDICA PRIVERNATE**  
**“TOMMASO VISCA”**

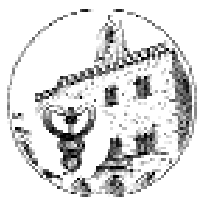
*Sui Monti Lepini nasce  
una nuova associazione medica*

di

**Ercole Canori**

Medico di Medicina Generale - Priverno

Si è costituita a Priverno l'Associazione Medica Privernate "Tommaso Visca", è aperta anche ad altre figure professionali che operano nel campo della sanità (Biologi, Psicologi, Farmacisti, Veterinari). Questa nuova associazione è nata con lo scopo di promuovere attività scientifiche, umanitarie, ricreativo-culturali e si pone l'obiettivo di diventare un punto di riferimento per i vicini



**ASSOCIAZIONE  
MEDICA PRIVERNATE**  
**"Tommaso Visca"**

comuni dei Monti Lepini. Lo scopo principale, comunque, è quello di rimuovere l'isolamento in cui spesso operiamo; avviare un dialogo professionale ed umano tra colleghi che hanno le stesse radici o che comunque operano nella stessa realtà, ci è parso il modo migliore

per raggiungere tale scopo. E questo ritrovarsi diventa occasione per recuperare un ruolo e una dignità in una società sempre più qualunquista e permeata da un crescente relativismo utilitaristico. Uno psicanalista di fama, P. Daco, in un suo libro parla di "competenza intelligente", cioè quella competenza che considera la globalità delle cose; egli chiarisce che essere competenti in umanità è importante quanto la competenza professionale. Ippocrate identificava la medicina con la filantropia, da un lato, e con la filotecnica, intesa come amore per l'arte del curare, dall'altro. Sembra che l'umanità abbia una sua memoria storica! In una società disarticolata come la nostra è necessario riscoprire il senso dell'appartenenza; non corporativismo deterioro ma giusta valorizzazione delle risorse professionali ed umane di quanti condividono gli stessi valori etici.

Affiancare l'Ordine nel recupero di questi valori diventa compito preminente per l'Associazione che porta il nome di Tommaso Visca, collega indimenticabile e scomparso da poco: è un riconoscimento a chi, esercitando la sua professione giorno dopo giorno, ha saputo coniugare umanità e competenza professionale.

Un ringraziamento va al Presidente dell'Ordine dei Medici, Giovanni Righetti, e alla redazione di *Medicina Pontina*, per l'ospitalità. Un invito va a tutti

colleghi: portate il vostro prezioso contributo alla nostra neonata Associazione.

*La nascita di una nuova associazione medica è sempre una ottima notizia per l'Ordine. Contiamo, ormai, una nutrita schiera di associazioni mediche innestate sul territorio, da Aprilia al Gargliano. In questi lunghi anni di trapasso da una medicina ad un'altra, da un mondo ad un altro diverso, la classe medica si sente abbastanza sperduta e, sotto certi aspetti, priva di identità, come denuncia, giustamente, Ercole Canori. Le associazioni mediche possono molto in termini di aggiornamento (non dimentichiamo l'Educazione Medica Continua, per la quale in seno all'Ordine è nata la Scuola Medica Pontina) e di politica sanitaria (cerchiamo, nella fattispecie dei Monti Lepini, di recuperare un ruolo dignitoso e moderno ai nostri vecchi e cari ospedali zonali); l'Ordine farà la sua parte.*



Importante realtà per Fondi e il suo comprensorio

## **CELEBRATO IL DECENNALE DELLA ASSOCIAZIONE MEDICA FONDANA**



Il giorno 29 marzo 2001 l'Associazione Medica Fondana, realtà importante del nostro territorio, ha festeggiato la ricorrenza dei dieci anni dalla sua fondazione. Per l'occasione si sono ritrovati a Fondi, nei locali del "Metropolis", per una cena celebrativa dell'evento, numerosi colleghi di Fondi e dintorni. Anche il presidente del nostro Ordine, dott. Righetti, ha voluto intervenire, sottolineando l'importanza del traguardo raggiunto. Nel corso della serata l'attuale presidente dell'AMF, dott. Vincenzo Iginò Muccitelli, ha ribadito l'impegno a non far cadere l'eredità lasciata con tanto impegno dai predecessori. E' stata anche l'occasione per presentare il nuovo consiglio direttivo, formato, oltre che dal presidente suddetto, dai consiglieri Vincenzo Di

telli, ha ribadito l'impegno a non far cadere l'eredità lasciata con tanto impegno dai predecessori. E' stata anche l'occasione per presentare il nuovo consiglio direttivo, formato, oltre che dal presidente suddetto, dai consiglieri Vincenzo Di

## Associazioni mediche

Biase (Vice Presidente), Gaetano Dinia, Carlo Grieco, Antonino Iudicone (Tesoriere), Leo Marini (Segretario), Franca Forte (*Past President*).

Al termine della serata c'è stato anche un "taglio della torta", effettuato in cooperazione tra l'attuale presidente e gran parte dei *past presidents*, a simboleggiare la volontà di continuare nel migliore dei modi il lavoro intrapreso negli anni precedenti.

*Medicina Pontina si associa agli auguri di Buon Lavoro e, insieme al Consiglio Direttivo dell'Ordine, si dichiara disponibile a "rilanciare" i portati culturali di questa come di tutte le altre associazioni mediche, utilizzando anche tutte le possibilità che la moderna tecnologia ci offre.*



## MANIFESTO CONTRO L'EUTANASIA

La **Sezione di Latina dell'Associazione Medici Cattolici Italiani (AMCI)**, vista la recente approvazione, avvenuta in Olanda, della legge che permette

### L'EUTANASIA

non può che addolorarsi per tale scelta e ritiene che vadano fatti tutti gli sforzi onde evitare che i malati terminali possano richiedere di essere soppressi.

A tale scopo l'AMCI  
ritiene necessario quanto segue

- **Le famiglie** recuperino il senso di assistenza materiale e spirituale nei riguardi di tutti i propri componenti;
- **Le aziende sanitarie e gli operatori sanitari** rendano più umani i luoghi di cura; si organizzino una decenza assistenza sanitaria domiciliare, gli *Hospice* e gli *Ospedali di Comunità*;
- **Tutti i mezzi farmacologici contro il dolore fisico** vengano utilizzati appieno e con alta professionalità;
- **Un valido sostegno psicologico** venga offerto ai malati cronici e terminali;
- **I sacerdoti, ogni altro addetto al culto e gli educatori, compresi i genitori**, facciano recuperare a tutti il senso umano della morte come fine ineluttabile della vita, a cui *guardare in faccia* con serenità, senza relegarlo, per anni, come ospite indesiderato e dimenticato nelle profondità della coscienza.

L'AMCI conferma, ancora una volta, che  
**LA PROFESSIONE MEDICA**

esiste per promuovere e difendere la vita e non già per contrastarla o interromperla con comportamenti omissivi o, addirittura, deliberatamente soppressivi.

Latina, 16.04.2001



**ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI ITALIANI  
SEZIONE DIOCESANA DI LATINA**

*Il collega FRANCO GNESSI di Latina, oltre che valente ginecologo, è un raffinato scrittore; ha conseguito, infatti, ben ventisei premi letterari nazionali. Offriamo ai nostri lettori un racconto che ci riguarda*

Primo classificato al Premio Letterario Nazionale  
Val Formazza del 1988

## CRONACA

di  
Franco Gnessi

**L**assù non ci sono più tornato; ora deve essere diverso; ne amavo i sentieri, la neve e le rocce del Montelungo, segreta ossessione di possesso e paura di tutti.

D'estate ci sono stato a cogliere la genziana e qualche rara stella alpina, gelosamente nascosta che già allora cogliere i fiori era proibito; e il laghetto che rifrange il cielo, con le piante d'un verde cupo, cariche di sole e la valle che rimanda l'urlante gioia di tutto quel bianco e la fontana che di notte gela a tenersi calda sotto la coltre del ghiaccio.

Là un fiore, là un altro, là il rumore delle acque senza contaminazioni e a sera il grido roco delle marmotte rompere giù per la valle; salendo lasciare ogni rumore e invece quelli erano suoni; sentire il frusciare d'un'ala di un insetto e lo stridio d'un filo d'erba nascente e ancor più il rimbalzo sul filo d'erba dell'aria smossa da quella incredibile vita nascente; e il ruzzolare d'una molecola d'una cosa in disfacimento e il ricrearsi d'un corpo. Se un pensiero avesse un peso quello il suono dolcissimo e i pensieri, ognuno il suo peso, librarsi nell'aria, raccolti a formare un'idea della

idea, avere un peso e quella la vita... Là non si muore si cambia, un amore, un delitto, una violenza da noi hanno un peso là sono librati nell'aria, molecole di pensiero, obbedienza a questo mutare.

Quando lo conobbi anche il dottore mi sembrò appartenere egli stesso non alla gente ma alle cose, non poterne vedere i contorni, non potergli leggere nel cervello; in mezzo al silenzio un altro silenzio, una quiete troppo voluta dietro la faccia immobile, emanare dalla fessura delle palpebre rimasta aperta alla luce sotto la contrattura del volto uno sguardo pesante, un cane raggomitolo in se stesso in attesa di morire, uno di quelli magari che era stato un buon guardiano, uno da caccia, magari da compagnia e adesso da vecchio inutile aspettasse una carezza, ché tutte le cose che aveva fatte erano state tolte alla gioia del vivere, il senso di quel giusto riposo, senza il coraggio di chiedere un pezzo di pane; dovevi capirlo da solo.

Del cane il vecchio dottore aveva anche l'aspetto per quello sguardo ma più per l'andare.

E quando me lo presentarono lo vidi che non era uno dei tanti e dopo



lo seppi che una ragazza del posto me lo disse con tono riverenziale che ricordava il saluto mentre fumava la pipa sulla piazzetta.

Inconfondibile, come da vivo appartenesse al passato; dalla struttura si vedeva che tra le rocce che facevano tanta paura lui c'era stato; e le mani erano intatte, solide e nerborute senza crepe, ben curate; le scarpe avevano più che la consumazione del tempo quella dell'andare

«È il dottore» mi disse la ragazza «Adesso c'è l'altro, è più giovane, ha mezzi moderni, è stato in America, la gente ha capito e allora anche gli amici l'hanno lasciato».

Per vivere vive, ha una bella pensione e poi è solo ma è ostico, spinoso, non ci si può parlare! Anche se uno volesse risponde a parole; la voce è riverente educata ma senti che non ha voglia. È così da quando la moglie è partita per non tornare; una bella donna, amava la vita, lo lasciò, lui e i ragazzi che ha cresciuto tra una visita in montagna e l'altra in paese ed è stato così fino alla fine; voglio dire da quando anche i ragazzi hanno lasciato la casa.

La mattina lo incontri che torna dalla cima del monte con lo zaino in spalla fino a che la stagione lo permette; poi la neve copre i sentieri, allora di buon'ora alla finestra aspetta che tra una ventata e l'altra la cima si scopra e sembra gli parli; ha una baracca lassù dal tempo dell'ultima guerra. Sulle creste in alto sembra circondato da vento di tempesta, il passo è svelto, negli occhi non ci leggi. Solo se te li spalanca in faccia dal fondo grigio del colore emana tanta bontà!

Non lo chiamano più in paese ma il rispetto ce l'hanno.

Se i figli gli mandano una lettera, una cartolina che è un pensiero se le tiene in mano una giornata.

Al caffè ogni tanto le tira fuori, le legge, ci fa sopra un sorriso, ci biascica qualche parola e sorride, se fosse

un cane come agitare la coda.

Fu di lunedì. Il paese s'era svuotato; a controra vociare di gente nuova, quelli della settimana bianca.

Io m'ero levato presto; tutta la notte ci avevo pensato con addosso la malavoglia di partire che mi tormentava tutte le volte che decidevo di prolungare una vacanza in montagna, che m'ero innamorato di quel vivere, della valle. M'ero messo a guardare dalla finestra il Montelungo.

La signora della pensione urlò alla porta: «Dottore, hanno bisogno di lei in paese; ieri non sono tornati quelli della scalata. Se ne sono accorti all'alba; vogliono mandare un soccorso; serve un dottore; dei nostri il giovane è a Milano, il vecchio non si trova; c'è chi dice che lo ha visto stamani all'alba arrampicarsi sul Montelungo, tra una folata di vento e l'altra avviarsi dove hanno tentato la salita; una finestra della casa è aperta, quella che apre la mattina; sarà uscito per la solita passeggiata, ancora non torna.

Vada lei che con la montagna ha confidenza tanto l'accompagneranno, non corre rischio, lei aspetta, loro vanno li trovano, li portano giù e se si può fare qualche cosa... lei ... ».

Li trovammo ai piedi della parete; il più giovane aveva la testa aperta e gli altri due poco distanti avvolti nelle corde come un abbraccio, giacevano con le braccia aperte a guardare il cielo; c'era in quegli occhi tutto il terrore della morte e il mistico silenzio di chi ha iniziato l'ultimo viaggio.

Guardai in basso per istinto per contare il tempo che li divideva ancora dalle case e vidi la figura.

Addossato ad un albero la forma umana aveva le mani giunte e il gomito del braccio destro piantato nella neve, la mano a reggere una borraccia dalla quale era colato aperta tutto il contenuto.

Io lo riconobbi; era dagli altri distante una manciata di passi.

Si vede che aveva cercato di allungare il braccio inutile verso i corpi troppo distanti.

C'erano i segni dei passi e poi a tratti l'impronta del suo corpo e i segni delle mani.

Mi calai fino a lui.

Scesi lentamente, mi inseguiva l'immagine del vecchio a salire e la via crucis, ultimo viatico, le macchie di liquore con il quale aveva cercato di rincuorarsi.

E lo vidi ad imprecare e poi pregare su per la salita verso i corpi dei morti che aveva cercato di soccorrere.

Le impronte non finivano mai; doveva essere stato lungo il viaggio verso la fine, cadere cento volte.

Mi sembrò di vederlo, il vecchio, in quel suo ultimo viaggio, felice di essere tornato utile con nel cervello al momento della morte il pensiero delle persone amate; doveva essere stato così: che senso avrebbe avuto la sua vita morire in altro modo.

E nel dolore quel cuore che lo stava abbandonando ritrovare se stesso e la forza delle ginocchia, cadere per rialzarsi, perché lo ritrovassero anche da morto tra quelli che aveva sempre aiutato; tornare nel tempo a ritroso, tendere le gambe nell'ultimo sforzo per arrivare in tempo, genuflettersi per il dolore ma più per riprendere fiato; l'avesse visto lei che lo aveva abbandonato e i figli, sapere che era stato il primo in quel soccorso, ancora utile e tutto solo senza l'aiuto di nessuno.

Risalii, lo presi tra le braccia; gli sollevai la faccia gelata dove due minuscoli rigagnoli avevano lasciato il segno, due rigagnoli di lacrime; doveva avere anche pregato quando ormai s'era sentito finire. Era caduto in avanti genuflesso con un gesto che sembrava di preghiera.

Poi lo adagiai sulla neve e tornai a scendere cercando di leggere tra la neve le sue ultime sofferenze.

Sopra di me si sentiva il vociare degli altri.

Uno aveva visto le mie orme allontanarsi e mi chiamò: «Torni indietro dottore, siamo pronti li portiamo a valle».

Risposi con un mugolio che mi uscì dal petto spinto dal dolore.

«Vengo», ma mi fermai ancora un poco con lui.

Gli sedetti accanto e lo presi tra le braccia.

Mi trovarono che lo cullavo come un figlio; avrei voluto ridargli la vita, ridargli in altro modo il tempo che aveva sofferto la sua solitudine, vicino al camino a cucinare qualche cosa da mangiare; poi farmi raccontare la sua vita e consolarlo, chiedendogli perdono per gli altri, stare con lui un tempo senza spazio dove la neve è calda e bianca come i petali dei mandorli a Primavera.

«Eccomi sono tuo figlio; sono tornato per non lasciarti mai». E al mattino portargli una tazza di caffè e stringergli la mano per ridargli tutto l'amore che doveva, tutto solo, aver dato ai figli.

Tutte le lacrime del mondo non avrebbero potuto bastare a rigargli il volto che io le avrei asciugate; le sue, prima del fatto, se le era sempre tenute in petto, nessuno lo aveva capito, in cerca di nascondere il dolore; e farmi raccontare delle sue montagne, dei suoi fiori ma anche della sua stanchezza; che non doveva uccidersi.

Mi sembrò che mi avesse udito dal suo Nirvana e sentii per loro tutta la vergogna della vita quando mi raggiunsero e una delle guide mi disse: «Deve essere diventato matto! Mettersi in cammino a questa età!».

Lo lasciai nelle loro mani ma glielo dissi che erano stati loro.

Il Montelungo guardava.

Se dovesse capitarvi di passarci portategli un fiore che certamente l'avranno dimenticato e giace tutto solo sotto la neve e poche rondini lo salutano che l'Estate lassù è svelta a passare e lunghe le altre stagioni; qualche

corvo di montagna che gracida in quei cieli, grida tutto il dolore di quel povero corpo.

Spero i pettirossi volino bassi a sera a cantargli una ninna nanna e la genziana continui a fiorire e a ghiacciare la fontana e il Montelungo a imbronciarsi; la neve a coprire le cose.

P.S. Messaggero. 8 Gennaio 1963 - Cronaca di...

Ieri mattina all'alba sono stati ritrovati i corpi dei tre scalatori dati per dispersi. Nel generoso slancio di portare aiuto un soccorritore ha perso la vita.



*Dalla Sezione Provinciale di Parma della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori riceviamo e pubblichiamo*

LEGA ITALIANA PER LA LOTTA CONTRO I TUMORI  
in collaborazione con  
ASSOCIAZIONE MEDICI SCRITTORI ITALIANI

## **XXII PREMIO LETTERARIO NAZIONALE PER MEDICI**

La Lega italiana per la lotta contro i tumori, sez. di Parma, indice per il 2001 la XXII edizione del Premio letterario nazionale di narrativa aperto a tutti i medici.

I racconti dovranno tassativamente contemplare, sia pure nell'ambito della più ampia libertà creativa ed interpretativa, la tematica inerente ad una situazione di carattere neoplastico, non dovranno esprimere tanto passaggi medico-tecnici, quanto suscitare, attraverso l'originalità, il contenuto dei pensieri, l'espressione letteraria e le immagini, stati d'animo per un coinvolgimento alla lotta contro i tumori.

Al 1° classificato verrà assegnato un premio di £. 3.000.000, al 2° £. 2.000.000, al 3° £. 1.000.000. I premi dovranno essere ritirati personalmente, altrimenti verranno annullati ed incamerati dalla Lega.

I nomi dei componenti la Giuria verranno comunicati al momento della premiazione.

Gli elaborati non dovranno superare le otto facciate, spazio due e dovranno risultare inediti e mai premiati in altri concorsi, corredati delle generalità dell'autore, indirizzo e numero di telefono. Gli scritti che non rispondessero integralmente ai suddetti requisiti saranno cestinati.

La quota di partecipazione è di £. 50.000, da versare con assegno o vaglia postale intestato a: Lega italiana per la lotta contro i tumori, sez. di Parma e dà diritto a partecipare personalmente e gratuitamente alla cena nella stessa serata.

Le opere concorrenti, in numero di 10 copie, dovranno essere inviate alla Lega italiana per la lotta contro i tumori, sez. di Parma - Via Gramsci, 14 - 43100 Parma - entro e non oltre il 31 Maggio 2001 (della data di spedizione farà fede il timbro postale).

Luogo e data della premiazione verranno comunicati successivamente a mezzo raccomandata a tutti i partecipanti.

## SORGENTE

di  
**Gianni Isabella**

Questa mia piccola cosa si capisce bene,  
se si pensa alla mia età.

È nata da un sessantacinquenne, che aveva  
una visione della vita solo come sofferenza  
e fatica; vita che sarebbe poi terminata  
come evento ineluttabile di morte definitiva,  
senza ritorno.

È la morte l'ispiratrice più imperiosa  
della mia scultura.

Il messaggio però che propongo ora  
attraverso essa è diversa;  
il messaggio dice che c'è morte  
e non c'è morte.

Questa piccola opera è un omaggio alla  
tenerezza di Dio.

Sulle mie sofferenze Lui non c'entra.  
Che c'entra Dio con la mia salute?

Lui ha affidato alle cose il loro insopprimibile  
ruolo; ruolo che lui per primo ha rispettato;  
altrimenti la sua creazione non avrebbe senso.  
Dio è più coinvolto di me nel dramma.

Lui ci risponde ci sostiene con  
il Suo amore.

È l'amore di Dio che consente a quell'ometto  
nero (figura centrale dell'opera) a sollevarsi,  
a sperare, a riemergere dall'angoscia e dalla  
solitudine.

Lui risorge infine da una morte che  
non ci sarà più.

Lui ci invia la meravigliosa novella.

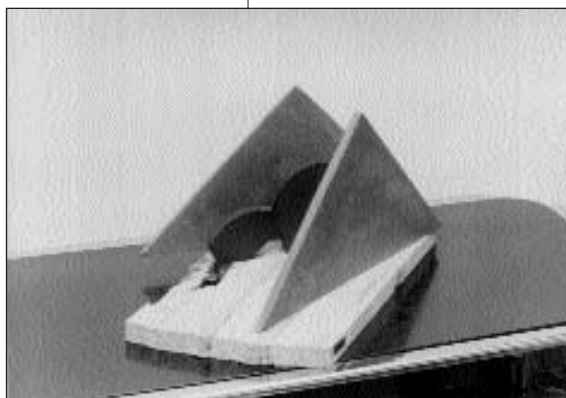
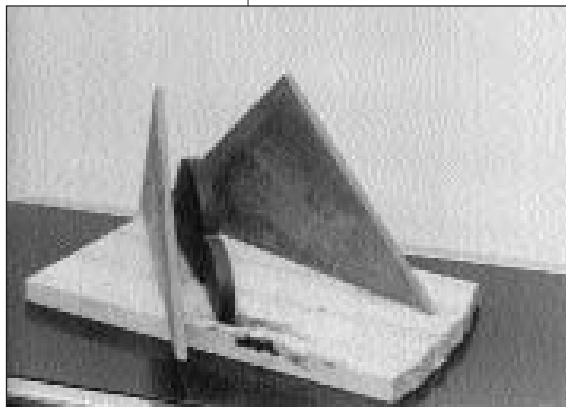
Nella scultura ci sono due pareti nere, poste  
ad angolo, aperte sul davanti; ciò significa che c'è  
sempre uno spiraglio.

L'omino nero, sommerso nel magma  
unico della vita e della morte, si solleva.

Qual è il titolo di questa piccola cosa?

Ognuno può dare il suo.

Per me è "SORGENTE".



Gianni Isabella, nostro medico scultore, ha donato all'Ordine l'opera, di cui offriamo alcune immagini e a cui egli stesso ha voluto personalmente dare un significato. Nel ringraziare il collega da parte del Consiglio Direttivo dell'Ordine, mi sento di dire che la testimonianza di Gianni è molto toccante e invita tutti noi medici, credenti e non credenti, ad aiutare comunque quell'omino nero, che è il nostro paziente, a riemergere dai suoi mali e dalle sue affezioni.

**A. C.**

### SCUOLA MEDICA PONTINA

*Per un aggiornamento in linea  
con l'Educazione Continua Medica (ECM)*

di

**Erminia Ammendola**

Presidente della *Scuola Medica Pontina*

Il giorno 18 Dicembre 2000, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Latina, è stata costituita, con atto notarile, la *Scuola Medica Pontina*, associazione di promozione sociale, il cui scopo principale è quello di sviluppare ed offrire ai medici percorsi formativi in linea con lo spirito del programma denominato *Educazione Continua Medica (ECM)*, recentemente varato dal Ministero della Sanità al fine dell'aggiornamento obbligatorio dei medici italiani ovunque operanti (dipendenti pubblici o privati, convenzionati, liberi professionisti).

I soci fondatori sono stati alcuni tra i colleghi che negli ultimi anni hanno mostrato il loro impegno nell'organizzazione di corsi/convegni nella nostra provincia. La prima assemblea dei soci fondatori, tenuta il 29 marzo 2001, presso la sala conferenze dell'Ordine dei Medici, ha delineato le linee di sviluppo dell'associazione stessa.

Tutti i colleghi sono invitati ad iscriversi, rivolgendosi direttamente ai membri del Consiglio Direttivo; all'atto dell'iscrizione è previsto, oltre ad un modulo di domanda, un foglio notizie che chiediamo di compilare per avere un archivio il più completo possibile, da cui trarre notizie utili e materiale per la programmazione ed organizzazione di corsi e convegni.

Il Consiglio Direttivo è formato dai seguenti colleghi:

Dott.ssa **Erminia Ammendola** - tel. 0333/6598551  
Presidente (Terracina) e-mail : ermiamme@tin.it

Dott. **Ermanno Kugler** - tel. 0339/2389522 - tel. 0771/779249 - 55  
Vicepresidente (Gaeta) e-mail: tiscafra@tiscalinet.it

Dott. **Giovanni Papa** - tel. 0328/9211348  
Tesoriere (Formia) e-mail: gpapa@fabernet.com

Dott. **Luigi Cardì** - tel. 0339/2757603  
Segretario (Formia)

Dott. **Luca Le Foche** e-mail: pa2303@panservice.it  
Consigliere (Latina)

Dott. **Pio Maria Federici** e-mail: piomaria@infinito.it  
Consigliere (Latina)

Dott. **Pasquale Milo** - tel. 0773/723397- 0773/693665 (Mercoledì)  
Consigliere (Terracina)

**Dott. Salvatore Nallo** - tel. 0771/505872  
Consigliere (Fondi)

**Dott. Claudio Guerra** - tel. 06/ 92727704  
Consigliere (Aprilia)

**Dott.ssa Elisa Forte** - tel. C/o Div. Medicina Ospedale Fondi  
Revisore dei Conti (Fondi)

**Dott. Maurizio Lazari** - tel. 0335/6543558  
Revisore dei Conti (Formia) e-mail: mlazari@tiscalinet.it

**Dott. Angelo Mangullo**  
Revisore dei Conti (Latina)

I soci fondatori:

Ammendola Erminia - Bonelli Giacomo - Bonfiglio Nadia - Cagnazzo Pasquale - Caradonna Alfredo - Cardi Luigi - Cavallini Mario - Cataldi Maria Elvira - Della Monica Ilario - De Marinis Modestino - Di Mambro Maria Gabriella - Dinia Gaetano - Don Luigi - D'Uva Mario - Fachini Quintilio - Federici Pio Maria - Forte Elisa - Gagliardi Felice - Gatti Giulia - Guarino Silverio - Guerra Claudio - Isabella Giovanni Marco - Kugler Ermanno - Lanza Gerardo - Laureti Mauro - Lazari Maurizio - Le Foche Luca - Lucchesi Roberto - Manciocchi Giuseppe - Mangullo Angelo - Marchetti Cesare - Marchionni Antonio - Mareto Giancarlo - Mariorenzi Roberto - Milo Pasquale - Muccitelli Vincenzo - Nallo Salvatore - Nardoni Maria Teresa - Papa Giovanni - Pastore Aldo - Righetti Giovanni Maria - Rovacchi Giuseppe - Russo Giancarmine - Russo Pierfrancesco - Sinico Enrico - Tasciotti Alessandro - Tasciotti Paolo - Tudini



Una figura che assumerà un'importanza sempre maggiore  
nel campo dell'aggiornamento

## VALUTATORI

*L'Ordine di Latina all'avanguardia in campo nazionale*

di  
**Erminia Ammendola**  
e  
**Nadia Bonfiglio**

Informazione, Conformazione, Uniformazione e Trasformazione, sono queste le tematiche oggi più ricorrenti.

...e se togliamo gli “uni”, i “con”, i “tra” e gli “in”, l'argomento più dibattuto e non solo nel nostro settore, rimane: la Formazione e la Valutazione. Se al conformarsi e all'uniformarsi non sempre corrisponde il trasformarsi, nonostante i mass-media si impegnino molto nel divulgarlo, così l'*informazione* non corrisponde necessariamente alla *formazione*. L'equazione è dunque “Sapere, saper fare, saper essere”. Learning by doing (imparare facendo), performance. Questo è l'obiettivo.

Facciamo uno zoom e mettiamo sempre più a fuoco, cosicché fotogramma dopo fotogramma si proietta una nuova pellicola: “L'insostenibile leggerezza dei crediti”. Scorrendo i titoli d'inizio o di coda troviamo la partecipazione

della Commissione Nazionale per l'E.C.M.  
della Commissione F.N.O.M.CeO  
delle Società Scientifiche  
delle Società Professionali  
delle Aziende Ospedaliere  
delle Aziende Farmaceutiche  
dei Provider,  
degli Animatori di formazione...

...manca però una figura professionale emergente: “Il Valutatore”, poiché l'E.C.M. deve essere misurabile, controllata e verificata.

Il comitato centrale della FNOMCeO, riunitosi a Roma il 10 febbraio 2001, ha deliberato “che venga costituito e formato ad hoc, a cura della FNOM-CeO, un gruppo di valutatori - verificatori degli eventi di formazione”.

L'Ordine dei Medici di Latina, in collaborazione con l'Ordine dei Medici di Modena, è stato promotore e precursore del corso per valutatori, intuendo già, da alcuni anni, come non solo la formazione ma anche la valutazione siano un processo importante nella qualificazione della nostra professione. Infatti, mentre i crediti formativi elaborano un progetto che, concettualmente, deve essere formativo, il valutatore, deve appurare che i dati acquisiti e quindi gli obiettivi prefissati, siano stati oggettivamente raggiunti.

In ultima analisi, dobbiamo sottolineare e ribadire quel che il codice deontologico recita all'articolo 16: “*Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico*”.

## ASPETTI TECNICI DELL'ECM

di

**Nadia Bonfiglio**

Consigliere dell'Ordine

Aggiornamento e competenza definiscono la professionalità del medico. La *formazione continua* comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente.

L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare, per tutto l'arco della vita professionale, le conoscenze professionali.

La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale ( Art. 16-bis del decreto legislativo 229-99).

L'educazione continua in medicina -E.C.M.- nasce, in tutti in paesi del mondo, per soddisfare esigenze formative adeguate. Il rapido e continuo evolversi delle conoscenze mediche, biomediche e tecnologiche, evidenziano come in questo percorso sia necessario un iter formativo appropriato. Il Ministero della Sanità ha istituito a tale scopo una Commissione Nazionale per la Formazione Continua, costituita con decreto del Ministro della Sanità del 5 luglio 2000. Tale Commissione ha ritenuto di elaborare, sulla base di precedenti esperienze europee, extraeuropee e nazionali, un programma di E.C.M., suddividendolo in due fasi: una sperimentale e ricognitiva relativa al primo semestre del 2001; una definitiva, ad essa successiva, detta anche *a regime*, che "dovrebbe" iniziare il 1° luglio del 2001. La Commissione ha inoltre stabilito che la E.C.M. deve essere controllata, verificata e misurabile.

La Commissione è presieduta dal Ministro della Sanità ed è composta da due vicepresidenti, di cui uno nominato dal Ministro della Sanità e l'altro rappresentato dal Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nonché da dieci membri, di cui due designati dal Ministro della Sanità, due dal Ministro dell'Università e della Ricerca scientifica e tecnologica, uno dal Ministro per la funzione pubblica, uno dal Ministro per le pari opportunità, due dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e due dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

I *provider*, ovvero gli organizzatori di attività formative, inviano al Ministero della Sanità i dati qualificativi dell'evento formativo proposto, affinché possa essere valutato e accreditato.

Possono presentare la domanda tutti i soggetti pubblici e privati che svolgono attività formativa: Regioni, Aziende U.S.L., aziende ospedaliere e loro articolazioni, Istituto Superiore di Sanità, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, università e loro articolazioni, ordini professionali, fondazioni, scuole di formazione, società o associazioni professionali, società scientifiche, case di cura private, aziende farmaceutiche. L'accreditamento avviene attraverso una



procedura che valuta il programma assegnando il punteggio mediante parametri di giudizio, o indicatori di qualità, quali la rilevanza delle attività didattico-formative, l'importanza degli argomenti, l'autorevolezza professionale dei docenti, l'esistenza o meno di sistemi di valutazione delle attività da parte dei partecipanti, la qualità dell'organizzazione, la sua durata in ore o giorni...

Ogni medico, dipendente, convenzionato o libero professionista, dovrà acquisire, per ogni triennio, 150 crediti formativi E.C.M., con un minimo per ogni anno di 20 e un massimo di 80.

Le manifestazioni organizzate che rientrano nel programma di E.C.M. appartengono a due grandi categorie:

1. attività formative residenziali, per cui l'utente deve recarsi nella sede in cui tali attività vengono svolte e consistono in congressi, seminari, convegni, corsi pratici, *stages* di formazione pratica, anche di tipo clinico, laboratoristico e tecnologico;
2. attività formative a distanza, per cui l'utente non deve spostarsi dal suo luogo di lavoro o dal domicilio, da svolgersi sia in gruppo che individualmente, usando materiale cartaceo o informatico. E' previsto un sistema di valutazione attraverso il superamento di un "test" che provi il raggiungimento di un certo livello di apprendimento.

Alla luce di quanto esposto, si evidenzia come il possesso di conoscenze teoriche, il possesso di abilità tecniche e manuali, il possesso di capacità comunicative e relazionali, caratterizzano l'attività del medico che si identifica, dunque, essenzialmente *nel sapere, saper essere, saper fare*.



"VITA DA CANI -  
CHARLIE BROWN"  
di Charles M. Schulz,  
Rizzoli, Milano - 1996

## **AGGIORNAMENTI IN CHIRURGIA**

Organizzati da  
**Dipartimento di Chirurgia del P.O. "Nord"**  
**Asl Latina**

- 6 marzo 2001 *Il Carcinoma Polmonare*
- 3 aprile 2001 *La chirurgia della Carotide*
- 8 maggio 2001 *Le metastasi ossee*
- 5 giugno 2001 *Adenopatie laterocervicali*
- 4 settembre 2001 *Il Carcinoma del Retto*
- 2 ottobre 2001 *Il Carcinoma della Vescica*
- 6 novembre 2001 *Il Carcinoma dello Stomaco*
- 4 dicembre 2001 *L'ittero Colostatico*
- 8 gennaio 2002 *L'Aneurisma dell'Aorta Addominale*
- 5 febbraio 2002 *Il Carcinoma della mammella*

**Aula conferenze Palazzina Direzionale**  
**ASL Latina - via Canova, Latina**

Segreteria organizzativa: *Ospedale S. Maria Goretti (P.O. Nord)*  
*Divisione di Chirurgia Generale*  
*Tel. 0773/655679 – Fax 0773/655678*  
*E-mail: msacchi@adinsv.com*



## Convegno di Dermatologia

### LA PELLE. PATOLOGIA ED ESTETICA

Organizzato da  
*Associazione Italiana Donne Medico*  
*A.I.D.M.*



**19 MAGGIO 2001**

**Latina**

*Sala Convegni dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri*

**Piazza Celli, 4**

- *Cute come organo spia di patologia internistica*
- *Il melanoma nella Provincia di Latina: attualità e prospettive*
- *Le connettiviti*
- *Come la pelle rispecchia il nostro inconscio: appunti di dermatologia psicosomatica*
- *Alopecia androgenica: novità terapeutiche*
- *Invecchiamento cutaneo: clinica e terapia*

*Dalla presentazione inviata all'Ordine*

L'A.I.D.M. di Latina è stata scelta tra tutte le sezioni italiane per organizzare il convegno nazionale annuale che si terrà il 19 Maggio presso l'Ordine dei Medici. Individuato l'argomento - la pelle: patologia ed estetica - l'associazione testimonia l'impegno di organizzare aggiornamento su tematiche di interesse locale e nazionale che coinvolgano non solo l'essere (malattie internistiche che si riflettono sulla pelle o tumorali come il melanoma in provincia di Latina) ma anche l'apparire (invecchiamento cutaneo e tecniche di ringiovanimento), seguendo l'imperativo categorico dei nostri tempi: prevenzione e salute, salute e benessere

Segreteria organizzativa: - M.T. Nardoni: tel. 0338/9619428 - 0773/620306  
- G. Gatti: tel. 0368/3522596 - 0773/473424  
- A. Berti  
- P. Tommasini  
- F. Autore

**I DOLORI  
MUSCOLO-SCHELETRICI  
E SINTOMI CORRELATI. EZIOLOGIA,  
DIAGNOSI, TERAPIA ATTUALE E PREVENZIONE.  
NUOVE PROSPETTIVE**

Organizzato da  
*Airsaf*  
*Accademia Internazionale per la Ricerca  
Specialistica Anatomo-Funzionale*



**1-3 giugno 2001  
Latina  
Park Hotel**

***Dalla presentazione inviata all'Ordine***

Noi tutti, anche se in misura diversa, siamo soggetti a queste sindromi altiche che da recenti statistiche sono causa del 60% di temporanea inabilità al lavoro con costi di migliaia di miliardi per la comunità. La precoce valutazione della sintomatologia e della patologia ad eziologia corticale è altrettanto importante quanto la valutazione dell'aspetto emozionale, spirituale, di armonia interiore, psichico e di quello sistemico, organico e strutturale.

**Segreteria organizzativa:** - AIRSAF (sig.ra Micaela Laureti)  
Tel. 0773.412290 – Fax 0773.470074  
E-mail: [airsaf@bmnet.it](mailto:airsaf@bmnet.it)

**Segreteria scientifica:** - A. Veronica – P. P. Casillo – A. Caramuta.

## ATTUALITA' IN CARDIOLOGIA INVASIVA

Organizzato da  
**Silvio Fedele, MD**  
Ricercatore Istituto di Fisiologia Clinica del CNR  
Cardiologia Invasiva, Pisa



**8 GIUGNO 2001**  
**Formia**  
**Scuola di Atletica del Coni**  
**Via Appia Lato Napoli, n° 175**

- *Indicazione alla rivascolarizzazione coronarica*
- *Scelta del metodo di rivascolarizzazione coronarica*
- *Il microcircolo: quale ruolo gioca nella genesi delle sindromi ischemiche?*
- *Nuove strategie nel trattamento farmacologico delle sindromi ischemiche*

### *Dalla presentazione del Convegno*

Caro collega,  
la rapidità dell'evoluzione è una caratteristica costante della cardiologia moderna. "Attualità in Cardiologia invasiva", che si terrà a Formia, è un'opportunità per soffermarci su tematiche di grande interesse cardiologico. Spero che arrivi gradito il mio invito alla manifestazione scientifica.

Con i patrocini: ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri)  
Ordine dei Medici di Latina

Segreteria organizzativa: SGC srl, via XX Settembre 48 - 25121 BRESCIA  
Tel: 030/292173 Fax: 030/292231  
E-mail: congress@sgcitalia.it

## **MEDICINE NON CONVENZIONALI - DECISIONI**

### **Decisione del Consiglio Direttivo del 31.03.2001**

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine, dopo aver ascoltato la relazione del collega Pier Francesco Russo, ha adottato, all'unanimità, la seguente delibera, di cui riportiamo, integralmente, le parti essenziali.

“-Vista la riunione di studio del Consiglio Nazionale FNOMCeO dell' ottobre 1996 su “Altra medicina: pratica complementare o alternativa alla medicina?”, nel corso della quale, se da una parte si è preso in considerazione il fatto che alcune medicine non convenzionali non si possono più considerare delle mode passeggere, in quanto hanno resistito all'usura del tempo ed alle critiche serrate della medicina scientifica, dall'altra è apparsa evidente la necessità di individuare le possibilità e i limiti della metodica impiegata (compresi strumenti di ricerca e di valutazione dei risultati), i tempi e i modi di una formazione adeguata (se necessaria) e la definizione delle relative competenze (e responsabilità), nonché l'esercizio di idonei controlli;

-Vista la Risoluzione del Parlamento Europeo del maggio 1997 sullo Statuto delle medicine non convenzionali, con la quale si chiede alle Commissioni dei singoli Paesi di impegnarsi in un processo di riconoscimento delle medicine non convenzionali, di adottare le misure necessarie per favorire l'istituzione di Comitati ad hoc e di realizzare uno studio approfondito per quanto concerne l'innocuità, l'efficacia, il campo di applicazione e il carattere integrativo o alternativo di ciascuna medicina non convenzionale;

-Visto il Documento “Dal primato della medicina scientifica al confronto con le pratiche alternative” della Commissione per le pratiche alternative della FNOMCeO del 1999, che dichiara di dover prendere atto realisticamente che stiamo passando da una fase di primato indiscusso delle medicine convenzionali, ad una fase nella quale è inevitabile il confronto con un inestimabile ed eterogeneo numero di pratiche (extrascientifiche) non convenzionali;

-Vista la delibera FNOMCeO n° 30 del 1999, in cui il Comitato Centrale, discutendo e recependo le risultanze presentate dalla Commissione per l'esame delle problematiche provenienti dalle cosiddette medicine alternative, afferma chiaramente l'opportunità di istituire un osservatorio permanente esclusivamente finalizzato a scopi statistico-cognitivi che non intende dare legittimazione di alcun tipo, ma rispondere al solo obiettivo di conoscere per disciplinare, di ordinare l'esistente, di fissare dei punti di riferimento a difesa della professione;

-Vista la delibera FNOMCeO n° 56 del 1999, in cui il Comitato Centrale, affermando che le pratiche cosiddette alternative costituiscono un settore che, ad alcune precise condizioni, può legittimamente rientrare nell'ambito dell'attività professionale medica, ritiene opportuna la individuazione a livello nazionale FNOMCeO, con la collaborazione degli Ordini provinciali, delle Società,



delle Accademie e delle Associazioni, dei requisiti indispensabili per un loro eventuale “riconoscimento” e dei criteri per la valutazione dei corsi di addestramento e/o aggiornamento, a qualsiasi livello svolti, dedicati alle pratiche non convenzionali;

-Visto il Progetto di Legge n° C3891 approvato dalla Commissione Affari sociali della Camera nel gennaio 2001, che riconosce il principio del pluralismo scientifico, individua le medicine non convenzionali riconosciute, istituisce dei registri di medici esperti presso gli Ordini, istituisce una Commissione permanente, definisce i criteri formativi e regola i medicinali non convenzionali;

-Visti gli articoli 12 e 13 del vigente Codice Deontologico, che obbligano il medico ad utilizzare farmaci “supportati da adeguata sperimentazione e documentazione clinico-scientifica”, ma che altresì lasciano al medico stesso la responsabilità della utilizzazione di pratiche non convenzionali, fermo restando l’obbligo di acquisizione del consenso informato”;

-Vista l’ Ordinanza n°460/98 della Corte Costituzionale che non legittima l’utilizzo, a fini di pubblicità sanitaria, di dichiarazioni facenti capo alle pratiche non convenzionali le quali non rientrano in alcuna disciplina prevista nell’ordinamento didattico universitario;

-Constatato che esistono, da parte di Società Scientifiche ed Associazioni Professionali, diverse valutazioni sulla validità delle “medicine non convenzionali”;

-Preso atto, ad esempio, del Documento della S.I.M.I. (Società Italiana di Medicina Interna) sulle medicine alternative in cui si legge che il fenomeno della diffusione di dette pratiche ha cause diverse che vanno da un reale deterioramento del rapporto medico-paziente, alla pleora medica, fino ai mutamenti culturali ostili alla scienza moderna che si sono verificati nella nostra società negli ultimi anni e, inoltre, che le dottrine e le pratiche diagnostico - terapeutiche che sono solitamente raccolte sotto l’espressione “Medicine Alternative”, al di là di ogni considerazione sui loro fondamenti scientifici, ignorano di fatto le conoscenze più consolidate delle scienze biomediche, dall’anatomia e dalla microbiologia fino alla farmacologia e alla fisiopatologia, ed appaiono prive di ogni fondamento razionale e potendo, nei casi meno gravi, qualificarsi al massimo come pratiche empiriche, esse appartengono al regno della proto- o della pseudo-scienza, piuttosto che a quello della scienza autentica, alla quale sono legate solo dall’ effetto placebo;

-Preso atto, invece, della lettera inviataci dalla F.I.A.M.O. (Federazione Italiana delle Associazioni e dei Medici Omeopati) con la quale, pur sentendo nei suoi confronti un clima sfavorevole e di censura, oltretutto di estrema incertezza e confusione, ribadisce che l’unico sistema che permetterebbe di limitare l’espansione incontrollata delle medicine non convenzionali e di mantenerle sotto il controllo delle Istituzioni Ordinistiche è la loro regolamentazione severa, tempestiva ed uniforme a tutti gli Ordini, e propone delle linee guida dettagliate ad hoc;

-Constatato che i vari Ordini hanno assunto atteggiamenti notevolmente divergenti, alcuni hanno interpretato in maniera estensiva le direttive della FNOMCeO istituendo dei veri e propri registri collegati con gli Albi fissando dei requisiti circa i titoli posseduti, altri hanno preferito attendere disposizioni legislative più precise ed univoche limitandosi ad effettuare un censimento tra i propri Iscritti, mentre la maggioranza non si è ancora pronunciata in alcun modo sull’argomento;

-Ritenuto opportuno, nell'imminenza dell'emanazione di disposizioni di legge che regolino il settore e riconoscano i titoli di studio abilitanti all'esercizio di tali "medicine", procedere ad una ricognizione di tali pratiche tra gli Iscritti e riservarsi di assumere ulteriori decisioni in tempi successivi;

#### **Delibera**

-di procedere ad una ricognizione dell'esercizio delle "medicine non convenzionali" tra i propri Iscritti mediante questionari o altre forme di rilevazione, da diffondere utilizzando i mezzi di comunicazione a disposizione, anche sulla base delle esperienze acquisite in materia da altri Ordini;

-di rafforzare, nel contempo, l'azione di vigilanza per combattere l'esercizio abusivo e quella di informazione nei confronti dei cittadini circa la esclusività dell'esercizio di tali pratiche diagnostico-terapeutiche da parte della classe medica.

L'Ordine ha ritenuto di assumere con questa delibera una posizione di equilibrio sul problema delle medicine non convenzionali; posizione che, da una parte, rispetta la normativa vigente; dall'altra, offre la possibilità agli iscritti di rendere manifesto, senza timori, l'eventuale esercizio di pratiche diagnostiche e terapeutiche non insegnate nel corso di laurea, ma acquisite successivamente con impegno di studio e condotte con il dovuto scrupolo professionale, in attesa di un riconoscimento di tale esercizio e dei titoli di studio da parte dello Stato. L'Ordine è, comunque, disponibile ad esaminare ulteriori contributi da parte dei cultori riguardo a questa dibattuta problematica. Uno speciale ringraziamento va al collega Pier Francesco Russo per l'opera di approfondimento e sistematizzazione della materia; in tal modo ha permesso a tutti i consiglieri di decidere con cognizione di causa su un argomento tanto complesso.





Un problema che riguarda un gran numero di colleghi

## **AGGIORNAMENTO DELLE TARIFFE MINIME LIBERO PROFESSIONALI PER MEDICI OPERANTI PRESSO DITTE DI TRASPORTO INFERMI**

### **Decisione del Consiglio Direttivo del 31.03.2001**

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine ha adottato, all'unanimità, la seguente delibera, di cui riportiamo, integralmente, le parti essenziali.

- Ascoltata la relazione del dott. Righetti che ha illustrato la decisione di cui all'oggetto;
- Introdotte le eventuali modifiche al testo proposto;
- Visto che il Consiglio Direttivo, nella adunanza del 13.03.2001, ha accolto favorevolmente la proposta avanzata con nota del 13.03.2001 dal dott. Giuseppe Pietrantoni, in rappresentanza di alcuni medici, di aggiornamento delle tariffe minime per i medici operanti in attività libero professionale con rapporto di lavoro autonomo presso le ditte trasporto infermi, finora fissato in £. 30.000 lorde l'ora per la "guardia medica" resa in orario notturno e festivo, e in £ 20.000 lorde l'ora per la "guardia medica" resa in orario diurno;
- Considerato che questo Ordine aveva già stabilito, con deliberazione n.03/96 dell'11.04.1996 la tariffa minima per tale tipo di prestazioni e che occorre, quindi, recepire la decisione del Consiglio Direttivo con atto deliberativo;
- Visto il D.P.R. 17 febbraio 1992 "Approvazione della tariffa minima degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche ed odontoiatriche",

#### **Delibera**

-di aggiornare la tariffa minima per i medici operanti in attività libero professionale con rapporto di lavoro autonomo presso le ditte trasporto infermi in £ 43.500 lorde l'ora per la "guardia medica" resa in orario notturno e festivo, e in £ 31.500 lorde l'ora per la "guardia medica" resa in orario diurno, ambedue comprensive delle prestazioni eventualmente rese durante il servizio.

L'Ordine ritiene di aver contribuito, con questa decisione, al recupero, sotto il profilo economico, del decoro professionale in questo settore, in cui lavorano numerosi giovani e meno giovani colleghi. Qualora il minimo tariffario, come sembra, sarà introdotto come requisito da rispettare nella convenzione con le ditte che curano il trasporto degli infermi, questa delibera non avrà solo un valore deontologico ma anche di vincolo contrattuale a tutela dell'attività dei colleghi; nel contempo, riteniamo di aver rafforzato il ruolo dell'Ordine.

## **INVIATE IL VOSTRO INDIRIZZO E-MAIL ALL'ORDINE**

Tutti i colleghi che non avessero ancora inviato il proprio indirizzo e-mail all'Ordine sono pregati di farlo. Sono invitati a fare altrettanto coloro che avessero cambiato l'indirizzo o che siano in fase di *informatizzazione*.

In tal modo sarà possibile avere più facile contatto con l'Ordine. E' allo studio, inoltre, la realizzazione di mailing-list per la diffusione a tutti di notizie di carattere generale, nonché di programmazione di congressi, elaborati, articoli giornalistici significativi, ecc.

L'indirizzo va, ovviamente, comunicato tramite l'indirizzo e-mail dell'Ordine:

**ordine.medici.latina@iol.it**

## TESI DI LAUREA A DISPOSIZIONE

Il collega **Giuseppe Sepe** di Fondi, laureatosi recentemente in Odontoiatria e Protesi Dentaria, autorizza la consultazione, a scopo scientifico e culturale, della seguente sua tesi di laurea, depositata presso la sede dell'Ordine:

### *LA PERIMPLANTITE*

E-mail dell'autore: [giuseppesepe@tiscalinet.it](mailto:giuseppesepe@tiscalinet.it).

Come già scritto, l'Ordine ha una buona collezione di tesi di laurea, i cui argomenti possono essere molto interessanti per tutti. Si invitano, ancora una volta, i neo-laureati, che hanno già depositato la tesi presso la sede dell'Ordine, a seguire l'esempio di Giuseppe Sepe, autorizzandoci a diffondere il titolo e a permetterne la consultazione. Chi non avesse ancora depositato la tesi è invitato a farlo, allegando la stessa autorizzazione.



## INDENNITÀ DI FINE RAPPORTO ENPAM

Una comunicazione di **Ezio Cotrozzi**, Presidente dell'Ordine di Vicenza

“L'11 novembre 1998 è stata depositata la sentenza n. 5 del 10/01/1998 della Commissione Tributaria Provinciale di Vicenza - Sezione n. 1, la quale ha accolto il ricorso predisposto dal Rag. Gilberto Baldinato, Direttore dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Vicenza, per conto di un medico di medicina generale della provincia, dichiarando non assoggettabile ad imposta l'anticipo dell'indennità di fine rapporto (acconto) dell'ENPAM corrispondente alla percentuale di contribuzione obbligatoria posta a carico del ricorrente. A seguito di tale sentenza il Centro Servizi delle Imposte Dirette di Venezia ha rimborsato al medico la somma di £. 14.187.000.

Il 19 ottobre 2000 è stata depositata la sentenza n. 498/03100 emessa il 26/09/2000 dalla Commissione Tributaria Provinciale di Vicenza - Sezione n. 3, la quale ha accolto il secondo ricorso predisposto sempre dal Rag. Baldinato per conto dello stesso medico e riguardante l'indennità di fine rapporto a seguito di cessazione del rapporto con gli enti mutualistici”.



## CONTRIBUZIONE ENPAM

Dal riepilogo della situazione dei versamenti ENPAM alla data 17/11/2000, reso noto dall'ente, si rileva che esistono dei versamenti effettuati ai fondi spe-

ciali negli anni 1999 e precedenti non accompagnati da relative distinte.

Alcune somme versate potrebbero quindi non essere state attribuite al medico di competenza.

Si invitano i medici interessati a controllare la propria posizione contributiva tramite le cedole riepilogative annuali in possesso di ognuno o, nel caso di necessità, chiedendo una visura delle contribuzioni mensili mancanti all'EN-PAM (ufficio posizioni contributive: tel. 06/48294905).



### ABROGATE LE MARCHE ENPAM

La FNOMCeO, con circolare del 6 febbraio 2001 comunica che la legge 23 dicembre 2000 n. 388 concernente "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (cosiddetta finanziaria)" all'art. 145, comma 65 prevede: «E' abrogato l'art. 11 della legge 2 febbraio 1963 n. 244»

Detto articolo stabiliva: "Per i certificati che non siano, ai sensi di legge, rilasciati gratuitamente, il richiedente è tenuto a versare, oltre all'onorario stabilito per la visita o la prestazione chirurgica, l'importo di £. 500 per l'applicazione sul certificato, a cura del medico, di "una marca di previdenza di uguale valore".

Dall'1 gennaio 2001, pertanto, sui certificati, siano essi rilasciati gratuitamente o a pagamento, non si deve applicare la cosiddetta marca ENPAM.

...era ora!  
A.C.



### COMUNICATO STAMPA DEL FONDO ASSISTENZA INTEGRATIVA PER I MEDICI

Con una formula del tutto innovativa il FAIM (Fondo di Assistenza Integrativa per i Medici) ha inteso rinnovare le prestazioni in favore dei suoi Associati, in particolare verso quei medici che svolgono la loro attività professionale in uno studio privato, al fine di sopperire ai disagi causati da una forzata impossibilità lavorativa.

Il Fondo eroga ai propri Associati una indennità di lire 500.000 per ogni giorno di ricovero reso necessario a seguito di un infortunio, sia in una struttura sanitaria pubblica che privata, mentre, in caso di applicazione di una gessatura che non comporti ricovero, l'indennità erogata è di lire 250.000 per ogni giorno.

La quota associativa annuale è di lire 380.000; le prestazioni erogate dal FAIM sono garantite dal Gruppo assicurativo Winterthur.

Il FAIM è una organizzazione *no-profit* costituitasi il 30 giugno 1988 innanzi al Notaio Marco Cordero di Montezemolo ed ha al suo attivo numerose altre iniziative. Per iscriversi è sufficiente consultare il sito Internet [www.faimed.it](http://www.faimed.it), o chiamare il numero verde 800-881528

Anche a Latina una associazione  
tra pazienti in terapia anticoagulante orale

## ASSOCIAZIONE ITALIANA PAZIENTI ANTICOAGULATI Importantissimi gli scopi e le finalità

di

**Franco Masi**

Presidente della Sezione A.I.P.A. di Latina

Il 12 Giugno 2000 abbiamo costituito in Latina la Sezione A.I.P.A. (Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati) aderente alla FEDER-A.I.P.A. Le finalità dell'Associazione sono quelle di migliorare la qualità della vita delle persone che per varie patologie sono costrette, chi per brevi periodi e chi per sempre, ad assumere farmaci anticoagulanti orali, previo periodico controllo ematologico del trombo-test con il metodo I.N.R.

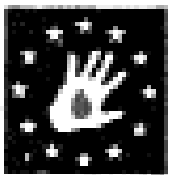
Il nostro protocollo prevede che il medico abbia un colloquio con il paziente prima che inizi la T.A.O., al fine di fornirgli informazioni importanti e chiare in modo articolato e comprensibile gli aspetti più rilevanti della condotta da tenere. In particolare, devono essere illustrate le finalità generali del trattamento con farmaci anticoagulanti, il loro meccanismo d'azione ed i rischi con-

nessi con tale terapia, che permetterà di ottenere un ragionevole compromesso fra due obiettivi contrastanti: la massima protezione possibile dagli incidenti tromboembolici con il minimo rischio di emorragie. Successivamente continuiamo ad assistere i nostri iscritti nella condotta pratica di questi trattamenti che impongono particolari attenzioni ed una informata collaborazione fra il paziente, il medico di medicina generale, lo specialista (responsa-

bili della terapia) ed il patologo clinico, che deve eseguire i *test* di controllo. Questa integrazione è meglio ottenuta in Centri Specializzati, che si occupano, appunto, del trattamento delle condizioni tromboemboliche (o, più generalmente, della patologia dell'emostasi), una realtà che non è però la regola nel nostro Paese come in vari altri. I 222 *Centri di Sorveglianza F.C.S.A.* italiani, sorti volontariamente per merito di alcuni medici sensibili alle problematiche della coagulazione, non possono risolvere il problema, ma riescono solo, a mala pena, a tamponarlo.

L'A.I.P.A. di Latina vuole essere vicino il più possibile alle esigenze del paziente anticoagulato, guidare i pazienti nell'impatto traumatico con la terapia anticoagulante cronica, offrire la necessaria cultura sanitaria, per una migliore riuscita della terapia stessa, anche precisando le interferenze farmacologiche, alimentari e psicologiche.

L'A.I.P.A. di Latina, inoltre, vuole farsi portavoce delle necessità di una particolare categoria di pazienti, affetti da stati trombofilici, nei confronti delle strutture mediche, affinché, sempre più sensibilizzate al "problema", si preoccupino di migliorare, attraverso i Centri di Sorveglianza, la qualità del servizio nei confronti di questa particolare categoria di pazienti a rischio, anche inse-



**ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PAZIENTI  
ANTICOAGULATI**

rendo, nella *routine* dei controlli, periodiche visite cardiologiche, angiologiche, urologiche. L'A.I.P.A., infine, chiede la massima collaborazione dei medici di medicina generale e di tutti gli specialisti che si occupano di questi pazienti.

La sede della nostra sezione è in via Piemonte, 22 - 04100 Latina.

Possiamo, inoltre, essere contattati ai seguenti numeri telefonici:

- 0773/645770 - Presidente

- 0773/484717 - Fax Segretario

Gli anticoagulati sono dei pazienti particolari, che necessitano di cure specifiche, anche perché, in genere, affetti da patologie multiple. Per tali motivi il Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità, con decreto del primo febbraio u.s., ha istituito nel suo seno una commissione apposita, che “proponga Linee Guida indirizzate ai centri di Sorveglianza, agli ospedali, ai presidi ed agli operatori che dovrebbero dare indicazioni sugli interventi efficaci ed organici volti all’assistenza ed al trattamento dei soggetti malati in modo da perseguire, fra gli altri, obiettivi di equità nonché di razionalizzazione delle risorse e di riqualificazione professionale degli operatori nell’ambito di una più razionale organizzazione dell’attività di sorveglianza dei pazienti in terapia anticoagulante”.



### **COSTITUITA IN PROVINCIA DI LATINA LA SEZIONE *FEDERSPEV***

La *Federspev* è la *Federazione Sanitari in Pensione e Vedove*. Da circa un anno è stata costituita la sezione della Provincia di Latina, di cui è presidente il collega Angelo Giorni di Sezze.

Lo scopo della *Federspev*, di cui l'*ONAO SI* si può considerare una derivazione, è quello di assistere i colleghi medici in pensione, nonché i loro figli e le vedove.

Per qualsiasi informazione si può telefonare al collega Angelo Giorgi (0773/88167 – 0773/804231).

## ATTIVAZIONE DEL SITO WEB DELLA *FIMMG LATINA*

Comunico che la *FIMMG Latina* ha attivato il seguente sito web all'indirizzo <http://latina@fimmg.org>, la cui e-mail è [latina@fimmg.org](mailto:latina@fimmg.org). Esso, aggiornato quotidianamente, vuole diventare il sito di riferimento per i medici di medicina generale della nostra provincia; è anche disponibile per ospitare avvisi e comunicati dell'Ordine e delle varie associazioni mediche del nostro territorio.

Giancarmine Russo  
Medico di Medicina Generale - Aprilia  
Segreteria Organizzativa *FIMMG LATINA*



## DIACONIA MEDICA MISSIONARIA

### Sanitari Cattolici al servizio di Cristo

**D**iaconia Medica Missionaria è il Movimento in cui si raccolgono quanti, tra gli Operatori Sanitari, intendono conformare al Vangelo la propria attività professionale e improntare l'esistenza sull'esempio di Cristo, che "non è venuto per i sani, ma per i malati" e "... non per essere servito, ma per servire". Non si tratta di un'associazione, nè di un'opera di volontariato: Diaconia Medica Missionaria è un *riferimento individuale e personale* di ideali cristiani e di va-

lori spirituali da assumere ogni giorno come forza ispiratrice della propria attività.

Diaconia Medica Missionaria non è un impegno economico e non comporta obblighi di comunità.

E' un'opportunità di incontro, nata in risposta alle peculiari esigenze degli Operatori Sanitari, per la riscoperta della *spiritualità* nella vocazione sanitaria al "sollevio della Sofferenza". E' un impegno di vita nei confronti di se stessi, a favore di chi è *realmente* bisognoso.

Diaconia Medica Missionaria significa *assumere la preparazione interiore* per affrontare un impegno cristiano a favore di coloro che entrano quotidianamente in contatto con la professione sanitaria (svolta da medici, biologi, odontoiatri, farmacisti, infermieri, paramedici, ausiliari, amministrativi, volontari, religiosi/e, ecc.) e per prestare un soccorso spirituale costruttivo a complemento della normale attività di lavoro. Significa *saper riconoscere* e affrontare con serenità e preparazione



le situazioni di bisogno spirituale, ove si può intervenire anche con un discorso di Fede, in particolare in malati gravi o terminali. Significa *saper rispondere* nella semplicità evangelica a quesiti essenziali sull'esistenza del male, del dolore, della morte,

infondendo *sollievo alla sofferenza* (anche secondo gli insegnamenti spirituali di Padre Pio) e *seminando la Parola di Dio*.

Significa assumere in sè la *consapevolezza profonda* che esiste una risposta alla ricerca del "senso della vita" e che questa può trovarsi con certezza nel cammino spirituale di unione con Dio.

Per conoscere le finalità del Movimento sono previsti incontri preliminari di *presentazione* a cura di un

sanitario coordinatore.

Gli incontri di formazione spirituale e di *condivisione* di fede si svolgono il primo sabato del mese presso il Santuario della Madonna del Divino Amore in Roma. Il coordinamento delle attività è guidato da S.E. Mons. A.Brambilla.

Gli *incontri di presentazione* sono aperti durante l'anno a tutti coloro che desiderano assumere informazioni. Tali incontri, personali o di gruppo, sono quindi finalizzati alla presentazione del Movimento e all'approfondimento dei suoi contenuti ideali. *Il cammino di formazione spirituale* si alimenta di incontri periodici mensili (il primo sabato del mese alle ore 16) presso il *Santuario della Madonna del Divino Amore*. Tali incontri mensili, aperti alle famiglie, non hanno finalità "catechistiche", ma sono impostati sulla *condivisione interattiva* del patrimonio di esperienza e di Fede tra i partecipanti e il sanitario moderatore. Le aspettative religiose sono curate da un sacerdote impegnato in campo sanitario. La formazione è articolata in un periodo di tre anni, coordinata da un sanitario moderatore, sotto la guida di S.E. Mons. A.Brambilla.

Sono anche previsti alcuni brevi soggiorni, definiti "pause di riflessione e di riposo spirituale", presso strutture di accoglienza situate in luoghi ritirati e di particolare bellezza naturale. Lo scopo è di favorire la meditazione e la pace dell'animo attraverso un temporaneo distacco dagli impegni quotidiani.

E' molto gradita la partecipazione delle famiglie, per le quali sarà disponibile, a richiesta, un servizio di



custodia e intrattenimento dei bambini.

Informazioni più dettagliate (anche sulle date degli incontri di pre-

sentazione) potranno aversi prendendo contatto agli indirizzi e numeri telefonici riportati di seguito.

Santuario Madonna del Divino Amore - via Ardeatina Km.12  
00134 ROMA

Tel. (06) 71353303/2 E-mail: donpa@pronet.it

**dott. Duilio Bagnarelli**

Tel. (06) 5297243/295149/50914831 - fax 270968

E-mail: doc.dewey@libero.it

PER INFORMAZIONI

**Dott. Aldo Pastore**

Consigliere dell'Ordine - Medico di Medicina Generale di Aprilia

E-mail: aldo.ma@tiscalinet.it - Tel.06/92708557



L'Associazione Italiana Donne Medico di Latina  
L'Associazione Amici di Maria Grazia

Organizzano

con la promozione dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Latina



**"Camici Bianchi in Palcoscenico"**

# Spettacolo Teatrale di beneficenza

*in favore dell'Opera Missionaria  
di Maria Grazia Buggiani*

**Domènica 20 Maggio 2001 - Ore 18.00**

**Teatro Comunale di Latina**