

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E ODONTOIATRI
DI NAPOLI E PROVINCIA



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E ODONTOIATRI
DI NAPOLI E PROVINCIA



**Etica e bioetica,
il ruolo
del medico**

PRIME PAGINE

Cura di riabilitazione, il ruolo
del medico e della famiglia

OPINIONI

Qualità civile,
norme in rodaggio

CONTRO

L'ordine dei medici
e la nuova medicina



WWW.ORDINEMEDICINAPOLI.IT

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DI NAPOLI E PROVINCIA

Etica e bioetica, il ruolo del medico

PRIMO PIANO
Crisi rifiuti, riecco i medici sentinella

OPINIONI
Invalidità civile, norme in rodaggio

NEWS
Arresto cardiaco, norme in rodaggio

www.ordinechirurginapoli.it

EDITORIALE

Bioetica e Deontologia: un ponte tra medici e cittadini 4

PRIMO PIANO
Etica ed economia, la sanità del futuro 6
Per una nuova cultura della prevenzione primaria

Fecundazione in vitro: quale etica? 8
Nuove norme nel segno del pluralismo morale condiviso

Comitati etici, plusvalore da definire 9
Asl Napoli 1 Centro: la centralità dell'assistenza etica

Le incognite del sì consapevole 11
Il consenso "informato" e i diritti del paziente

Terapia del dolore: ricucire la rete 13
La sfida etica e la "nuova" assistenza secondo la legge 38/2010

PRIMO PIANO /2
Crisi rifiuti, riecco i medici sentinella 15
Patto a due tra Ordine e Regione: decolla l'Osservatorio

Rifiuti, parte il Sistema Visari 16
Sindromi infettive acute sotto massima sorveglianza

OPINIONI
Invalidità civile, norme in rodaggio 17
I medici e la nuova disciplina. Ridefinire la "mission"

Donne medico, svolta da costruire 18
In un convegno il consuntivo sulle pari opportunità

I problemi della libera scelta 19
Arduo conciliare autodeterminazione e dovere terapeutico

RIFLETTORI
Officina Cochrane difende i malati 20
Una società scientifica internazionale detta le priorità

Malattie rare e medici di famiglia 21
L'importanza della formazione e dell'approccio umano

ODONTOIATRIA
Dentisti a scuola di marketing 22
Le linee guida per stilare un corretto "business plan"

CULTURA
L'arte del comizio 24
Regole, segreti e tecniche della "nuova" retorica

L'inventore della moderna odontoiatria 25
In un libro la storia brillante di Vincenzo Guerini

NEWS
Arresto cardiaco e defibrillazione 26
Convegno Ecm 14 gennaio 2011

Essere medico nel tempo del web 28
Convegno Ecm 18 gennaio 2011

Anziano fragile: anziano abbandonato? 30
Convegno Ecm 1° febbraio 2011

Medici, il successo oltre Napoli 32
Prestigioso riconoscimento a Buccafusca, Giordano e Tessitore

Migliorare il sorriso dei bambini 33
Il corso Sido ha dettato le linee guida da seguire

Scuola avanzata Siumb 34
Corso su "Ecocolor-Doppler e mezzi di contrasto ecografici"

Ricordiamoli insieme 34



ETICA ED ECONOMIA: ECCO LA SANITÀ DEL FUTURO

Per una nuova cultura della prevenzione primaria

Diana Costabile
Direttore Medica ASL Napoli 1 Centro e Presidente della Commissione di Bioetica OMCeO Napoli

Gravità delle problematiche non si gioca che affacciando le spalle, ma con la volontà di affrontare il problema. Insieme a una cultura della prevenzione, è necessario un cambiamento culturale, che coinvolga tutti i livelli della società. In questo senso, la prevenzione è un'attività che ha un ruolo fondamentale nel sistema sanitario. È importante che il sistema sanitario sia in grado di rispondere alle esigenze della popolazione, in modo da garantire la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti.

In questa cornice, è di vitale importanza il ruolo del medico, che deve essere in grado di fornire al paziente un'assistenza di qualità, basata su una cultura della prevenzione primaria. È importante che il sistema sanitario sia in grado di rispondere alle esigenze della popolazione, in modo da garantire la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti.

OPINIONI
Donne medico: svolta da costruire

In un convegno il consuntivo sulle pari opportunità

Sandra Frolo
Odontologa - Capogruppo Commissione Pari Opportunità

Tempo libero? a dirlo è difficile, ma un rapporto più flessibile, più collaborativo, meno gerarchico, è sicuramente un obiettivo da perseguire. È importante che il sistema sanitario sia in grado di rispondere alle esigenze della popolazione, in modo da garantire la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti.

Il convegno "Donne medico: svolta da costruire" è un'occasione importante per discutere delle problematiche che riguardano le donne medico e per individuare le strategie da adottare per migliorare la loro situazione. È importante che il sistema sanitario sia in grado di rispondere alle esigenze della popolazione, in modo da garantire la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti.



CULTURA
L'ARTE DEL COMIZIO

Come sono cambiate le tecniche per captare il consenso altrui. Dalla retorica tribunizia alle baruffe neolitiche fino al Grande Fratello

Francesco Iodice
Autore di "L'Arte del Comizio"

Il comizio è un'arte che ha attraversato le epoche e le culture. È un'attività che richiede una grande padronanza delle tecniche di comunicazione e una profonda conoscenza della psicologia del gruppo. In questo senso, il comizio è un'attività che ha un ruolo fondamentale nel sistema politico e sociale.

Il libro "L'Arte del Comizio" di Francesco Iodice è un'opera che esplora le tecniche di comunicazione utilizzate dai grandi oratori di tutti i tempi. È un'opera che è di grande interesse per chi vuole migliorare le proprie capacità di comunicazione e per chi vuole comprendere meglio il funzionamento del sistema politico e sociale.





Bioetica e Deontologia: un ponte tra medici e cittadini

Gabriele Peperoni
Presidente OMCeO - Napoli

Capita spesso di incontrarsi tra colleghi e parlare di problemi che possono riguardare gli aspetti più disparati della professione: l'organizzazione del lavoro, la complessità della comunicazione con i pazienti, il tipo di tecnica da scegliere per quel determinato tipo di intervento o magari la terapia da effettuare per quella particolare patologia. Ebbene non tutti si rendono conto che si sta trattando anche di temi bioetici. L'argomento è sicuramente tra quelli oggi più complessi attinenti alla nostra professione, probabilmente ciò avviene anche perché l'Università, negli anni passati, non ci ha preparato adeguatamente a riflettere sui temi che ad esso afferiscono. La riflessione è ancor più difficile perché attraverso la bioetica si esplorano settori del proprio intimo sentire che non sempre riusciamo ad esprimere, e forse neanche a cogliere, in quegli atti che quotidianamente svolgiamo nella nostra attività professionale. Per meglio intendersi bisognerebbe dare una definizione condivisa di bioetica, ma prima ancora definire l'etica. Quella più comunemente accettata intende l'etica (dal greco antico "èthos": comportamento, costume, consuetudine) come una branca della filosofia che studia i fondamenti oggettivi e razionali che permettono di distinguere i comportamenti umani in buoni, giusti, o moralmente leciti, rispetto ai comportamenti ritenuti cattivi o moralmente inappropriati. L'etica può anche essere definita come la ricerca di uno o più criteri che consentano all'individuo di gestire

adeguatamente la propria libertà nel rispetto degli altri. In tale accezione viene spesso considerata sinonimo di filosofia morale: in quest'ottica essa ha come oggetto i valori morali che determinano il comportamento dell'uomo. "Il primo passo nell'evoluzione dell'etica è un senso di solidarietà con altri esseri umani" (Albert Schweitzer, Premio Nobel per la pace 1952). L'esercizio della Medicina deve coltivare il rispetto di condizioni e di premesse essenziali per una Professione cui afferisce l'ambito delicatissimo dei diritti individuali e collettivi, costituzionalmente garantiti, quali quello della salute. Ne deriva l'esigenza di un corretto sapere, di un adeguato operare medico secondo regole di condotta ispirate all'etica medica ovvero rispettose dei diritti fondamentali della vita, della salute, della libertà, della dignità dell'uomo. Il termine Bioetica, usato per la prima volta nel 1970 dall'oncologo Van R. Potter, autore del libro *Bioethics: Bridge to the future*, indica la riflessione etica sui vari problemi che gli interventi dell'uomo in campo medico e biologico sollevano al fine di valutare i loro presupposti e le loro implicazioni, traendone direttive per una regolazione delle attività sociali e degli interessi coinvolti. Ancora oggi resta confermata la visione ampia con cui il neologismo è stato

proposto, ormai quarant'anni fa. La bioetica si è ulteriormente estesa fino ad includere i problemi sociali, ambientali, e globali della salute e delle scienze della vita. I principi fondamentali in ambito biomedico ovvero i principi guida morali del comportamento delle professioni sanitarie sono: la beneficiabilità/non maleficienza, la libertà/autodeterminazione, l'equità/giustizia. L'esigenza culturale e civile di una riflessione morale, condivisa, sulla materia nasce dalla constatazione dell'inadeguatezza del bagaglio culturale dell'etica tradizionale. In particolare le terribili rivelazioni al processo di Norimberga sulle sperimentazioni in forma di estrema crudeltà perpetuate sull'uomo, durante la seconda guerra mondiale, e l'uso della ricerca scientifica per scopi politici determinò sotto il nome di Codice di Norimberga la prima codificazione internazionale di regole sui diritti umani. Successivamente il 4 aprile 1997 viene firmata a Oviedo la "Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina" (Convenzione sui diritti umani e sulla biomedicina) che è entrata in vigore il 1 dicembre 1999. Il Parlamento italiano ha approvato la legge di ratifica della Convenzione che è stata promulgata il 28 marzo 2001, tuttavia ancora oggi non sono stati adottati i decreti legislativi occorrenti per l'adattamento dell'ordinamento giuridico italiano ai principi e alle norme della



Convenzione.
Il tentativo di
costruire un'
etica europea,
attraverso

l'individuazione di punti comuni in materia bioetica, costituisce uno degli aspetti principali della Convenzione di Oviedo. Difficoltà si sono incontrate nel raggiungere una condivisione tra i diversi Paesi europei su questioni coinvolgenti, valori etici, religiosi e culturali. La Convenzione consta di XIV capitoli che si articolano sui temi fondamentali di: consenso (cap. II), vita privata e diritto all'informazione (cap. III), genoma umano (cap. IV), ricerca scientifica (cap. V), prelievo di organi e tessuti da donatori viventi a fini di trapianto (cap. VI), divieto di profitto dall'impiego di qualunque parte del corpo umano (cap. VII). Ovviamente il passaggio dalla bioetica alla deontologia è breve. La deontologia medica rappresenta, infatti, l'insieme delle norme riguardanti i doveri del medico nei suoi rapporti con le autorità, con i cittadini, con i colleghi. La normazione deontologica si va plasmando in coerenza con il divenire del rapporto tra medicina e società e tra medico e cittadino. L'obiettivo è l'armonia tra due essenziali

autonomie: quella del medico e quella del paziente. La frequente insufficienza del diritto a disciplinare le relazioni interpersonali a valenza sociale, quali appunto le relazioni terapeutiche, rafforza la valenza della funzione disciplinare affidata agli Ordini professionali, funzione che si esplica nella elaborazione del Codice di Deontologia Medica. Troverete nelle prossime pagine numerosi articoli per approfondire la tematica ma, alla luce dell'indubbio interesse che la materia suscita, sicuramente torneremo sul tema.

In questo numero, che vi arriverà durante il periodo delle festività natalizie, avrei fatto volentieri a meno di parlare di rifiuti, tuttavia il Consiglio dell'Ordine ha ritenuto intervenire sugli aspetti sanitari derivanti dall'abbandono di tonnellate di spazzatura nelle strade della provincia. Il nostro compito non è minimizzare, come forse qualcuno avrebbe voluto, ma neppure allarmare i cittadini. La funzione che abbiamo svolto, con serenità e determinazione, è stata, e sarà ogni qualvolta che il problema potrebbe ripresentarsi, quella di analizzare i fatti e di creare a tal fine un sistema di vigilanza delle patologie acute infettive. Durante la riunione tenuta all'Ordine con la Commissione Ambiente e Salute, ai cui componenti si rivolge il mio pubblico ringraziamento per il valido lavoro svolto, si è convenuto di non abbassare la guardia anche per quanto riguarda il problema degli impianti di stoccaggio e trattamento. Sarà difficile ma ci proveremo, il fine ultimo è quello di dare una risposta ai cittadini già troppo angustiati dai mille problemi che il nostro territorio vive.

Quest'anno più che mai porgo un augurio convinto di buon Natale a tutti voi e alle vostre famiglie, con la speranza che il 2011 non ci riproponga le stesse vicissitudini.

Bollettino Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli e Provincia

Fondato nel 1913 - Anno 80 - n. 8
Dicembre 2010

Direttore

Gabriele Peperoni

Direttore Responsabile

Antonio Di Bellucci

Coordinamento redazionale

Umberto Zito

Comitato di Redazione

Silvestro Canonico
Angelo Castaldo
Francesco Saverio D'Ascoli
Antonio De Rosa
Ottavio Delfino
Giuseppe Galano
Gregorio Laino
Fabio Lucchetti
Roberto Martina
Santo Monastra
Andrea Montella
Mauro Muto
Gaetano Piccinocchi
Vincenzo Schiavo
Silvestro Scotti
Luigi Sodano
Giuseppe Tortoriello
Fulvio Turrà
Giannamaria Vallefucio
Francesco Verde
Gennaro Volpe
Bruno Zuccarelli

Segreteria di redazione

Raffaele Di Lorenzo

Responsabile comunicazione e relazioni esterne

Antonio Chiacchio

Progetto grafico e consulenza editoriale

AlbatrosNews - Iuppiter Group

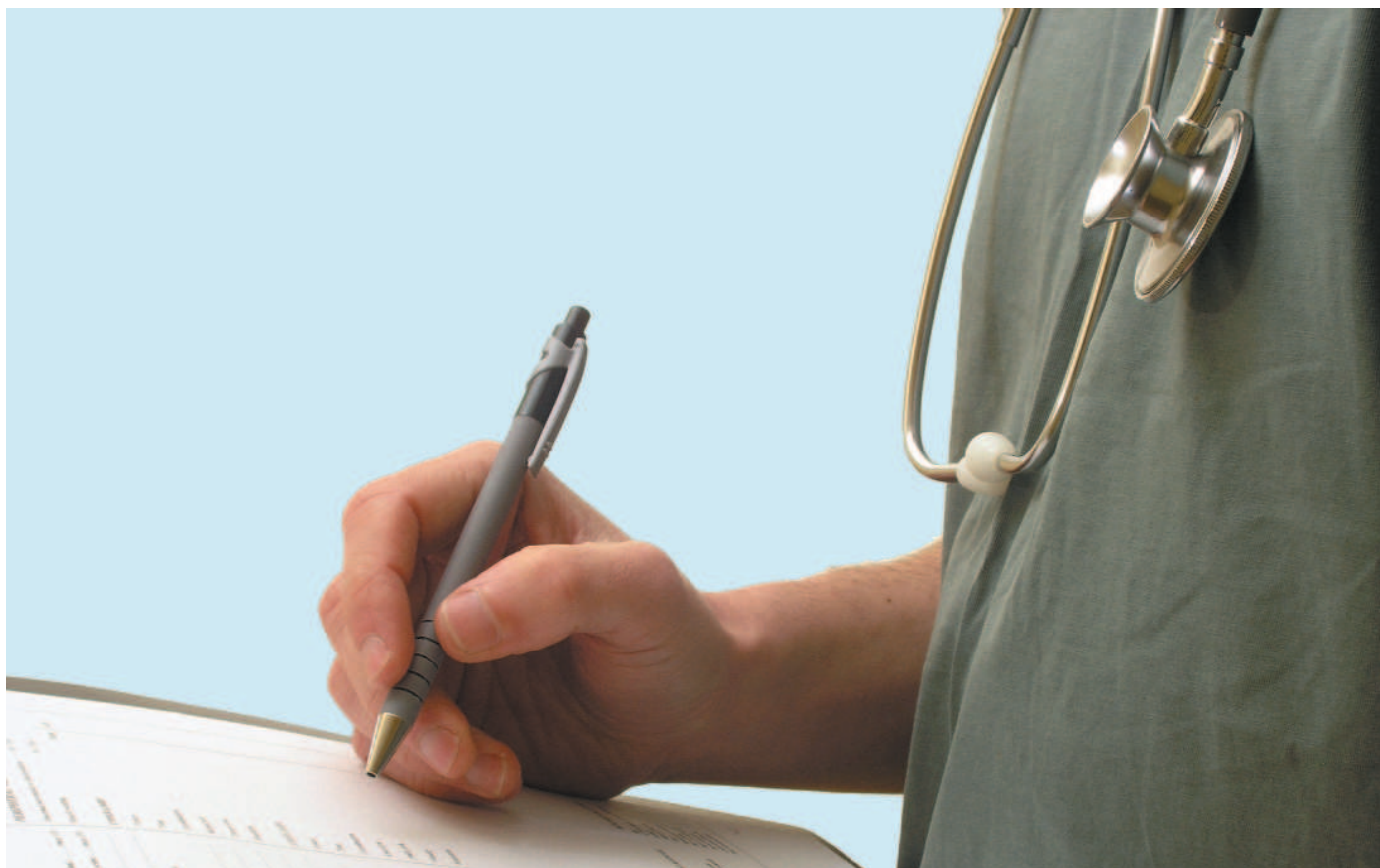
Stampa

Litografia Buonauro Srl
Via IV Novembre, 6 - Casoria (Na)

Amministrazione

Piazza Torretta, 9 - Napoli
tel. 081/660517 - 660544 - 660707

Publicazione autorizzata dalla Cancelleria
del Tribunale di Napoli n°99/1948



ETICA ED ECONOMIA: ECCO LA SANITÀ DEL FUTURO

Per una nuova cultura della prevenzione primaria

Bruno Gentile

*Dirigente Medico ASL Na Centro e
Componente della Commissione di Bioetica
OMCeO Napoli*



Credo che in premessa non si possa che affermare che sanità, intesa come salute collettiva, ed economia, intesa come regola delle risorse, siano componenti fondative di ogni società.

Da un lato il bene salute, percepito come bene comune e, in quanto tale, anche bene economico, per il quale ciascuno di noi sarebbe spontaneamente portato a rifiutare qualsiasi limitazione posta ai mezzi per salvaguardarlo, mantenerlo o ripristinarlo; dall'altro la disciplina economica dell'utilitarismo e della riduzione dei costi, che apparentemente si contrappone a tale convinzione adducendo il principio della scarsità delle risorse. In altri termini, da un lato il bene del pa-

ziente inteso come valore irrinunciabile e come indiscutibile dichiarazione di principio, dall'altro la necessità di un contenimento rigoroso, e talora cinico, della spesa sanitaria.

Va però sottolineato che la limitazione alle risorse disponibili nel settore sanitario non è imposta dall'economia ma dal fatto che le risorse in natura sono limitate, finite: ed è per questo che interviene l'economia, la disciplina che ottimizza l'uso delle risorse a disposizione, adoperando un'appropriata macro- e micro-allocazione delle stesse nel sistema delle cure della salute.

In questa funzione, e non solo, si rende manifesto il ruolo fondamentale dell'etica, come questione del bene o del giusto, dell'esigenza incondizionata (l'assoluto, la verità) rispetto alle esigenze meramente condizionate (il bisogno, la contingenza).

L'interrogativo, a questo punto, che viene sollevato

da più parti è il seguente: “ Se è possibile, come si può coniugare economia ed etica in Sanità?

L'interrogativo, come i rapporti tra etica ed economia, suscita un vivo interesse tra gli addetti ai lavori e presso l'opinione pubblica e pone le premesse di un nuovo modello di alleanza al servizio della vita da parte della medicina, dell'economia e dell'etica.

Si potrebbe, per cominciare, dire che già l'esigenza di controllare la spesa pubblica in Sanità, ottimizzando ed orientando positivamente la stessa spesa sanitaria, può legittimamente considerarsi questione meramente etica per il vantaggio, morale ancorchè pratico, procurato all'intera collettività.

L'economia può inoltre essere resa più produttiva se presta maggiore e più esplicita attenzione alle considerazioni di natura etica che influenzano il comportamento e il giudizio umani.

Lo stesso dicasi del ruolo dell'economia nell'ambito dello sviluppo della ricerca scientifica nel sistema sanitario, in considerazione non solo del valore universale attribuito alla ricerca in quanto bisogno umano della conoscenza, quanto necessariamente a una sua finalizzazione a scopi utili al benessere umano, nella sua accezione più ampia.

Va poi evidenziato, nello specifico, che la consapevolezza della scarsità delle risorse non sempre è in conflitto con l'etica professionale ma spesso ne costituisce il presupposto.

Tuttavia nella pratica medica può capitare che la esiguità delle risorse ci imponga di dover decidere se destinare ingenti somme di denaro alla realizzazione di costosi trattamenti d'avanguardia, diagnostici e terapeutici, per pochi, o per l'assistenza di base per molti.

Un esempio paradigmatico è fornito dal caso di persone portatrici di malattie rare per le quali il trattamento è spesso gravoso in termini economici senza contare la solitudine con il forte impatto socio-ambientale che esse impongono.

Sono situazioni limite che però non sono infrequenti nella pratica medica e che implicano scelte difficili in tema di etica medica, rafforzando, in tal modo, le tesi degli “incompatibilisti”, per i quali efficienza economica ed etica sono inevitabilmente in conflitto.

A suggellare tali convincimenti vi sono le analisi economiche della curva di trasformazione tra beni (CTB), che sostiene che una maggiore quantità di beni può ottenersi solo a scapito di una minore quantità di altri beni e la teoria della sostituzione tra utilità (STU), che stabilisce che un aumento nell'utilità di un gruppo di soggetti si ottiene a scapito di una diminuzione nell'utilità di altri soggetti.

Ciononostante è dagli anni '70 del XX secolo che si sviluppa una crescente insoddisfazione verso la forzata separazione tra etica ed economia.

In realtà, come sostengono i “riconciliatori” questo conflitto è più apparente che reale per varie ragioni.

L'economia infatti non è un ordinamento autonomo come il mondo naturale bensì un'istituzione creata dal-

l'uomo per l'uomo. In tal senso essa si colloca incontrovertibilmente nella dimensione dell'etica, in quanto il suo fine fondamentale, attraverso le restrizioni dettate dalla esiguità delle risorse, è il soddisfacimento dei bisogni essenziali fondamentali dell'uomo.

Pertanto, nella misura in cui si dimostrasse adeguata alle sue esigenze e a quelle dell'intera collettività, l'economia acquisirebbe di conseguenza un senso reale per l'uomo e la collettività stessi.

Nella individuazione dei bisogni da soddisfare e nella ricerca delle priorità, superando la presunta irriducibile antinomia tra individualismo e collettivismo, l'ordinamento economico interviene direttamente nelle questioni etiche con i suoi interrogativi fondamentali: che cosa e in che misura produrre? Come bisogna produrre? Per chi bisogna produrre?

In queste domande, che solo in apparenza possono essere considerate come questioni meramente economiche, si misura la valenza del binomio economia ed etica in un Pianeta Salute che privilegia l'umanizzazione della cura e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria centrata sul paziente, fortemente rilanciata dalle iniziative assunte dall'amministrazione americana a

seguito della recente riforma sanitaria di marzo 2010.

La premessa irrinunciabile per l'attuazione degli obiettivi è un'adeguata e aggiornata formazione tecnico-professionale di tutti gli operatori sanitari la cui dimensione etica deve orientare le attività di cura in considerazione del paziente come “persona”

In conclusione, economia ed etica rappresentano il binomio centrale di una Sanità moderna, articolata tra disponibilità di risorse economiche e decisioni eticamente guidate. In tale ottica, riveste una fondamentale importanza la cultura della prevenzione primaria, efficace ed equa, di grande portata etica e di altrettanto grande ricaduta economica, per il cui con-

seguimento si chiede al medico, oltre che essere un buon diagnosta ed un buon terapeuta, anche un buon pedagogo, che eserciti professionalmente una reale educazione alla salute che sia nella condizione di aiutare i pazienti ad autoeducarsi e ad acquisire il necessario senso del limite. Tale limite, fisiologico scientifico ed economico, non va considerato come un divieto ma come una regola etica in possesso di una forte matrice filosofica.

È ovvio che la premessa irrinunciabile per l'attuazione di questo obiettivo sia un'adeguata e aggiornata formazione tecnico-professionale di tutti gli operatori sanitari, la cui dimensione etica deve orientare le attività di cura in considerazione del paziente come “persona”, con dimensioni non solo fisiologiche ma anche psicologiche, spirituali, relazionali e sociali.

Fecondazione in vitro: quale etica?

Nuove norme nel segno del pluralismo morale condiviso

Raffaele Prodomo

Presidente Istituto italiano di Bioetica-Campania

Come ci si poteva aspettare avendo un minimo di cultura costituzionale, pochi mesi orsono una recente sentenza della Corte Costituzionale ha annullato uno dei punti più controversi della disciplina di accesso alle tecniche di fecondazione assistita. Si tratta della norma che imponeva la formazione e l'impianto contemporaneo di non più di tre embrioni, impianto da realizzare, inoltre, non appena possibile e, anche se non coattivo, obbligatorio a meno di "grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna" (per una più ampia disamina si rinvia al commento di M. Fusco su "Diritto & Giustizia" del 12/05/2009).

La Corte costituzionale ha stabilito non esserci obbligo di tutela assoluto dell'embrione ma che tale tutela sia da bilanciare con quella della salute della donna ed ha ritenuto l'obbligo di impianto di tutti gli embrioni senza crioconservazione degli stessi, potenzialmente lesivo della salute della donna. Nel caso di situazioni cliniche in cui ci siano minori probabilità di attecchimento embrionario, infatti, i tre embrioni potrebbero risultare insufficienti e sarebbero necessari più cicli di impianto col rischio ogni volta di iperstimolazione ovarica, al contrario, in situazioni con migliori probabilità di attecchimento i tre embrioni avrebbero più facilmente dato luogo a parti pluri-gemellari con i correlativi rischi materno-fetali. Le argomentazioni usate dai giudici costituzionali sono in linea con la tradizionale impostazione adottata anche in precedenti interventi in tali settori (storica al riguardo la sentenza del 1975 relativa all'interruzione della gravidanza). In tali circostanze sempre si è sostenuta la linea dell'adeguato bilanciamento di valori costituzionali meritevoli di tutela ma in conflitto tra loro. Nelle situazioni relative alla gravidanza il bilanciamento va ogni volta realizzato tra il diritto del nascituro a procedere nello sviluppo embrionale (accantonando lo spinoso tema della personalità morale e giuridica dell'embrione precoce) e il diritto alla salute della donna chiamata a portare avanti una gravidanza non voluta o, viceversa, a sottoporsi a manipolazioni medico-chirurgiche per superare la sterilità. Questa sentenza costituzionale abrogativa in parte della legge 40 si aggiunge al pronunciamento del TAR del Lazio del gennaio 2008 che, in qualche modo, aveva riaperto alla possibilità, negata dalla legge, di diagnosi pre-impianto degli embrioni.

Non è possibile in questa sede ripercorrere tutte le controversie e le polemiche che hanno preceduto e seguito la legge, compreso il referendum abrogativo fallito per mancanza del quorum. È evidente, tuttavia, che si sono poste

le premesse di una più generale revisione della normativa che tenga in adeguato conto il pluralismo etico nel quale le questioni di inizio vita inevitabilmente si collocano.

Sulla base di quale metodo procedurale si dovrebbe impostare il percorso legislativo per affrontare le cosiddette questioni eticamente sensibili?

Mia personale e, ormai antica, convinzione (R. Prodomo, *Una bioetica liberale*, Apeiron-Perdisa 2003) è che la discussione pubblica in campo bioetico dovrebbe proporsi il raggiungimento del più ampio consenso possibile: partendo da convinzioni e argomenti morali per arrivare a regole giuridiche condivise. Un possibile modello di regolazione giuridica potrebbe ispirarsi al cosiddetto consenso per intersezione proposto da Rawls in *Liberalismo politico* (Edizioni di Comunità 1994). L'idea è quella di cercare nell'ambito di un pluralismo morale ragionevole quanto è eticamente condiviso e fondare su tali valori minimi un patto politico di convivenza nella tolleranza reciproca.

Tale proposta è intermedia tra un consenso morale puro e il mero compromesso politico. Rispetto al primo è più realistico, in quanto tiene conto dell'irriducibile pluralismo delle società contemporanee e non si propone l'impossibile compito di elaborare una morale unanimemente condivisa. Rispetto al secondo è più tollerante e garantisce una maggiore stabilità, in quanto il consenso non è fondato su rapporti di forza contingenti ma tiene conto delle convinzioni morali dei partecipanti alla discussione. In definitiva, è un consenso politico fondato su ragioni etiche. Tale schema fu pensato originariamente come strategia costituzionale intesa a fondare costruttivamente i valori comuni della cittadinanza democratica, un'applicazione anche ad altri campi di regolazione pubblica è, tuttavia, auspicabile per evitare le distorsioni dell'applicazione meccanica del pur sacrosanto principio maggioritario. Spesso si sente, infatti, affermare che in questi campi va lasciata libertà di coscienza ai parlamentari, ma si dimentica di specificare che la libertà di coscienza è prerogativa, prima di tutto, di ogni singolo cittadino e nessuna maggioranza parlamentare per quanto ampia potrà mai misconoscerla. Imporre per legge precetti etici votati a maggioranza viola la libertà morale dei singoli, per questo occorre far ricorso a strategie di legislazione che attenuino questi rischi, prevedendo norme approvate da maggioranze qualificate che debbano necessariamente tenere in giusta considerazione punti di vista etici minoritari.

In conclusione, una maggioranza semplice che decida su temi come aborto, eutanasia, fecondazione assistita non va bene e, come dimostra anche il recente caso sul testamento biologico, si espone al rischio della instabilità e della scarsa accettazione sociale delle regole che propone.

Comitati Etici, plusvalore da definire

Asl Na 1 Centro: la centralità dell'assistenza etica

Paolo Marotta

*Medico Legale, Referente Aziendale Comitato Etico
ASL Napoli 1 Centro*

Nella duplice veste di componente della Commissione Bioetica dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Napoli e di referente aziendale del Comitato Etico dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro sono onorato di offrire questo contributo al Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi della Provincia di Napoli.

Se si volesse tracciare una breve storia del termine "bioetica", consultando attraverso internet Wikipedia si ricava come la parola tragga la sua genesi etimologica dal greco ("èthos", carattere o comportamento, costume, consuetudine e "bìos", vita), caratterizzandosi come quella branca del sapere che si occupa delle delicate questioni morali inerenti le scienze bio-mediche e la ricaduta delle loro maggiori conquiste al servizio della cura della salute dell'uomo.

La parola "bioetica" ricomprende problematiche delicate e dibattute, che coinvolgono professionalità molteplici - medici, giuristi, filosofi, teologi... e discipline disparate - filosofia, filosofia della scienza, medicina, biologia, chimica, farmacologia, farmacogenomica, genetica, epigenetica, embriologia, giusnaturalismo, diritto... - apparentemente slegate tra loro, ma che trovano una specifica unità proprio all'interno delle questioni riguardanti la vita umana, ovvero le problematiche collegate alle varie visioni morali atee o religiose.

Il lungo dibattito che ha portato alla coniazione del termine bioetica nasce già nei primi venti anni del secolo scorso, con riferimento allo studioso Fritz Jahr, che nel 1927 parlava di "imperativo bioetico" riguardo allo sfruttamento della fauna e della flora.

Successivamente lo stesso termine nella sua accezione attuale veniva usato dall'oncologo statunitense Potter che nel 1971 pubblicava il famoso volume intitolato *Bioethics: Bridge to the future* (Bioetica: un ponte verso il futuro).

Nel tempo si sono succedute articolate ridefinizioni e rivisitazioni del termine, con la possibilità di ricordare i nomi di André Hellegers, di Warren Reich, di T.L. Beauchamp C.F. Childress, i quali parlano di etica biomedica evitando il termine bioetica, e del filosofo Hans Jonas.

Nel processo dialettico appena tracciato si individua con chiarezza come tutte le problematiche che coinvolgono la bioetica abbiano ricadute su molte delle questioni più significative della vita umana (nascita, sessualità, vita, morte, cura, salute, malattia...), con la successiva e conseguente connessione alle religioni, sino a potersi oggi individuare in modo distinto una bioetica religiosa e una bioetica laica.



È evidente che si è aperto un articolato dibattito dove i decisori politici sono oggi chiamati ad assumere scelte di tipo legislativo che sempre con maggiore frequenza hanno ricadute dirette sui temi propri della bioetica. E se questa è una disciplina in continua evoluzione, ciò è testimoniato dalle oggettive difficoltà di composizione condivisa delle istanze contrapposte su tutte le principali questioni aperte.

Una delle questioni di grande impatto ed interesse è rappresentata dalla sperimentazione clinica dei farmaci sull'uomo ed in questo settore si è individuato il ruolo fondamentale dell'azione dei Comitati Etici in tutto il mondo e nel nostro paese.

I Comitati di Etica sono stati istituiti in recepimento del Decreto Ministeriale 27 aprile 1992 del Ministero della Sanità, modificato dal Decreto Ministeriale del 15 luglio 1997, perfezionato con la lettera del Ministro della Sanità del 2 febbraio 1998, seguito dai decreti ministeriali del 18 marzo e del 19 marzo 1998, aggiornato da successive circolari e altri provvedimenti.

Non c'è dubbio che i comitati etici possono rappresentare una nuova forma di intervento sul controllo della realizzazione del processo di aziendalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale. Il coinvolgimento di rappresentanti della società civile, con particolari competenze,

consente di registrare un nuovo stimolo all'ottimizzazione delle strategie gestionali. E parimenti si è verificato per l'istituzione e l'avvio del Comitato Etico dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1, oggi ASL Napoli 1 Centro, che ha visto la collaborazione scientifica tra la Seconda Università di Napoli e la stessa Azienda Sanitaria Locale, interpretando lo spirito del legislatore che ha dotato sia l'istituzione universitaria che gli Enti locali in generale di quell'autonomia organizzativa progettuale, strumento fondamentale per il processo di autonomizzazione locale, che può offrire solide basi al cambiamento in atto.

La dimensione etica dell'agire medico è stata sempre di particolare importanza agli occhi di tanti operatori del settore sanità, in particolare di molte strutture socio-sanitarie-assistenziali raccolte oggi sotto il nome di Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro. Infatti già nel luglio del 1989 veniva istituito presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale "Nuovo Pellegrini" (oggi "presidio Ospedaliero S.Giovanni Bosco") un Comitato Etico Ospedaliero. Seguiva un atto deliberativo dello stesso Comitato di Gestione dell'U.S.L. n.42 che in data 27 febbraio 1991 ratificava l'istituzione del Comitato Etico Ospedaliero del Presidio Ospedaliero "Nuovo Pellegrini". La prima riunione di questo comitato si teneva il 23 novembre 1991 e seguivano una serie di iniziative che culminavano nella pubblicazione di un opuscolo informativo ad uso dei pazienti-utenti ospedalieri. In relazione all'esigenza di estendere l'attività del Comitato Ospedaliero a tutta la Unità Sanitaria Locale n.42, in data 14 ottobre 1993 con nota 591 l'attività del C.E.O. era estesa a tutta l'U.S.L. n.42.

In seguito la riorganizzazione della sanità nella Regione Campania ha visto successivamente la trasformazione delle unità sanitarie locali (UU.SS.LL.) in aziende sanitarie locali (AA.SS.LL.): in data 1 gennaio 1995 dall'accorpamento delle 10 unità sanitarie locali cittadine veniva istituita l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1, oggi Azienda sanitaria Locale Napoli 1 Centro.

Attraverso successivi passaggi legislativi si arrivava all'attuale riorganizzazione del sistema sociosanitario regionale ai sensi della Legge Regionale n.16 del 28 novembre 2008 e della Deliberazione della Giunta della Regione Campania n.505 del 23 marzo 2009, in linea con l'attuazione del programmato piano di rientro del debito sanitario regionale della Regione Campania. Ed in questo ambito si è sempre ben collocato il ruolo del Comitato Etico dell'ASL Napoli 1, oggi ASL Napoli 1 Centro.

Nel tempo è stato possibile istituzionalizzare un vero e proprio gruppo di opinione che ha cercato sempre di contribuire nel continuo dibattito sulle problematiche etiche in sanità.

Tutto il processo appena ricordato ha richiesto un lavoro sistematico che ha portato al collocamento funzionale del Comitato Etico in una posizione consona nell'organigramma dell'Azienda, onde procedere alla prescritta attività istituzionale di autorizzazione obbligatoria e necessaria per l'espletamento corretto delle sperimentazioni cliniche da condursi presso le strutture dell'ASL Napoli 1.

In linea con quanto riportato sorge allora un interrogativo: quale potrà essere il ruolo futuro del nostro comitato etico e, in una prospettiva più ampia, dei Comitati Etici nel Sistema Sanitario Nazionale, oggi in profonda revisione strutturale?

Oggi nuovi adeguamenti normativi sono richiesti al Comitato Etico, nonché un suo ruolo specifico nell'ambito della medicina del territorio, nuova frontiera della riorganizzazione dei servizi sociosanitari assistenziali.

Agire medico ed agito del paziente dovranno condividere valori, obiettivi nella scelta consapevole ed informata della vera cura della malattia, per realizzare la quale è necessario un patto, una vera alleanza tra medico e paziente.

I comitati di etica possono sicuramente concorrere ad una visione capace di garantire il rispetto dell'uomo, della sua sofferenza e della sua personalità nell'applicazione dei risultati raggiunti dalla scienza moderna alla cura quotidiana del malato

In questa prospettiva si può rintracciare il ruolo fondamentale che può e deve toccare ai Comitati di Etica. La situazione appare non definita: pur in presenza di un articolato quadro normativo, si registrano molte incertezze sulla natura, le funzioni e la struttura di questi organismi. Tuttavia in questo clima si avverte la ventata di rinnovamento che questi organismi hanno portato nel mondo della sanità in Italia, soprattutto quando

si è realizzato il superamento della dimensione routinaria e burocratica della valutazione dei protocolli di sperimentazione farmacologica e clinica, sino all'esaltazione delle prerogative culturali, di riflessione, di proposta, di formazione, di controllo e di monitoraggio della qualità del servizio assistenziale.

Si aprono oggi nuovi scenari, che rinviano a nuovi interrogativi:

- I Comitati di Etica sono destinati a diventare dei comitati tecnici, al servizio dell'esigenze della sperimentazione clinica?
- Si arriverà all'istituzione di nuovi comitati a valenza più propriamente "etica" e/o "bioetica", staccati dai comitati etici deputati all'attività valutativa/autorizzativa nel campo della sperimentazione clinica?
- Come si realizzerà l'integrazione funzionale con il territorio, in particolare con la medicina generale, la continuità assistenziale, l'emergenza territoriale, la medicina specialistica ambulatoriale (tutti settori che rivendicano dignità operativa e partecipazione alle attività aziendali)?

Appare allora auspicabile il coinvolgimento diretto con i vertici aziendali nell'attuale momento di riorganizzazione. Si può affermare che la scommessa sulle capacità di autonoma assunzione di responsabilità decisionale da parte dei Comitati Etici corrisponderà, nel prossimo futuro, all'individuazione da parte aziendale di mezzi e strumenti adeguati ai delicati compiti di consu-

lenza, di proposta e di formazione, in modo da esaltare le più interessanti prerogative di queste istituzioni nel rinnovamento della sanità in Italia: il rischio di dimenticare la persona umana e sostituirla con la malattia da curare può diventare il vero nemico del rinnovamento dell'assistenza.

Quanto è stato realizzato dal Comitato Etico dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro testimonia come i Comitati di Etica possono sicuramente concorrere ad una visione capace di garantire il rispetto dell'uomo, della sua sofferenza e della sua personalità nell'applicazione dei risultati raggiunti dalla scienza moderna alla cura quotidiana del malato. In tale prospettiva si auspica bisogna essere fiduciosi del contributo che il Comitato Etico potrà offrire al processo di ottimizzazione dell'assistenza sanitaria. E se la salute del cittadino costituisce un vero e proprio capitale immateriale della nazione, da salvaguardare e da mantenere perché possa essere investito per il progresso e lo sviluppo del paese, allora l'azione dei Comitati di Etica potrà e dovrà fortemente ricordare che lo Stato, lo Stato moderno, è la più grande istituzione etica fondata dagli uomini, la sola capace di accordare assistenza e protezione, di assicurare la partecipazione al benessere, di garantire le ragioni del diritto e della giustizia, affinché possano sempre essere preservate da interessi di partiti, lobbies o altri poteri.



Le incognite del sì consapevole

Claudio Buccelli

Ordinario di Medicina Legale -

Università degli Studi di Napoli Federico II

L'argomento del consenso informato occupa ormai da (troppo) tempo ampi spazi della letteratura medico-legale oltre che bioetica e giuridica nell'affannosa controversia circa la sua obbligatorietà quale base di legittimazione dell'atto medico e le caratteristiche formali (che poi diventano sostanziali) di assunzione.

Al consenso stesso è sempre strettamente legata l'aggettivazione qualificante: "informato".

Emerge pertanto un quasi indissolubile binomio consenso-informazione in cui tuttavia sembra intendersi (e molti si prodigano perché ciò si intenda) che l'informazione stessa sia indissolubilmente e sempre legata al consenso con una supremazia del secondo sulla prima.

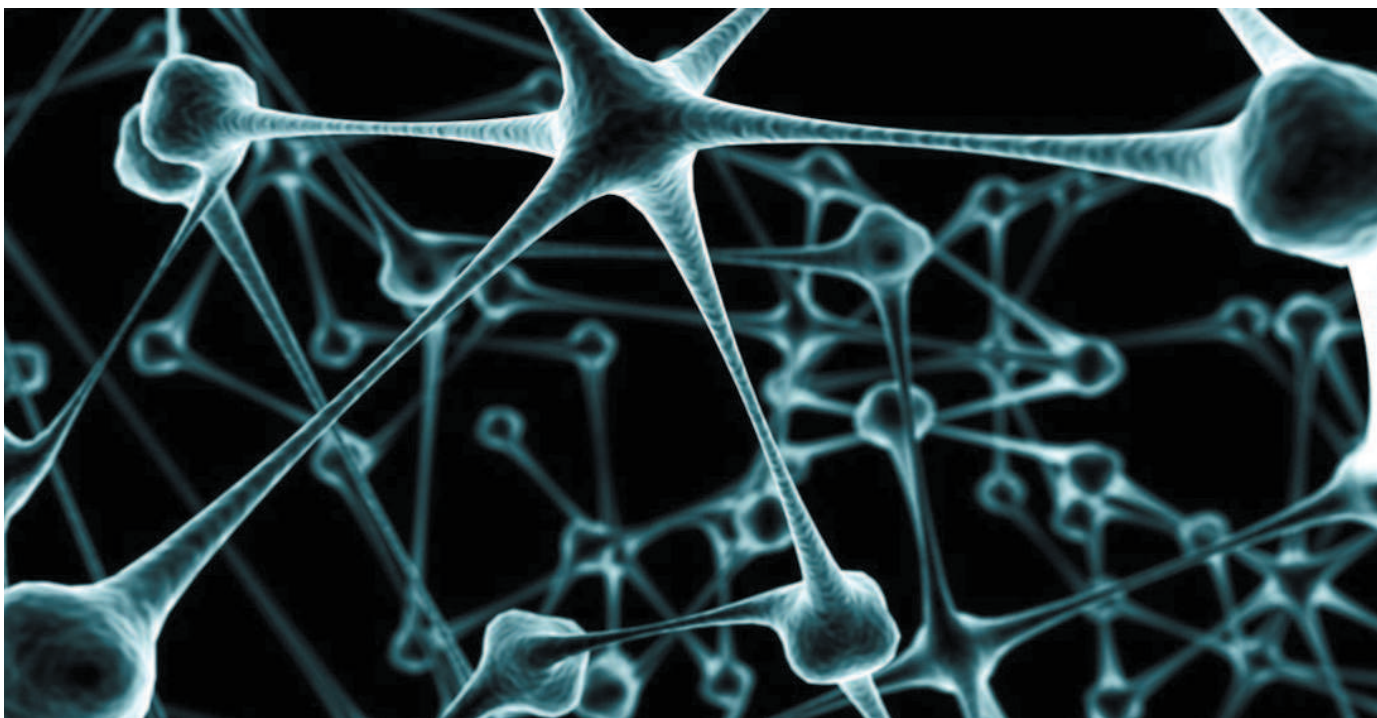
Dire consenso informato per i più significa che l'informazione è strettamente finalizzata al consenso, essenzialmente propedeutica a questo, sottolineandosi il primato del diritto all'espressione dell'autodeterminazione su quello più semplicemente e più sostanzialmente del sapere. E visto che il consenso informato è tipico dell'attività medica, tale sapere riguarda per forza di cose il proprio stato di salute.

Si radica così nella coscienza dei più che il sommo bene per il paziente sia esprimere ai medici i propri intendimenti in ordine a procedure diagnostiche e terapeutiche piuttosto (o almeno più ancora) che conoscere in effettiva consapevolezza quanto si va sviluppando nell'ambito della propria vicenda clinica.

Cheché se ne dica il consenso rappresenta uno strumento di difesa nei confronti di temuti abusi e soprusi clinici e terapeutici che potrebbero essere perpetrati nei confronti della propria persona, sia pure con più o meno apprezzabili intendimenti di tutela dello stato di salute stessa, sicché la sua ipertrofizzazione vale ad evidenziare ed amplificare viepiù la crisi fiduciale del rapporto medico-paziente.

A ben vedere la storia fondamentale del consenso si densifica sul domani del Processo di Norimberga e attraverso il relativo codice, informa fortemente, pur con le successive modificazioni operate dalle Dichiarazioni di Helsinki e da altri imponenti documenti etici e deontologici, l'attività della sperimentazione farmaceutica con l'uomo.

Progressivamente e sempre più percettibilmente da tale ambito si è passati a quello della prassi clinica, ma l'impronta iniziale cautelativa del paziente in difesa dei suoi diritti e a protezione dei possibili attacchi medici rimane.



In tal senso ha ragione chi (e sono in molti) sostiene il valore essenzialmente legale del consenso, appiattendolo di fatto sui soli livelli del pur sacrosanto diritto del paziente ad esprimere le proprie determinazioni, troppo sbrigativamente sorvolando sui profondi significati etici e deontologici (genuini) che lo connotano in quanto punto di arrivo di proficui, esaurienti colloqui del personale sanitario (non solo medico) con i pazienti. Fondamentale e primario diritto del paziente, come si è detto, è però sapere in maniera veramente consapevole ciò che gli accade, solo in funzione di ciò richiedendogli di esprimere, nelle maniere più varie possibili ed in tal senso non sempre codificate, la sua volontà di aderire o meno alle proposte ed alle prospettive diagnostiche e terapeutiche di chi si occupa della sua salute.

Ma si è creata una concentrazione spasmodica, rigida, dogmatica sull'attenzione da porre sull'avvenuta espressione di consenso in ogni vicenda di valutazione circa presunte responsabilità, che non infrequentemente supera l'analisi degli stessi contenuti tecnici dei comportamenti assistenziali.

In ciò si concorda con Fiori e Marchetti (2009) quando osservano che nell'assunzione di consenso si mascherano spesso ed in tali casi anche con significato virtuale le difficoltà della realtà quotidiana "prescrivendo dogmaticamente regole di condotta inattuabili e pretendendone l'osservanza fino al punto di fare conseguire condanne penali e civili per i medici".

Non si fraintenda: il diritto all'autodeterminazione del paziente in ogni storia clinica è e rimane un punto assolutamente centrale nell'atto clinico e nel rapporto medico-paziente, al di là di ogni sentenza che puntualmente la ribadisca e per primordiali esigenze e motivazioni di ordine etico e deontologico, ma la tutela di tale diritto non può spingersi al punto di una penosa e talvolta ridicola burocratizzazione nella raccolta del consenso o, peggio

ancora, ad un vero e proprio accanimento informativo (estremamente puntuale non perché il paziente sappia ma perché non possa dire che non gli è stato detto tutto) che può giungere a varcare i confini della "maleficenza medica" nell'ipotesi che non vi sia adeguata capacità di "assorbimento" delle notizie.

In tal maniera e per questi aspetti si realizza quella medicina difensiva che tutti vituperano ma ormai diffusamente si pratica, la quale divora la vera essenza del rapporto medico-paziente marginalizzando il medico ad un ruolo pressoché notarile ed esaltando quel diritto di scelta del paziente, che tuttavia, non sempre è fondato su meditazioni consapevoli e tecnicamente adeguate circa il gold standard per il suo stato di salute mancando le premesse culturali e quella vera libertà di pensiero da ogni suggestione psicologica (se non da vere e proprie negative interferenze di disturbi di valore psichiatrico) per poter giungere a decisioni realmente autonome maturate in piena consapevolezza dopo scelte ponderate, veramente comprese e meditate.

Chi sostiene il contrario mostra di non considerare realisticamente che esiste un mare di lontananza tra le aule di giustizia in cui si affermano sacrosanti principi di diritto e si comminano condanne per la loro inosservanza e camere operatorie, reparti di terapia intensiva, corsie mediche e chirurgiche per patologie oncologiche, Utic, sale di pronto soccorso, in cui ogni giorno ed in ogni momento accanto a complesse prestazioni cliniche si rendono necessari delicati esercizi di psicologia e più semplicemente di vicinanza umana nei confronti di persone sofferenti per aiutare, non allarmare, per dar sostegno e speranza non per impaurire, tenendo da parte spettri pur statisticamente non insignificanti di possibili eventi catastrofici in un modello di medicina di dimensione umana.

Chi insiste nel sottolineare come debba esservi in ogni

caso, sempre e comunque, una dichiarazione di consenso del paziente dopo esaustiva (cioè praticamente infinita) informazione al paziente, dimentica - ancora una volta per dirla con Fiori e Marchetti (2009) - che la "centralità del principio di autonomia nella decisione delle cure mediche è stata oggetto di critica negli Stati Uniti già nel suo periodo di massima grandezza, cioè nei primi anni ottanta, da parte di autorevoli bioeticisti [...], la cui posizione si caratterizzava per il ritenere prioritario compito dei sanitari il mantenimento ed il ristoro della salute: posizione dunque sovrapponibile a quella della Medicina della Scelta o della Responsabilità".

Non si intende qui esaltare il principio del "privilegio terapeutico" di marca francese, né invocare cause di giustificazione, ma soltanto concretamente richiamare alla realtà terrena chi si è smarrito nel mondo dell'iperuranio, concentrando la propria attenzione sulle ombre idealistiche e dimenticando la sostanza delle cose. Bisogna essere sempre e costantemente vicini al paziente non in uno sterile rapporto burocratico ma in un costante contatto comunicativo (la comunicazione è forma personalizzata dell'informazione) in un proficuo esercizio di coniugazione del principio di verità con quello di giustizia; solo in questa maniera si avrà rispetto delle regole antiche dell'arte medica e -al di là delle proprie capacità tecniche- il medico potrà sperare in un recupero di riconoscimento da parte del paziente della sua statura elevata morale.



Terapia del dolore: ricucire la rete

Gennaro Savoia

Direttore UOSC Anestesia e rianimazione AORN A, Cardarelli Napoli - Presidente CPARC (Collegio Primari Anestesia e Rianimazione Regione Campania)

La recente legge sulla terapia del dolore e sullo sviluppo delle cure palliative in Italia risponde allo scopo di garantire sull'intero territorio nazionale condizioni omogenee di assistenza nel settore (legge 15 marzo 2010 n. 38 disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore).

Esprimersi in termini di sfida etica in tema di terapia del dolore e cure palliative significa letteralmente rappresentare l'indispensabilità e l'irrinunciabilità di tali cure .

"Divinum opus est sedare dolorem" (è opera divina sedare il dolore - Galeno) non è un motto astratto , dovrebbe essere la normalità .

Questa frase riassume un compito del medico che spesso, nel nostro paese, non è attuato adeguatamente: l'Italia è uno dei paesi europei dove il dolore è ancora sottostimato e trascurato, nonostante i grandi progressi realizzati negli ultimi decenni dalla medicina: nella nostra cultura il dolore è un evento ineluttabile che va accettato e a cui bisogna rassegnarsi, da ciò consegue la scarsa attenzione al dolore e la sua inadeguata terapia.

Siamo ancora agli ultimi posti in Europa, nel consumo dei farmaci analgesici oppiacei per la terapia del dolore, e invece l'OMS considera il consumo dei farmaci antidolorifici oppiacei indicatore di una buona qualità d'assistenza sanitaria.

Anche se lo specialista di riferimento del dolore è l'anestesista- rianimatore , in quanto la cura del dolore è iscritta nel codice genetico della specialità , unica a possedere un core-curriculum diagnostico-terapeutico completo , la cultura del dolore deve essere trasversale , deve essere imposta a tutta la classe medica . Sistemi sanitari indubbiamente più avanzati del nostro , come il nordamericano , impongono ai fini dell'accreditamento istituzionale , la presenza di percorsi completi intraospedalieri di diagnostica e terapia del dolore .

Qui si scontano le conseguenze del relativo fallimento della normativa "OSPEDALE SENZA DOLORE" (GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie Generale - n. 149 del 29-06-2001), applicata e sviluppata in Italia a macchia di leopardo, spesso ridotta a progetti obiettivi realizzati solo su carta .

I principali obbiettivi (costituzione comitato ospedaliero ,realizzazione dei percorsi formativi , rilevamento del sintomo dolore come V segno vitale in cartella clini-



ca, rilevamento della soddisfazione del paziente) sono stati vanificati dalla eterogeneità dei modelli organizzativi su base regionale e, sostanzialmente, dallo sviluppo di progetti monotematici (dolore postoperatorio, parto analgesia, dolore in pronto soccorso), che nei fatti non hanno mai effettivamente coinvolto l'intera organizzazione ospedaliera.

Più correttamente la nuova legge si esprime in termini di ospedale-territorio senza dolore (prevedendo percorsi integrati intra-extraospedalieri, seguendo il paziente nella sua centralità dentro e fuori l'ospedale) e di rilevamento obbligatorio in cartella del sintomo dolore.

La legge prevede, inoltre, la costruzione di una doppia rete, organizzata secondo i canoni dei centri di riferimento regionale (HUB) e di riferimento periferico (SPOKE) sia per la terapia del dolore che per le cure palliative; la prima rete affidata agli anestesisti-rianimatori, la seconda su base interdisciplinare; riconoscendo per entrambe le reti ai medici di medicina generale e del territorio la centralità del ruolo di continuità diagnostica e terapeutica.

Da un punto di vista etico, potrebbe essere l'applicazione non uniforme sul territorio nazionale il punto debole della legge; data l'attuale disomogeneità organizzativa della terapia del dolore e delle cure palliative (ridotta disponibilità di hospices, ospedalizzazione domiciliare, assistenza domiciliare integrata, ridotta attività delle onlus nei percorsi integrativi e sostitutivi (sussidiarietà) nelle regioni meridionali, occorrerebbe uno sforzo straordinario proprio a carico di queste ultime regioni, ad onta dei condizionamenti legislativi dei piani economici di rientro.

Etica è, per l'appunto, scegliere le priorità assistenziali ed assicurare percorsi completi diagnostico-terapeutici nel campo della terapia del dolore e delle cure pallia-

tive è una priorità etica: non si tratta il dolore, perché economicamente vantaggioso; non si praticano percorsi di accompagnamento alla morte dei pazienti in fase terminale, sia da cause oncologiche che non oncologiche, tenendo conto delle rigidità economiche, che danno valore solo alle cosiddette terapie attive; non si abbandonano i pazienti al loro destino, una volta esaurite le armi terapeutiche.

Quanti pazienti inappropriatamente, al termine delle cure attive, si perdono nella rete oncologica, intasando i pronto soccorsi e le aree di cure intensive, in assenza di reti adeguate di cure palliative. Quanti ricoveri impropri avvengono nei reparti di rianimazione, ricoveri dettati dalla esclusiva necessità di assicurare l'ultima chance a pazienti in fase terminale, quasi che la morte manipolata (accanimento terapeutico) sia la normalità o il modo ottimale (è stato fatto tutto il possibile, niente è stato evitato, non vi è stata alcuna limitazione nei trattamenti) di assistere il moribondo.

Riappropriarsi della centralità del paziente in termini di rispetto della sua dignità e dei bisogni della sua fase terminale (curare il dolore incoercibile, sedare il delirio,

Organizzare l'integrazione tra le reti (oncologiche, terapia del dolore e cure palliative) è una delle scommesse del federalismo sanitario dei prossimi anni: l'augurio è che non ci siano limitazioni o alleggerimenti dei LEA in quest'ambito per far quadrare i conti

curare i sintomi associati, assicurare le cure spirituali ed il supporto dei familiari, garantendo una "buona morte", che non ha niente a che vedere con l'eutanasia) è ritornare a fare il medico, è riappropriarsi della filosofia dell'accoglienza (parabola del buon samaritano), canone costitutivo dei primi ospedali religiosi e laici. È tornare a trattare il paziente nella sua globalità di dolore e sofferenza.

Le cure palliative sono trasversali, sono intraospedaliere e territoriali, domiciliari ed in hospice; sono coinvolti tutti i medici; la rete è pluridisciplinare e multiprofessionale, con condivisione dei percorsi; i modelli organizzativi sono misti, pubblici e privati no-profit, avvalendosi a piene mani del volontariato formato ed accreditato

Organizzare l'integrazione tra le reti (oncologiche, terapia del dolore e cure palliative) è una delle scommesse del federalismo sanitario dei prossimi anni; l'augurio è che non ci siano limitazioni o alleggerimenti dei LEA in quest'ambito per far quadrare i conti; ciò sarebbe poco etico, perché si consoliderebbe la tendenza attuale, che dà più peso alle cure attive ("CURE") rispetto alle cure globali ("CARE") cui ha diritto il paziente nelle fasi terminali, lasciando alle aree di emergenza e di cure intensive il compito di rabberciare i buchi di reti non completate.



Crisi rifiuti, riecco i medici sentinella

Patto a due tra Ordine e Regione: decolla l'Osservatorio

Un Osservatorio sul problema rifiuti, con filo diretto tra Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Napoli e la Regione Campania, affinché siano garantite corrette informazioni alla classe medica e, quindi, a mass media e pubblico.

E' il risultato della riunione della "Commissione per l'ambiente e la salute" dell'ente ordinistico, svoltasi presso la sede dello stesso Ordine e presieduta dal presidente Gabriele Peperoni. Il consigliere e revisore dell'Ordine, dottor Giorgio Turrà, ha coordinato i lavori dell'incontro assieme all'epidemiologo Donato Greco.

"Si tratta di un intervento con obiettivi a medio termine, circa trentasei mesi, che vanno ben oltre l'emergenza che sta lacerando Napoli.

L'Osservatorio andrà oltre le valutazioni sull'impatto epidemiologico, cercando di aver voce in capitolo su tutti gli aspetti della vicenda rifiuti", ha spiegato il presidente Peperoni.

Per il consigliere Turrà "saranno fondamentali interventi differenziati per una giusta informazione sui cittadini, affinché comprendano la differenza tra rifiuti urbani e tossici. Solo quest'ultimi possono essere fortemente nocivi per la salute, anche se non esiste ancora la prova che determinino patologie. Sui rifiuti tossici istituiremo a breve una commissione ad hoc. Quelli urbani sono ancora accettabili a breve distanza, ma devono essere ben differenziati".

Altro aspetto fondamentale: la pulizia delle strade. "Necessarie disinfezione e derattizzazione - è sta-

to ribadito -, in particolare sul percolato non pulito che rischia di essere assorbito dalle falde acquifere".

L'epidemiologo Donato Greco ha sottolineato "l'inesistenza reale del rischio salute, ma - ha aggiunto - l'Osservatorio utilizzerà i dati sull'emergenza del 2008 per valutare un eventuale aumento delle patologie in Campania".

La nascita di una commissione sui rifiuti condivisa tra Ordine e Regione segue l'attuazione del programma di vigilanza sanitaria regionale con l'ausilio dell'Istituto Superiore della Sanità, delle Università, delle strutture dipartimentali delle Asl preposte alla tutela dell'ambiente, e di altri esperti del settore. All'interno del protocollo è prevista l'attuazione di un servizio di sorveglianza territoriale, come stabilito nel corso dell'emergenza del 2008, con l'impiego di un'efficace rete di medici sentinella per monitorare le patologie collegabili con l'emergenza rifiuti.

All'incontro nella sede dell'Ordine erano presenti, in qualità di relatori e di componenti del neonato Osservatorio, il dottor Renato Pizzuti, dirigente dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, il dottor Gennaro D'Amato, direttore dell'Unità Operativa di Allergologia dell'ospedale Cardarelli di Napoli, la dottoressa Giuseppina Amispergh, direttore del dipartimento di Prevenzione della Asl Na1 Centro, il dottor Tommaso Esposito, medico di medicina generale, il dottor Antonio Marfella, oncologo dell'Istituto dei tumori Pascale di Napoli, e il professor Paolo Marinelli, ex ordinario della Seconda Università di Napoli.

Rifiuti, parte il Sistema Visari

Sindromi infettive acute sotto massima sorveglianza

La crisi rifiuti in Campania induce la percezione di gravi rischi per la salute a causa dei rifiuti non raccolti. Gli studi hanno ravvisato la possibilità di un incremento di malattie infettive, dovuto ai rifiuti non raccolti. Necessarie allora altre azioni di vigilanza con risposte scientificamente supportate. Circa la patologia tumorale, essa non nasce dal contatto con i rifiuti abbandonati e non è inclusa nel sistema rapido di sorveglianza sindromica. Circa le malattie infettive, invece, la l'Ass. reg. alla Sanità punta sul monitoraggio dell'andamento di alcune sindromi acute. Viene pertanto costituita una task force di specialisti mentre l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, con gli OdM locali, predispone un protocollo di sorveglianza su alcune sindromi infettive acute. Nasce, quindi, il sistema VISARI (Vigilanza Sanitaria Rifiuti). Ecco i moduli: 1. Rete dei medici sentinella. 2. Sorveglianza ricoveri ospedalieri. 3. Notifiche di malattie infettive. 4. Verifiche schede di dimissione ospedaliera. Il VISARI non stimerà la causa-effetto tra sindromi e rifiuti ma fornirà informazioni tempestive su focolai sospetti.

Modulo 1 - Rete dei medici sentinella

Obiettivi. Monitorare le malattie acute a trasmissione fecale-orale o da contatto dal 1 dicembre 2010 al 31 gennaio 2011. In dettaglio: - monitorare l'andamento di alcune sindromi a probabile etiologia infettiva, prima della diagnosi definitiva, - identificare cluster di casi o picchi di incidenza su cui attivare un contrasto tempestivo, - ottenere un monitoraggio dell'andamento delle patologie tagliando i tempi dell'accertamento diagnostico e delle notifiche, - produrre bollettini informativi settimanali.

Metodi. La sorveglianza si basa su tempestività, costanza della rilevazione, output sistematico rapido.

Copertura geografica. La rilevazione riguarda i residenti delle province di Napoli e Caserta e gli iscritti nelle liste dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta. Si estende il VISARI alla provincia di Salerno in quanto polo di riferimento non a rischio.

Stima della popolazione. Parametri per la stima della popolazione coperta: 1) Popolazione Campania (anno 2007): 5.790.187 individui. 2) Distribuzione percentuale per provincia: Caserta: 15%, Napoli: 53%; Salerno: 19%. 3) Incidenza settimanale attesa per le 3 sindromi oggetto di questo sistema di sorveglianza: o 4 per mille nella classe di età 0-14 anni: o 3 per mille nella classe ≥ 15 . Con tali parametri, la numerosità della popolazione coperta dalla sorveglianza è di: 105.795 persone

Stima del numero di medici. Si ricorre ai medici sentinella che garantiscono il campionamento di tipo opportunistico. Da precedenti esperienze si ipotizza un'incidenza delle 3 sindromi attese per settimana in 3 casi per mille adulti e 4 casi per mille bambini. Di qui la stima di controllare 105.795 persone. Dovendo sottoporre a sorveglianza un campione di 84.301 adulti e 17.494 bambini ed ipotizzando un n° medio di pazienti/MMG pari a 1.000 individui e

un n° medio di pazienti/PdLS pari a 800 individui, il numero totale di MMG e PdLS coinvolti è rispettivamente pari a 57 e 30. Il riferimento è la Tab 1 di cui ecco un abstract. Napoli: su circa 60mila soggetti vigilati, necessari 64 medici. Caserta: su circa 18mila soggetti vigilati, necessari 23 medici.

Criterio per l'arruolamento dei medici sentinella. Il Medico e il Pediatra sono muniti pc e internet. Al momento dell'adesione ogni medico dovrà fornire nome e cognome, mail, n. di telefono, n. degli assistiti iscritti.

Criteri di scelta delle patologie. Sindromi di inquinamento oro-fecale o da contatto osservate dal medico.

I medici sentinella. Registrano ogni settimana il numero delle sindromi settimanali nel WEB dell'OER. La somma dei casi settimanali (6 numeri in tutto) risulta o dalla registrazione dei casi in un proprio sistema informativo che ospiti le definizioni sindromiche o da una registrazione quotidiana cartacea con scheda apposita. Ogni martedì il medico inserirà sul web la somma dei nuovi casi visti dalla mattina del martedì della precedente settimana alla sera del lunedì, il giorno prima della notifica. La scheda web sui casi settimanali va compilata entro le 24 del martedì della settimana successiva a quella cui si riferiscono i dati. Si registreranno solo i nuovi casi come numero, senza identità della persona. I casi persistenti saranno registrati la 1° volta come un unico caso. Poiché è possibile osservare sindromi simili nello stesso paziente, nel tempo, in questi casi, si definisce come caso nuovamente incidente un paziente, in precedenza segnalato come caso di medesima sindrome, solo se tra prima segnalazione e nuova sia passata una settimana senza sintomi. Ogni medico riceve un codice di accesso al sistema che andrà riportato sulla scheda settimanale.

Il coordinamento. Esso si basa su una connessione in rete dei medici con i rispettivi SEP e con l'OER regionale. I SEP intervengono in caso di emergenze infettive e condividono il flusso informativo del sistema. L'OER raccoglie i dati e li colloca in rete.

Definizione clinica dei casi. Si tratta di sindromi di sospette malattie infettive, da segnalazioni appena identificate, senza attendere diagnosi: la segnalazione nella sorveglianza sindromica non elimina l'obbligo di notifica.

Caso di sindrome gastrointestinale. Caso di sindrome itterica acuta. Caso di patologia cutanea a probabile etiologia infettiva

Periodo e modalità raccolta dati. I dati dovranno essere raccolti a partire dalla 48a settimana del 2010 (Martedì 30 novembre- prima notifica martedì 7 dicembre) fino alla 5a settimana del 2011 (martedì 1 febbraio). Per consentire una stima corretta dell'incidenza delle sindromi il medico deve comunicare l'eventuale assenza di casi per quella specifica settimana (zero reporting): la scheda web non sarà chiudibile se ciascuna delle sue celle non è compilata da un numero (anche uno zero).

Invalidità civile, norme in rodaggio

I medici e la nuova disciplina. Ridefinire la "mission"

Vinicio Lombardi

Presidente Medicina e Persona Campania

L'articolo che segue nasce dal desiderio di provocare un dialogo tra noi medici, sullo scopo del nostro lavoro, su un aspetto particolare quale è la tutela del soggetto invalido civile ed il suo riconoscimento.

La legge 3 agosto 2009 n.102 all'art.20 comma 1, prevede che "a decorrere dal 1° gennaio 2010 ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, e sordomutismo, handicap e disabilità, le Commissioni mediche delle Aziende Sanitarie Locali sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo. In ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS".

La stessa legge prevede che la domanda volta ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, sia presentata all'INPS. L'Istituto trasmette in tempo reale ed in via telematica le domande alle Aziende Sanitarie Locali.

In sostanza le novità che ex lege vengono previste sono: "una generale contrazione dei tempi di attraversamento del processo di erogazione delle prestazioni"; un iter amministrativo che comporta una domanda diretta all'INPS per via telematica; una "certificazione medica" on line del medico certificatore; l'integrazione di un medico dell'INPS nelle commissioni ASL; il riconoscimento dell'INPS quale unico legittimato passivo nell'ambito del contenzioso giudiziario.

Le novità sono tante aprendo prospettive nuove, soprattutto per gli utenti, che dovrebbero in tempi rapidi veder esauditi i loro diritti. Solo per questo, è giusto e condivisibile la sfida della riforma, accettando il lavoro che questa comporta.

Non si può tuttavia non riferire, che allo stato il medico dell'INPS fa parte come componente effettivo delle commissioni, quando può, cioè quando l'INPS lo invia; che la telematizzazione presenta diversi problemi in quanto il programma utilizzato è vecchio, lento e poco agevole, creando notevoli difficoltà applicative alle commissioni operanti sul territorio.

Anche le direttive INPS si sono ripetute spesso contraddicendosi, per la scarsa conoscenza delle problematiche, e per la poca consapevolezza delle condizioni di chi operava sul territorio. Si è partiti con la telematizzazione a gennaio 2010, ma molte realtà territoriali hanno avuto i computer solo a luglio, ed i collegamenti a settembre.

Revisioni, rogatorie, assenti, sono diventati oggetto di continue richieste di chiarimenti per sapere chi doveva occuparsene, a svantaggio degli utenti.

A fronte di una progressiva preoccupazione per "i falsi invalidi" (eccessiva?), molti soggetti sottoposti a visita di revisione in quest'anno, si sono visti sospendere l'assegno di invalidità in attesa di ricevere gli arretrati. E nel nostro territorio, in cui la realtà dell'usura è una piaga esistente, che pesca soprattutto nelle frange più povere della popolazione, urge una risposta immediata da parte dell'INPS, che rivendica insufficienza di personale, ecc., ecc.

Sarebbe stato più realistico pensare ad un periodo di transizione, che è mancato del tutto, prima della riforma, per consentire un periodo di apprendistato per gli operatori delle aziende sanitarie e dell'INPS stessa (per

i propri amministrativi e per il nuovo personale medico assunto).

Ma l'obiettivo del nostro articolo non è mettere in evidenza i problemi della transizione, che speriamo siano presto superati, quanto aprire un dialogo sulla situazione a regime, sullo scopo del lavoro dei medici che si occupano di tale materia.

In sostanza la domanda è: qual'è la nostra "mission"? La domanda è, non se c'è uno scopo o no, ma: qual è lo scopo

del nostro lavoro.

Perché in sanità siamo chiamati in modo immediato ad entrare in contatto con la devastazione umana e culturale in cui siamo immersi, affermando un metodo.

E' necessario passare dall'implicito all'esplicito, affermando gli obiettivi che si perseguono. Questo è il metodo, ed il metodo sta in piedi se si sa dove si vuole arrivare.

Come abbiamo scritto all'inizio, quello che a noi preme, è poter dialogare rimettendo a tema gli obiettivi del nostro lavoro.

Perché se una riforma in materia di invalidità civile è volta ad abbattere i tempi dell'iter amministrativo, ben venga se risponde alle esigenze di chi è nel bisogno.

La definizione degli obiettivi ha come passo successivo, la loro condivisione con tutti gli operatori, dentro la corresponsabilità di ciascuno, mettendo sempre al centro la persona invalida.

Chiediamo su questo il contributo di tutti.

L'obiettivo non è mettere in evidenza i problemi della transizione, che speriamo siano presto superati, quanto aprire un dialogo sulla situazione a regime, sullo scopo del lavoro dei medici che si occupano di tale materia e ridefinire la "mission" del medico

Donne medico: svolta da costruire

In un convegno il consuntivo sulle pari opportunità

Sandra Frojo

Odontoiatra - Componente Commissione Pari Opportunità

Il presente e il futuro, i punti di forza e le criticità della professione medica ed odontoiatrica al femminile i temi del convegno, organizzato dalla Commissione Pari Opportunità, che si è tenuto mercoledì 17 novembre nella sala dell'Ordine.

Il Presidente Gabriele Peperoni ha subito introdotto l'argomento fornendo i primi numeri che indicano come con i trend attuali, la popolazione tra i 30-70 anni di Medici Chirurghi e Odontoiatri sarà al 50% femminile tra meno di 20 anni. Nel 2009, l'età media delle Professioniste donne è già di 5 anni inferiore agli uomini (45 anni contro 50). L'andamento delle posizioni ENPAM negli anni 2005-2008 confermano questi dati e destano non poche preoccupazioni sui correttivi da adottare, come indicato da Silvestro Scotti.

"Pur in presenza di un quadro normativo articolato permangono ostacoli al raggiungimento delle pari opportunità tra uomini e donne" ha esordito la Prof.ssa Maria Triassi. Dati della Ragioneria di Stato 2006 alla mano le donne medico nel Sistema Sanitario Nazionale sono il 32,3% del totale, i Primari di reparto superano appena il 10% (nel 2008 su un totale di 9.703 primari le donne erano 1.239), il numero delle dirigenti di struttura semplice arriva al 27,3%. Il mondo accademico rappresenta un caso emblematico di discriminazione femminile: le Ricercatrici universitarie sono il 42,9% Professori ordinari donna 15,9% (anche in facoltà come farmacia e psicologia a forte prevalenza femminile) Presidi di facoltà donna 11,3% Rettori sono 2 su 83, pari al 2,4%.

Eppure l'organizzazione gestita da donne è più efficace e produce benessere, come dimostrato dagli studi presentati dalla dott.ssa Castellana, un "valore aggiunto" che sta delineando un modello di Leadership al femminile le cui caratteristiche peculiari sono: la disponibilità ad assumersi responsabilità, l'orientamento agli altri, la capacità di ascolto, la rettitudine.

Coniugare la salute secondo le differenze di genere, in ogni ambito di attività (preventiva, diagnostica, curativa, riabilitativa) è un obiettivo che dobbiamo raggiungere e non dobbiamo ricadere nella pregiudiziale delle differenze di sesso della vecchia medicina, come ha spiegato la dott.ssa Reale con grande entusiasmo e ironia. Il prof. Serpieri ha indicato le ragioni e i motivi di una "onda rosa che avanza" e una "marea azzurra che si ritira" e di come ogni cambiamento vada analizzato da tutti i punti di vista.

Dal modello maschile, "tanta competitività e poco tempo libero" si dovrebbe andare ad un approccio più

femminile, più collaborativo, meno competitivo, orientato anche alla necessità di ricavare più tempo per la gestione della vita familiare afferma la chirurga Almerinda Capobianco.

Il concetto di "empowerment" compare nella relazione della dott.ssa A. Bulfone che ha sottolineato l'importanza di mettere in piedi le azioni e gli interventi necessari a rafforzare il potere di scelta degli individui migliorandone competenze e conoscenze.

Nella valutazione dei rischi presenti negli ambienti di lavoro gli standard sui limiti di esposizione al rumore, al caldo, al freddo, etc. sono basati su un lavoratore medio di sesso maschile, è indispensabile una valutazione dei rischi rispetto alla differenza di genere in rapporto alla diversità biologica riferita a peso, taglia, massa ossea, muscolare, adiposa cosa tutt'altro che semplice come riferito dalla dott.ssa Sardelli.

Le donne Odontoiatre, libere professioniste nella quasi totalità dei casi, sottolineano come l'ENPAM prevede secondo la legge 379/90 una indennità di maternità (periodo 2 mesi precedenti la data del parto e 3 mesi successivi) ma non copre minimamente la gravidanza a rischio, creando una grave disparità di trattamento rispetto ad altre colleghe ospedaliere e alle iscritte all'INPS.

Giannamaria Vallefuoco, coordinatrice della commissione pari opportunità, ha moderato con Elena Capriola il momento della tavola rotonda: uno straordinario dialogo fra donne che esercitano la professione in ambiti diversi - avvocato, commercialista, ingegnere, architetto, giornalista - che reciprocamente si riconoscono in azioni e progetti comuni perchè le donne possano finalmente lavorare meglio.



I problemi della libera scelta

Arduo conciliare autodeterminazione e dovere terapeutico

Alfonso Zarone

*Docente universitario di Medicina legale e delle assicurazioni
Primario emerito dell'Ospedale Cardarelli di Napoli*

L'atto di scelta del Cittadino non può condurre, secondo l'attuale assetto normativo, alla determinazione di un danno certo alla sua persona, rappresentato dalla morte ovvero dall'invalidità, in quanto le leggi vigenti non consentono di affermare, senza ombra di dubbio, l'esistenza del diritto assoluto a disporre della propria vita e della propria integrità fisica! Il nostro ordinamento giuridico impone infatti la tutela della vita e della salute anche al di là della volontà del soggetto, tanto che punisce l'omicidio del consenziente (art 579 CP), la partecipazione all'altrui suicidio (art 580 CP) e vieta gli atti che comportino la diminuzione permanente dell'integrità fisica (art 5 CC).

Il Cittadino che attui comportamenti autolesivi segue quindi una linea di condotta antisociale, compromettendo, in conseguenza di un'invalidità prescelta e da lui direttamente condizionata, anche il suo obbligo di "svolgere, secondo la propria possibilità e la propria scelta, un'attività od una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società" (Cost. art 4, II comma)!

I problemi per il medico impegnato in attività di pronto soccorso, sono divenuti ancor più complicati dopo l'entrata in vigore della Legge N° 6 del 2004, che, come è noto, ha introdotto nel nostro ordinamento la figura dell' "amministratore di sostegno" a tutela di chi, per infermità o per una minorazione psichica o fisica, versi nell'impossibilità, anche parziale e temporanea, di provvedere ai propri interessi. Questa figura è stata accolta e considerata efficace anche in ambito sanitario per rappresentare la volontà del paziente che non sia in grado di manifestare un consenso o un dissenso consapevoli. V'è peraltro da riflettere sulle difficoltà che potrebbero presentarsi per il medico di un pronto soccorso in presenza di un infortunato in stato di coma - poniamo con un arto sanguinante da amputare - per il quale sia stata resa nota dall'accompagnatore l'esistenza dell'Amministratore di sostegno.

Che fare? Attendere l'intervento dello Stesso, dopo averlo fortunatamente identificato e reperito, allo scopo di assicurarsi il suo consenso per eseguire l'amputazione dell'arto - concentrandosi così il rischio di morte dell'infermo - ovvero amputare l'arto, fiducioso nella tutela che gli assicura l'art. 54 del C.P. in ambito penale? Con ogni probabilità il Medico, ispirato e condizionato dal giuramento ippocratico - "primum non nocere" -, amputerà l'arto! Ma siamo certi che in un caso del genere il Medico non sarà poi trascinato, dallo stesso in-

fortunato cui ha salvato la vita, in un giudizio civile per il risarcimento del danno indotto dallo stato invalidante? Le difficoltà diverranno ancor più numerose e complesse se sarà varata un'altra normativa: quella del cosiddetto "testamento biologico", problematica che, per la sua vastità e peculiare specificità, esula dal fine di questo scritto, anche se mi sento spinto a non rinunciare del tutto ad esprimere un sia pur sommario parere. In merito, v'è infatti da domandarsi come una persona possa precisare quali dovranno essere gli interventi terapeutici da non attuare sulla propria persona, a priori e senza sapere quali saranno le patologie che in futuro potrebbero condurlo in limine vitae e privo della capacità di intendere e di volere! Oltre tutto si può essere certi che, di fronte alla realtà concreta della morte, imminente ma ancora evitabile, egli, qualora fosse in grado di manifestare la sua volontà, non potrebbe chiedere al medico di salvargli comunque la vita, anche con un intervento chirurgico demolitivo: quello vietato - per così dire... "a mente fred-

Le leggi in vigore non consentono di affermare l'esistenza del diritto assoluto per il cittadino a disporre della propria vita e della propria integrità fisica. E intanto nuove normative aumentano il carico decisionale del medico di pronto soccorso. Le difficoltà di legiferare sul testamento biologico

da" - nel testamento biologico? Sulla base di queste considerazioni, non sarebbe molto più semplice ed efficace chiarire e ratificare, ope legis, le condizioni che devono sussistere per definire la realtà clinica dell' "accanimento terapeutico"?

Non si potrebbe ideare ed articolare una procedura ad hoc, per ratificare, collegialmente e volta per volta, se le cure ulteriori debbano considerarsi espressive di un inutile "accanimento terapeutico"?

Sulla sospensione delle cure inutili e sulla condanna dell' "accanimento terapeutico" sono tutti d'accordo: i Medici, i cultori dell'etica laica e di quella religiosa, qualunque persona benpensante. Un esempio illuminante dell'atteggiamento della Chiesa cattolica su questo tema ci viene dal rifiuto espresso dal Papa Giovanni Paolo II - ormai in agonia ma lucido e consapevole - di essere trasferito al Policlinico Gemelli di Roma!

Ed il Suo atto di volontà fu rispettato: il che consente di ritenere così affermato anche dalla Chiesa Cattolica il principio della liceità del rifiuto delle cure ormai inutili ed espressive solo di un inaccettabile "accanimento terapeutico"!

Officina Cochrane difende i malati

Una società scientifica internazionale detta le priorità

Salvatore Panico

Docente di Metodologia clinica

Facoltà di Medicina e Chirurgia Federico II Napoli

L'Officina Napoli Cochrane mette insieme professionisti della salute, che operano a vari livelli e con differenti professionalità nell'area regionale campana, con l'obiettivo di favorire una pratica clinica che risponda alle esigenze di tutela della salute dei cittadini. Il cittadino/paziente assistito è il centro delle attività dell'Officina. Un'attività che si ispira ai principi moderni dell'approccio evidence-based, capace di sostenere la scientificità delle scelte in ogni ambito di tutela della salute.

L'Officina Napoli Cochrane è parte del network del Centro Cochrane Italiano, che è a sua volta la componente italiana della Cochrane Collaboration, società scientifica internazionale che ha come obiettivo la promozione di una conoscenza per la pratica clinica ispirata all'evidenza scientifica, in un contesto di indipendenza da interessi diversi da quelli dei cittadini/pazienti e con una specifica attenzione alle esigenze di competenza di questi ultimi.

Per questo, l'Officina si è impegnata a promuovere iniziative di ricerca clinica e sociale, come di formazione e aggiornamento professionale, proponendo su alcuni problemi di grande interesse per la comunità alcuni workshop, cui hanno partecipato esperti ricercatori nazionali ed internazionali, insieme a dirigenti dei servizi sanitari e noti operatori della comunicazione.

Nel mese di ottobre è stato organizzato un workshop che sollecitasse una riflessione costruttiva sulla vicenda dell'epidemia di influenza suina annunciata nello scorso anno e sulle conseguenze che questa vicenda ha avuto e sta avendo nel determinare la inter-relazioni tra cittadini/pazienti, operatori della salute ed istituzioni sanitarie. Al workshop hanno partecipato esperti nazionali per le malattie infettive, clinici universitari ed ospedalieri, medici di medicina generale, esperti di divulgazione scientifica, giornalisti scientifici o responsabili di rubriche per la salute, cittadini singoli o associati. L'analisi storica e scientifica del tema, insieme alla riconosciuta rilevanza dell'argomento ha stimolato la produzione di una position paper che viene riportato di seguito.

L'officina Napoli Cochrane ha tenuto un seminario di riflessione sulla vicenda del rischio di pandemia di H1N1, nota anche come influenza suina, annunciata nell'aprile 2009 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e che nella seconda parte dello scorso anno ha richiesto a cittadini ed operatori della salute uno speciale livello di attenzione registrato ed amplificato dai media nazionali e locali e che ha influenzato in manie-

ra consistente anche le risorse finanziarie pubbliche nazionali e locali.

Il seminario ha visto confrontarsi epidemiologi, clinici, medici di Medicina Generale (MMG), dirigenti del Servizio Sanitario Regionale e professionisti della comunicazione e della divulgazione scientifica. La ragione di questo incontro è dovuta all'esigenza di fare chiarezza su una vicenda che è parsa costellata di errori ed omissioni e che ha contribuito a minare ulteriormente la relazione tra cittadini ed istituzioni sui temi della tutela della salute. In particolare la questione della definizione di soluzioni opportune da proporre alla popolazione in condizione di emergenza è stata in gran parte inquinata da questi errori ed omissioni, procurando la formazione di

La Cochrane Collaboration, con le sue filiali italiane, persegue lo scopo di una conoscenza per la pratica clinica, ispirata all'evidenza scientifica e all'indipendenza da interessi estranei a quelli dei malati. A Napoli un workshop sulla pandemia di suina

anticorpi nei confronti di annunci di potenziali pericoli futuri e, indirettamente, un danno rilevante anche a quei programmi di prevenzione delle epidemie influenzali stagionali che costituiscono un'importante difesa di gruppi di popolazione a rischio di complicanze.

Particolare attenzione nel seminario è stata data alla ricostruzione della vicenda proprio a partire dal lancio dell'allarme da parte dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità nell'aprile 2009. Tale ricostruzione ha evidenziato alcuni passaggi critici sui quali è apparso indispensabile soffermarsi:

- L'annuncio del rischio di pandemia è stato dato da una commissione dell'OMS senza che l'indipendenza da conflitti di interesse di rilevanti figure professionali in essa presenti fosse scrutinata;
- La commissione ha dato indicazioni nonostante questa grave situazione e senza che nessun organismo di controllo ne modificasse la composizione in maniera sollecita;
- La quasi totalità dei governi nazionali europei non ha obiettato alcunché su queste indicazioni;
- Le agenzie nazionali di controllo sanitario, di supporto al Ministero della Salute, hanno sottoscritto queste indicazioni;
- Il nostro Paese non si è comportato in maniera diversa da altri Paesi europei in relazione alla presenza di queste indicazioni, distinguendosi tuttavia nella sollecita acquisizione di enormi quantità di dosi vaccinali, materialmente giunti all'utilizzo solo nell'autunno, per giunta attraverso vie di acquisizione non "con-

trollate”, direttamente gestite dalla Protezione Civile;

f) Questa acquisizione è stata confermata, nonostante l’andamento dell’infezione già in agosto indicava un errore di valutazione sulla densità epidemica del fenomeno, con un ridimensionamento che avrebbe potuto suggerire un comportamento di spesa più prudente;

g) I MMG sono stati sottoposti ad una pressione da parte delle istituzioni centrali e periferiche, rafforzata da campagne mediatiche, a vaccinare i loro assistiti che è partita prima ancora della disponibilità del vaccino ed è continuata anche quando si capiva (e i cittadini lo avevano immediatamente percepito) che la pandemia non si era verificata ed i cittadini avevano smesso di richiedere la vaccinazione;

h) I media televisivi e la carta stampata hanno scelto la strada della drammatizzazione nella prima fase per finire nella totale assenza di informazioni nella fase finale della vicenda quando sarebbe stato necessario spiegare come erano andate le cose con indipendenza e spirito critico (anche sul loro comportamento).

La storia della presunta pandemia di suina è emblematica per molti aspetti che richiedono, secondo quanto concluso nel seminario dell’Officina Napoli Cochrane, la messa in campo di atteggiamenti da parte delle istituzioni politiche e tecniche sanitarie centrali (nazionali ed internazionali) e periferiche e dei media che si possono così riassumere:

1. La trasparenza delle decisioni di dichiarazione di pericolo di epidemie e pandemie va garantita, individuando con decisione i conflitti di interesse anche potenziali ed altrettanto con decisione rimuoverli.
2. E’ necessaria la strutturazione di una procedura di interazione rapida (non burocratica) che armonizzi le decisioni operative non solo tra istituzioni centrali e periferiche, a livello del SSN, ma tra queste e gli operatori che veramente “vedono” pazienti e cittadini (come i MMG), in maniera da evitare l’intromissione di spettacolarizzazioni mediatiche del tutto controproducenti sull’efficienza del servizio ai cittadini e ovviamente sull’efficacia delle azioni attivate.
3. E’ indispensabile fornire indicazioni per arricchire in maniera corretta il bagaglio conoscitivo degli operatori dei mass media e pretendere da essi l’adesione a codici di comportamento professionale eticamente corretti, al fine di limitare i danni mediatici in situazioni “definite” di emergenza. Con queste indicazioni di contenuti i mass media dovrebbe innanzitutto confrontarsi prima di avviare strategie di spettacolarizzazione.
4. E’ opportuno creare un codice di comportamento professionale in situazioni “definite” di emergenza, che sia più aderente alle valutazioni scientifiche e che queste valutazioni siano non semplicemente “date” ma filtrate rapidamente da organismi indipendenti nazionali.
5. Si deve investire su iniziative che rendano i cittadini consapevoli della necessità di quanto detto ai punti precedenti e di garantire informazione completa e corretta su ogni tipo di procedura ad essi proposta.

Malattie rare e medici di famiglia

Gaetano Piccinocchi
Consigliere OMCeO Napoli



Le malattie rare costituiscono uno straordinario banco di prova di efficacia e di efficienza per il Sistema Sanitario Nazionale, ma lo sono ancor di più per il medico di famiglia nel suo approccio umano al paziente e nella sua professionalità competente.

Le malattie rare offrono importanti criticità in tutto l’arco del loro iter curativo, dalla diagnosi (ci vogliono in media 3-5 anni per una diagnosi e non è raro raggiungere i 7 anni) alla terapia (sono malattie croniche, ingravescenti, in pochi casi dispongono di una terapia farmacologica che spesso è classificata come orfana), all’assistenza (la cronicità e l’ingravescenza delle malattie rare complicano la definizione di politiche sociosanitarie), al controllo della malattia e delle complicanze e, per finire, con la presa in carico (l’invalidità e la disabilità, componenti frequenti nelle malattie rare, pongono problemi complessi e diversi nell’età pediatrica ed adulta).

Pur con sporadiche eccezioni, alle criticità segnalate si aggiunge la mancanza di informazioni e di strumenti utili per aiutare il medico di famiglia sia nella sua formazione sia nel suo quotidiano lavoro con i pazienti. Lacune che rendono impossibile un’efficace presa in carico del paziente da parte del medico di medicina generale con esiti gravi, soprattutto in considerazione delle peculiarità delle malattie rare di condizionare completamente la qualità di vita delle persone colpite e di esigere un approccio necessariamente multidisciplinare ed olistico al paziente.

Nel mondo anglosassone, dove la medicina generale è materia di insegnamento universitario con la stessa dignità di qualsiasi altra branca specialistica, essa viene definita come la disciplina medica che offre una assistenza continua, completa ed orientata alla prevenzione a livello comunitario. Nel nostro panorama sanitario nazionale il medico di famiglia è una delle poche figure professionali in grado di vedere soggetti sani, dal momento che in un anno viene contattato dal 75% circa dei suoi pazienti e dal 100% circa in 3 anni, e che mediamente un assistito si reca da lui circa 5 volte l’anno. Ne deriva che il medico di famiglia occupa una posizione strategica nella diagnosi precoce di malattia rara. Dovrebbe essere, inoltre, il case manager, ovvero l’operatore che si fa carico di tutte le esigenze della persona assistita, intervenendo anche nei rapporti con la famiglia, le istituzioni, il personale sanitario, ecc. Al medico di famiglia non dovrebbe sfuggire nulla dello spettro fenomenologico presente nei suoi pazienti. La sua cultura dovrebbe consentirgli di riconoscere, definire e trattare, tutto quanto meriti di essere riconosciuto, defini-

Dentisti a scuola di marketing

Le linee guida per un corretto "business plan"

Antonio Pelliccia

*Professore Economia e Organizzazione Aziendale
Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma*

Per parlare di marketing è doveroso soffermarci su alcune non tanto ovvie considerazioni alla base delle quali vi è sempre la consapevolezza che il marketing sia una cosa seria, come un farmaco per l'azienda e che vada somministrato da professionisti specializzati, sebbene sembri più logico, ma non scientifico, "copiare l'esperienza da un dentista collega". Vi fareste prescrivere la dieta da un conoscente solo perché lui è dimagrito in qualche modo qualche kg? Oppure andreste da uno specialista dietologo, da un medico della nutrizione? Sceglietevi ma sappiate: la strategia di marketing è sempre individuale, perché non esiste la decisione giusta ma la migliore in quel momento. Il Marketing è una branca delle scienze e delle discipline economiche aziendali, chi la insegna deve conoscerne i rischi, le metodologie ed i processi teorico pratici attraverso la consulenza in diverse aziende (studi dentistici) con diverse caratteristiche estrinseche ed intrinseche.

Ho stabilito 46 domande sul Marketing Odontoiatrico. Vediamo le prime 4 domande e nel corso dei prossi-

mi numeri della rivista esamineremo di volta in volta le altre

1 – È vero che i costi del marketing li paga sempre il paziente/cliente?

Sì

2 – È etico per un medico "commercializzare la professione" e "vendere" la prestazione?

No, un medico non deve "vendere" ma "farsi preferire". Non deve "commercializzare" ma deve saper "comunicare".

3 – Indipendentemente dal fatto che la Legge permetta oggi certa pubblicità sulle riviste, conviene? Porta realmente pazienti allo studio?

Il riscontro è deludente e spesso chi lo fa non ha un sistema di misurazione dei risultati attesi ed investe per "emulazione" invece che in seguito ad una pianificazione di una strategia di comunicazione mass mediatica.

4 – Per i pazienti, uno studio medico che fa tanta pubblicità è considerato migliore?

In un momento di congiuntura economica come quello che stiamo attraversando, i consumatori hanno modificato non solo la quantità di spesa sanitaria da dedi-

RIFLETTORI

segue da pagina 21

to, trattato. Ciò nonostante a fare diagnosi sono soprattutto gli specialisti in più di 8 casi su 10, mentre i medici di medicina generale ipotizzano una malattia rara solo nel 4,2% dei casi (i pediatri nel 16,75), pur sapendo che tra i 1500 assistiti di un medico di famiglia vi dovrebbero essere dai 4 agli 8 pazienti con malattia rara.

Anche quando la diagnosi viene effettuata da un centro di riferimento, spesso è il paziente stesso che funge da raccordo con il proprio medico, riportando i contenuti della comunicazione e nello stesso tempo ponendo domande su prognosi e prospettive terapeutiche.

Tutto ciò denota una totale mancanza di informazioni e di strumenti utili per aiutare il medico di medicina generale sia nel suo percorso formativo, sia nel suo lavoro quotidiano nei confronti di tali pazienti.

Obiettivo di un efficace ed efficiente SSN dovrebbe essere quello di far crescere nei medici di famiglia la cultura delle malattie rare per migliorare le risposte assistenziali e di conseguenza la qualità di vita dei propri pazienti. Andrebbero quindi colmate sia le carenze informative (normativa vigente, centri di riferimento locali, diritti all'assistenza ticket), sia carenze formative (ECM – ASL – in-

dustria farmaceutica) che porrebbero il medico di famiglia a ricoprire quel ruolo di indirizzo ad un centro specialistico al primo sospetto, e di tramite tra centro e paziente e di garanzia della continuità assistenziale.

Tutto ciò potrà avvenire solo attraverso un movimento di sensibilizzazione e di corretto indirizzo sul tema e sui problemi delle malattie rare, attraverso una reale, efficace ed efficiente collaborazione tra il medico di famiglia, gli specialisti e le associazioni dei pazienti (questi ultimi utile cerniera tra il medico ed il paziente ma anche supporto informativo ed orientativo per i medici nel loro lavoro).

La sfida e l'obiettivo che accomuna e unisce pazienti, professionisti ed erogatori di prestazioni è garantire la migliore risposta nel momento del bisogno.

Per attuare tutto ciò la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) e la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG), in collaborazione con UNIAMO (la federazione italiana delle malattie rare), SIP e SIMGPed, hanno organizzato un corso di formazione (accreditato ECM) rivolto a medici di famiglia e pediatri di libera scelta, che si è svolto a Napoli il 4 dicembre 2010 presso l'Istituto di Genetica del CNR in via Pietro Castellino 111.

Gaetano Piccinocchi

care all'odontoiatria, ma soprattutto la "consapevolezza" nel modo di spendere. Le scelte dei pazienti sono maggiormente ponderate e selezionate sulla base di parametri precisi e di natura "psico-socio-economici". Il dentista più bravo è quello di cui gli altri parlano bene, non quello che... "si parla" bene da solo.

Approfondiamo adesso brevemente la prima domanda in modo scientifico, rimandando ad una formazione più completa (CPA), coloro che sono interessati.

1 - I costi di marketing

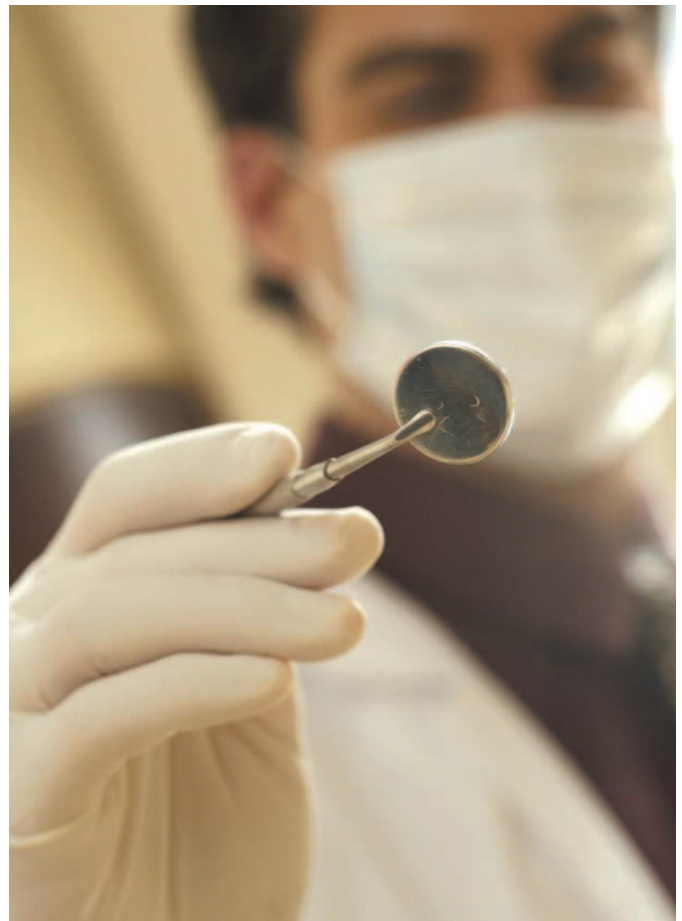
Quando un dentista spende un euro di pubblicità, deve sempre ricordarsi che per possedere o per recuperare quell'euro, deve lavorare su un paziente. Quindi facciamo un esempio:

Tiziano (dentista) spende circa 2.000 euro per farsi pubblicità su una rivista di moda locale.

Per poter spendere questi soldi, Tiziano deve lavorare per circa 18.000 euro, rinunciando al suo profitto. Perché? Semplice! Vediamo l'esempio:

Tiziano dall'incasso di 18.000 euro deve togliere i costi per produrre tale incasso. Tali costi sono i costi fissi e variabili prima di tutto. I suoi costi fissi (studio, personale, leasing, ...) sono mediamente pari al 38% del fatturato (6.840 euro) ed i suoi costi variabili (materiali, tecnico, monouso), mediamente pari al 30% del fatturato (5.400 euro). Dobbiamo adesso togliere i soldi frutto degli Studi di Settore, perché Tiziano ha incassato e deve pagare le imposte, inoltre dobbiamo considerare anche che per realizzare tale incasso ha dovuto gestire un rischio di impresa. Il margine di profitto minimo che deve realizzare, secondo i suoi Studi di Settore, è del 20% sul fatturato, pari a 3.600 euro. Per cui: $6.840 + 5.400 + 3.600 = 15.840$ a cui aggiungere i 2.000 euro di pubblicità come ulteriore costo. Ecco spesi tutti i 18.000 euro di incasso. Perché Tiziano vada in pari deve adesso recuperare da questo "investimento" pubblicitario di 2.000 euro ben 18.000 di lavoro!

- Se invece il dentista spendesse "verso i propri pazienti"?
- Se invece il dentista utilizzasse la potente leva del "pas-



- "saparola" ed attraesse così i familiari, gli amici ed i conoscenti dei propri pazienti o dei propri amici?
- Se, in seguito ad una costante attività di pubbliche relazioni, il dentista attivasse una campagna di "referral marketing"? (CPA – Corso Pratico Annuale di Management – www.arianto.it)

Il Business si concretizza in modo "lineare", acquistando pazienti nuovi attraverso il rafforzamento della relazione con i pazienti abituali dello studio ed attraverso anche le pubbliche relazioni del dentista e del suo team.

In questo secondo Business Plan, il dentista riesce a "capitalizzare" l'investimento, in quanto la pubblicità attraverso il passaparola (referral marketing) è qualitativamente, oltre che quantitativamente, più efficace; permane nel tempo nella memoria del paziente e riesce a costruire una forma esponenziale di business, sicuramente etico.

Possiamo adesso scrivere la prima e la seconda Legge del Marketing Odontoiatrico (Edizioni ACME – Il Marketing Odontoiatrico – Autore: Antonio Pelliccia)

Prima Legge: "Il dentista non deve vendere ma farsi preferire."

Seconda Legge: "Il successo del dentista è solo nei suoi Pazienti Divulgatori"





L'ARTE DEL COMIZIO

Come sono cambiate le tecniche per captare il consenso altrui. Dalla retorica tribunizia alle baruffe mediatiche fino al Grande Fratello

Francesco Iodice
Già direttore U.O. sc
di Pneumologia, Cardarelli



*Gli uomini a parole sono tutti uguali,
è nei fatti che si differenziano.*

Voltaire

C'è ancora qualcuno che ricorda i bei comizi di una volta? Solo quelli che hanno più di quaranta anni, perché la perdita dell'arte del comizio risale a circa 40 anni fa. Sull'etimologia l'arcigno prof. del liceo sentenzierebbe: "Comizi, convenire in un luogo; composto da com=cum, con ed ire, andare; intendesi ogni tipo di adunanza per motivo di voti elettorali". A pensarci viene nostalgia: c'erano comizi di piazza, di caseggiato, di mercato, di vicolo e perfino volanti. Nel 1954 Leonardo Sciascia arrivò in corriera ad Agrigento per sentire Fanfani che parlava da un gran palco con le sembianze della prora di una nave. Il piccoletto arrivò al microfono (molto probabilmente issato su una pila di giornali per raggiungere l'altezza giusta), sventolò un fazzoletto bianco, tirò fuori un foglietto con le otto domande che i comunisti gli avevano rivolto e disse: "Rispondo a tutte con il titolo di un'opera di Leoncavallo: Pagliacci!".

Per il comizio perfetto c'era poi da considerare la valenza climatica, oltre che sensoriale: da tenersi in un giorno né troppo caldo, né troppo freddo, ma soprattutto in un giorno senza pioggia. C'era una tecnica, una sapienza e perfino una scienza, tanto che il professor Andreatta, prima di fissare una data, consigliava agli organizzatori di riguardarsi il bollettino meteorologico dei sette anni precedenti. Era un'arte molto fantasiosa, tendente anche a disturbare i comizi degli avversari. Nel 1953, ai tempi della campagna elettorale contro i "forchettoni", proprio in prossimità dei comizi democristiani, i comunisti facevano lentamente salire in cielo dei palloncini da cui pendevano enormi forchette di cartone: il pubblico si distraeva, gli ora-

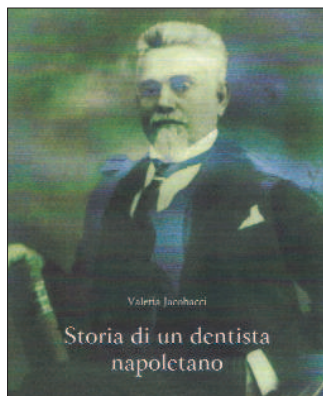
tori non potevano far finta di nulla. La parola Mezzogiorno era la più usata. La mia generazione ne ha conosciuto un uso geopolitico che indicava il sud d'Italia in accezione non astronomica, ma sociale ed economica. Un oratore in un paese dell'hinterland napoletano nel 1954 si infervorò per oltre un'ora sul tema: "La questione del mezzogiorno è in cima ai programmi del partito!". Applausi, strette di mano, abbracci, congratulazioni; poi, il comiziante, mentre si recava al bar per sorbire una buona tazzulella 'e caffè, fu intercettato dal contadino Tatonno 'o camuso che gli si parò davanti e <Scusa, cumpa'> gli fece cortese, ma perentorio, <A mezzogiorno ancora arrangiamo; ma è 'a sera che nun tenimmo niente a magnà!>. La questione meridionale era servita.

I comizianti piazzaioli dovevano avere uno stile semplice, ma al tempo stesso vibrante, enfatico, colorito, il più delle volte cedevole alle lusinghe della più scoperta demagogia. Un pomeriggio nella piazza rimbombarono le note dell'inno dei "nemici": "Avanti popolo alla riscossa, bandiera rossa trionferà...". Proprio davanti alla sede dell'Arciconfraternita del santo patrono San Mauro e, sotto lo sguardo atterrito dei piissimi soci, era stato montato il palco dei rossi: sui drappi marxisti che coprivano le tavole di legno e su due bandiere vermiglie campeggiavano i "terribili" simboli di falce e martello; tre o quattro poveracci reggevano altrettanti drappi appostati sotto il palco. Il colpo d'occhio che offriva la piazza era ben strano: praticamente era vuota perché tutti gli ascoltatori – terrorizzati dall'eventualità di essere ritenuti complici di quella "gentaglia" stalinista – e, temendo ritorsioni da parte dei potenti del luogo – si tenevano a grande distanza dalla manifestazione: stavano ammassati lungo i muri, facendo finta di niente; volevano ascoltare perché la loro curiosità era grande ma volevano soddisfarla con il diritto dell'impunità. D'un tratto la musica cessò, un tribuno sindacalista della CGIL afferrò il microfono e cominciò a pronunciare parole in gran parte incomprensibili: "Lotta di classe, comitati di liberazione, guerra ai ricchi padroni, casa per tutti, vittoria

del proletariato,". I quattro sotto al palco applaudirono, due alzarono in alto il pugno sinistro. I loro applausi, benché sparuti, rimbombarono in modo sinistro nella piazza gelidamente silenziosa che pensava: "Tengo famiglia". Il comizio sembrava finito, il tribuno però riprese a parlare: "Compagni, ora...", ma una voce baritonale - proveniente dalla parte opposta della piazza - sovrastò e interruppe l'oratore: "Né, ma dove te si 'mparate tutte 'sti scemenze, io vengo da nuovaiorche, songo stato a bruculine, tengo 'a casa nel niugersi, ma tante palle nun l'aggio maje sentute. Mò, scinne da là 'ncoppa e, assieme a chisti tre pezzienti, vattenne dinto 'o vascio d'è e comuniste!". Tutti si girarono verso il lato da cui proveniva l'invettiva e notarono un uomo alto con gessato scuro e vaporoso fazzoletto nel taschino della giacca: era Jimmy 'o mericano, cappello a tesa larga e scarpe bicolori, emigrato prima della guerra negli States e diventato uomo di conseguenza nella Little Italy. Il palco si svuotò all'istante, il gruppuscolo radunò le pezze rosse e scomparve. Non contento del risultato ottenuto, il guappo si avvicinò all'unico vigile allora esistente in paese e gli disse in tono minaccioso: "Mazucchiè, chilli quatte stracciuoni non li voglio più vedere dinto 'a chesta piazza. Pensaci tu! E ora può cominciare il nostro comizio".

Dallo stesso palco - dopo aver sostituito falci e martelli con scudi crociati - prese allora la parola il professore Ricciardi, preside di un liceo del capoluogo. Aveva l'abitudine di fare sfoggio di cultura e di parlare in modo affettato e toscaneggiante (malgrado fosse originario del paese limitrofo): «Amici carissimi, l'aneddotica narra che ad una vecchia signora, la cui vita era stata costellata da molti e travolgenti amori, fu chiesto; "Signora, gli uomini le piacciono ancora?". "Sì, se educati" fu la risposta della vecchia seduttrice". Ma..... >>. "Alt! " gridò di nuovo l'uomo del "bronc", come diceva lui " Prufessò, fermatevi e andate via pure vuje. Come vi permettete, da esponente di un partito cattolico e timorato di Dio, di parlare di una vecchia sporcacciona in pubblico; qui ai balconi delle case ci sono in ascolto ragazze pure e vergini che si potrebbero scandalizzare. E mò tutti a casa!". Quella evidentemente non era serata di comizi. Poi tutto finì. Senza che nessuno lo proclamasse, tantomeno in piazza, la politica smise di parlare nelle piazze, staccò i fili degli altoparlanti, smontò i palchi, ripose le bandiere. E cominciò a vivere, e ancora di più a rispecchiarsi, nella televisione. La crisi rituale cominciò all'inizio degli anni '70 e fu irreversibile. Oggi la politica si svolge nei talk-show. Più che uccidere il comizio, la tecnologia del piccolo schermo l'ha stravolto, moltiplicato, fino a renderlo irriconoscibile. Si vedono (ahimè, quasi tutte le sere!) ministri, segretari di partito, politici 'eccellenti' che, invece di lavorare per il bene della popolazione, strillano e litigano in TV. Si vedono, appunto, ma non scaldano, restano lontani, immateriali, fantasmatici. La piazza ora è vuota, non rimbombano più promesse a volte iperboliche o minacce mai mantenute; la gente non è più spinta da rappresentanti del popolo a sperare, non si affaccia più al balcone per sentire demagoghi che urlano al microfono, non si trattiene più al bar per commentare i discorsi dei vari comizianti. Ognuno sta nella solitudine del suo appartamento davanti al televisore. Un'altra magia scomparsa, un altro sogno svanito.

L'inventore della moderna odontoiatria



Storia di un dentista napoletano
V. Jacobacci
Flavius Edizioni Pompei
euro 12.00

In questa nota ci occupiamo di un brillante odontoiatra napoletano che conseguì all'estero importanti affermazioni e riconoscimenti. Chi si reca al Museo Pierre Fauchard a Parigi, al Museo Dentario della Casa dei dentisti tedeschi a Colonia, oppure al Baltimore College of Dental Surgery, sarà attirato da una sontuosa vetrina contenente alcune copie di protesi dentarie etrusche con la dicitura: "Donazione del dottor Vincenzo Guerini di Napoli". Gli allievi che hanno frequentato la Scuola dentaria della Northwestern University ricorderanno ancora il busto in bronzo del dottor Guerini esposto in una sala della scuola. Al I° Congresso della Società Italiana di Storia dell'Odontostomatologia, tenuto a Siena nel 1995, il dottor Di Bellucci e il dottor Tramontano, liberi professionisti in Odontostomatologia nella città di Napoli, lessero un'interessante relazione su Vincenzo Guerini, nato a Napoli, il 22 agosto 1859, alla vigilia dell'Unità d'Italia, odontoiatra della Casa di S. M. il Re e della Clinica chirurgica universitaria, vicepresidente della Federazione odontologica internazionale, presidente onorario della Federazione odontoiatri d'Italia, membro dell'International dental college, e, testimone dei più importanti cambiamenti storici e politici, visto che la morte lo colse nel 1955, dopo che due guerre mondiali e straordinari rivolgimenti avevano attraversato il pianeta.

Ora, un libro, affascinante come un romanzo, ripercorre la vita e gli studi di questo maestro della odontologia italiana nato nel 1859 (V. Jacobacci, *Storia di un dentista napoletano*, Flavius ed. Pompei). Guerini pubblicò in inglese la History of Dentistry, prima opera organica di Storia dell'Odontoiatria; inoltre, con 70 anni di anticipo tracciò la futura odontoiatria, sottolineando la necessità di separare gli studi di medicina da quelli di odontoiatria, considerata solo come specializzazione post laurea. La sua modernità è confermata dal fatto che questa riforma fu attuata 70 anni dopo le sue richieste, peraltro osteggiate, quando non apertamente disprezzate. Viaggiò molto, spesso negli USA, pubblicò a New York, gli venne attribuita una laurea honoris causa a Chicago da parte dell'Associazione delle Università americane. Pertanto, il libro della Jacobacci, riempiendo un vuoto, giunge a proposito, perché la storia straordinaria di Guerini meritava un volume che non trascurasse gli aspetti umani e rivelasse carattere e personalità, oltre che meriti scientifici e professionali, di un vero antesignano della moderna odontoiatria. (f.i)

CONVEGNO ECM, ORGANIZZATO DALL'ORDINE dal titolo:

Arresto Cardiaco e Defibrillazione

14 GENNAIO 2011

IL CORSO È A TITOLO GRATUITO ED IN FASE DI ACCREDITAMENTO ECM.

Sala Conferenze Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli Via Riviera di Chiaia 9/C, Napoli

Modalità di iscrizione

Gli interessati dovranno inviare il fac-simile, riportato nella pagina seguente, debitamente compilato, al fax dell'Ordine (081/7614387). Saranno iscritti al convegno i primi 20 richiedenti, secondo l'ordine cronologico di arrivo dei fax.

(farà fede la data e l'orario del report del fax ricevente).

APERTURA DEI LAVORI

DR. Gabriele Peperoni Presidente OMCeO Napoli

INTRODUZIONE AL TEMA

DR. Giuseppe Galano Direttore UOSC Centrale Operativa Regionale Campania e Centrale Operativa Territoriale 118 Napoli Città ed Isola di Capri

DIRETTORE DEL CORSO

DR. Giuseppe Galano Direttore UOSC Centrale Operativa Regionale Campania e Centrale Operativa Territoriale 118 Napoli Città ed Isola di Capri

COORDINAMENTO SCIENTIFICO

DR. Claudio De Luca Dirigente Medico UOSC Centrale Operativa Regionale Campania e Centrale Operativa Territoriale 118 Napoli Città ed Isola di Capri

I° SESSIONE TEORIA

Ore 08,30 – 09,00 inizio lavori

L'importanza della defibrillazione immediata.

DR. Giuseppe Galano / DR. Claudio De Luca

DR. Silvestro Scotti

Ore 09,00 – 9,30

Arresto cardiaco e defibrillazione

Riconoscere un'emergenza sanitaria / attivazione del sistema di emergenza 118 Cenni sulla necessità di riconoscere e valutare un evento acuto / Scena dell'infortunio / Raccolta delle informazioni / Previsione dei pericoli evidenti e di quelli probabili, le sequenze della catena della sopravvivenza

DR. Giuseppe Galano / DR. Claudio De Luca

DR. Silvestro Scotti

Ore 9,30 – 10,00

Sistemi di valutazione e presidi

La necessità delle fasi di valutazione, il concetto del danno anossico, il sostenimento delle funzioni vitali: manovre di disostruzione delle vie aeree e manovra di Heimlich / l'uso di eventuali mezzi aggiuntivi quali :la cannula orofaringea, pocket mask, sistema pallone maschera con reservoir, l'impiego di ossigeno.

DR. Giuseppe Galano / DR. Claudio De Luca

DR. Silvestro Scotti

Ore 10,00 – 10,30

Funzioni vitali

Stato del paziente / coscienza, respirazione e circolazione / i segni di allarme dell'attacco cardiaco, le cause di arresto respiratorio e cardiaco,

DR. Giuseppe Galano / DR. Claudio De Luca

DR. Silvestro Scotti / DR. Fabio Lucchetti

ore 10,30 -11,00

Il defibrillatore semiautomatico esterno

Caratteristiche ed utilizzo in sicurezza del defibrillatore semiautomatico esterno ed abbinamento alle altre manovre di rianimazione cardiopolmonare.

DR. Giuseppe Galano / DR. Claudio De Luca

DR. Silvestro Scotti / Dr. Fabio Lucchetti

ore 11,00 -11,30

Tecniche e sequenze della rianimazione cardiopolmonare di base e cenni sulla defibrillazione precoce

DR. Giuseppe Galano / DR. Claudio De Luca/ DR. Silvestro

Scotti / DR. Fabio Lucchetti

II° SESSIONE PRATICA

Albo Istruttori della UOSC Centrale Operativa Regionale Campania e Centrale Operativa Territoriale 118 Napoli Città ed Isola di Capri

Ore 12,00- 13,00

Esecuzione pratica dei discenti in scene simulate (con l'ausilio del defibrillatore)

DR. Giuseppe Galano/ DR. Claudio De Luca /DR.ssa Gabriella Azzinnari/ DR. Fabio Lucchetti/ DR. Silvestro Scotti/ DR. Nicola Pagano / DR. Antonio Augiero / DR. Gabriele Mariniello/

DR. Flavio Romito

Gruppi da 5 discenti

Ore 13,00 – 13,15

test finale di superamento della parte teorica

Ore 13,15 – 14,15

test finale di superamento della parte pratica (skill test)

Ore 14,15 – 14,30

fine lavori, questionario di gradimento e consegna attestati

DR. Gabriele Peperoni Presidente OMCeO Napoli

DR. Silvestro Scotti Medico di Continuità Assistenziale

A.S.L. NA1 – Consigliere OMCeO Napoli

DR. Fabio Lucchetti Medico di 118 presso l'ASL Napoli 5 - Consigliere Revisore OMCeO Napoli

DR.ssa Gabriella Azzinnari Dirigente di Primo Livello nella A.S.L. Na1 e P.S.

DR. Nicola Pagano Medico di 118 Regione Campania

DR. Antonio Augiero Dirigente Medico di 1° livello U.O.C. Medicina D'Urgenza e PS

DR. Gabriele Mariniello Docente di 1° livello per il personale del Corpo Militare della CRI

DR. Flavio Romito Istruttore B.L.S.D.;

DR. Giuseppe Galano Direttore UOSC Centrale Operativa Regionale Campania e Centrale Operativa Territoriale 118 Napoli Città ed Isola di Capri

DR. Claudio De Luca Dirigente Medico UOSC Centrale Operativa Regionale Campania e Centrale Operativa Territoriale 118 Napoli Città ed Isola di Capri



Fac- simile istanza di iscrizione

Da trasmettere esclusivamente via fax al n. 081/7614387

All'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri Napoli

Io sottoscritto Dr. _____

nato il _____ a _____

residente a _____ alla Via _____

laureato in Medicina e Chirurgia, iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Codesto

Ordine al N.....

CHIEDO

di essere iscritto al Convegno in fase di accreditamento ECM

“Arresto cardiaco e Defibrillazione”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Data _____

Firma _____

CONVEGNO ECM, ORGANIZZATO DALL'ORDINE dal titolo:
Essere medico nel tempo del web

18 GENNAIO 2011

IL CORSO È A TITOLO GRATUITO ED IN FASE DI ACCREDITAMENTO ECM.

Sala Conferenze Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli Via Riviera di Chiaia 9/C, Napoli

Modalità di iscrizione

Gli interessati dovranno inviare il fac-simile, riportato nella pagina seguente, debitamente compilato, al fax dell'Ordine (081/7614387).

Saranno iscritti al convegno i primi **150** richiedenti, secondo l'ordine cronologico di arrivo dei fax. **(farà fede la data e l'orario del report del fax ricevente).**

I° SESSIONE

09.00 – 09.30

Dr. G. Peperoni Presidente OMCeO Napoli e Segretario FNOMCeO Roma
Rapporto tra Medici e Internet: i motivi di un'attenzione, i perché di un approfondimento,

09.30 – 10.00

Dr.ssa A. Di Conza – Psicologa SUN
Come è cambiata la comunicazione nell'epoca del Web e i rischi per l'utente

10.00 – 10.30

Dr. S. Ruggiero – Amministratore del gruppo Mercurio s.r.l.
Cosa significa comunicare la salute e la sanità nell'epoca del Web

10.30 – 11.00

Dr. G. Trombetti – Assessore all'Università, Ricerca Scientifica, Statistica, Sistemi Informativi ed Informatica - Regione Campania
Le istituzioni e la comunicazione della salute di fronte nell'epoca dei media digitali

11.00 – 11.30

Dr. G. De Pietro Responsabile dell' Istituto di Calcolo ad Alte Prestazioni e Reti (ICAR) CNR
Le future applicazioni del web in sanità

11.30 – 12.00

Dr. G. Canfora AOUP Federico II
Il web: tra Università Ospedale e Territorio

12.00 – 12.30

Dr. W. Gatti – Giornalista ed Esperto Web Direttore di www.fnomceo.it
Presenta la Ricerca e introduce gli studi già attivi sull'argomento;

PAUSA

II° SESSIONE

13.30 – 14.30

Confronto/Dibattito
Moderatore Dr. O. Lucarelli Presidente ODG CAMPANIA
Dr. A. Castaldo Web e Medicina Generale, Dr. L. Sodano Web e Distretto
Dr. M. Muto Web e organizzazione aziendale, Dr. F. Turrà Web e Pediatri di Famiglia
Dr. A. De Rosa Web e organizzazione ospedaliera, Dr. P. G. Icovello Web e Inail

14.30 – 15.00

Test verifica con questionario



Fac- simile istanza di iscrizione

Da trasmettere esclusivamente via fax al n. 081/7614387

All'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri Napoli

Io sottoscritto Dr. _____

nato il _____ a _____

residente a _____ alla Via _____

laureato in Medicina e Chirurgia, iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Codesto

Ordine al N.....

CHIEDO

di essere iscritto al Convegno in fase di accreditamento ECM

“Essere medico nel tempo del web”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Data _____

Firma _____

CONVEGNO ECM, ORGANIZZATO DALL'ORDINE dal titolo:
Anziano fragile: anziano abbandonato?

1° febbraio 2011

IL CORSO È A TITOLO GRATUITO ED IN FASE DI ACCREDITAMENTO ECM.

Sala Conferenze Ordine Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli Via Riviera di Chiaia 9/C, Napoli

Modalità di iscrizione

Gli interessati dovranno inviare il fac-simile, riportato nella pagina seguente, debitamente compilato, al fax dell'Ordine **(081/7614387)**. Saranno iscritti al convegno i primi **140** richiedenti, secondo l'ordine cronologico di arrivo dei fax **(farà fede la data e l'orario del report del fax ricevente)**.

09.00

Dr. G. Peperoni Presidente OMCeO Napoli

Introduzione e apertura lavori

09.30

Prof. G. Paolisso

Lettura magistrale: Invecchiamento e fattori di rischio

I° SESSIONE L' INVECCHIAMENTO

Moderatori : Prof. V. Canonico – Dr. G. De Martino

09.30 – 10.00

Dr. S. Putignano

L' anziano fragile

10.00 – 10.30

Dr.ssa R. Romano

Gli aspetti socio-sanitari

10.30 – 11.00

Dr. Raffaele Felaco

Gli aspetti psicologici

11.00 – 11.30 PAUSA CAFFÈ'

II° SESSIONE I SERVIZI

Tavola rotonda

11.30 – 12.30

Moderatori : Dr. M. Scognamiglio – Dr. F. Russo

Dr. G. Riccio *Il Comune*

Dr. F. Pinto *La Provincia*

Dr. E. Russo *La Regione*

Dr.ssa C. Musella *Il Ruolo politico e sociale delle Associazioni*

12.30 – 13.00 *Discussione*

13.00 – 14.00 PAUSA LUNCH

III° SESSIONE IL CONTINUUM ASSISTENZIALE

Moderatori : Dr.ssa C. Volpe – Prof. F. Rengo

14.00 – 14.30

Prof. S. Canonico

Lettura magistrale: Problematiche del Day Surgery nel paziente anziano

14.30 – 14.45

Dr. A. Di Palma (A.D.I.)

14.45 – 15.00

Dr. P. Sorrentino (RSA)

15.00 – 15.15

Dr. A. Castaldo (M.M.G.)

15.15 – 15.30

Prof. P. Abete (Università)

15.30 – 15.45

Dr. M. Ricci (Riabilitazione)

15.45 – 16.00

Dr. Franco Verde (Ospedale)

16.00 – 16.30

TEST



Fac- simile istanza di iscrizione
Da trasmettere esclusivamente via fax al n. 081/7614387

All'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri Napoli

Io sottoscritto Dr. _____

nato il _____ a _____

residente a _____ alla Via _____

laureato in Medicina e Chirurgia, iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Codesto

Ordine al N.

CHIEDO

di essere iscritto al Convegno in fase di accreditamento ECM

“Anziano fragile: anziano abbandonato?”

Chiedo che ogni eventuale comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Recapito telefonico n. _____ CELL. _____

e-mail _____

Data _____

Firma _____



Medici eccellenti: il successo oltre Napoli

Il prestigioso riconoscimento consegnato dall'Unione degli Industriali a Giancarlo Buccafusca, Pasquale Giordano ed Enrico Tessitore dimostra come a Napoli non sia possibile coniugare le origini e la formazione accademica con l'affermazione professionale. Buccafusca, Giordano e Tessitore, dopo aver conseguito col massimo dei voti la laurea e la specializzazione nella nostra città, hanno poi dovuto prendere la valigia ed emigrare all'estero per trovare uno sbocco occupazionale ai propri studi e poter dimostrare tutte le loro capacità. Perché questo, a mio avviso, è il nocciolo del problema: non tanto trovare un lavoro ma un ambiente in grado di poter far esprimere il proprio talento. Cosa avrebbero fatto questi professionisti se fossero rimasti in Italia? La domanda è certamente retorica, visto che il nostro Paese investe molto meno degli altri del gruppo occidentale nel campo della ricerca scientifica. Probabilmente avrebbero perso il loro tempo e consumato le proprie energie in estenuanti concorsi universitari per un posto di ricercatore. Invece, hanno avuto il coraggio di provare a cambiare le sorti del proprio destino anche a costo di grandi rinunce. Hanno fatto i bagagli e sono andati via verso Paesi dove la parola "sanità" non indica un

farfello finanziario ma un settore strategico per innalzare la qualità della vita della popolazione e dove la giovane età, se accompagnata dalle capacità, non è un limite ma un lasciapassare per una brillante carriera. Giancarlo Buccafusca ha vissuto in otto città situate in tre continenti diversi e parla sei lingue. Pasquale Giordano (*nella foto in alto nel momento della premiazione*), ad appena 27 anni, ha iniziato a lavorare in alcuni tra i più prestigiosi dipartimenti di chirurgia del Regno Unito. Enrico Tessitore alle ore 7.30 del 3 ottobre del 2001, cioè appena due giorni dopo il conseguimento della specializzazione in Neurochirurgia, era nella stanza dei medici dell'Ospedale Universitario di Ginevra in Svizzera in riunione con il primario, il professor Nicolas de Tribolet, per discutere i casi da operare. Certo, i successi all'estero dei tre professionisti napoletani lasciano l'amaro in bocca perché rappresentano un'occasione persa per la nostra città che vede, ancora una volta, emigrare le menti più luminose dopo averle accuratamente formate nelle proprie aule universitarie. Ma, dall'altra parte, sono l'esempio lampante dell'alto livello d'insegnamento impartito nelle facoltà scientifiche del nostro ateneo.

Francesco Di Rienzo

LA SEGNALAZIONE

E' pervenuta copia di una nota, diretta a numerosi studi medici, di una ditta che commercializza audioprotesi digitali, offrendo corrispettivi economici ai medici eventualmente aderenti all'iniziativa commerciale. Il testo ed il tenore della suddetta nota evidenzia aspetti perseguibili sul piano penale e deontologico, oltre che sanzionabili dall'Autorità Garante per la Concorrenza ed in possibile contrasto con la normativa sulla privacy riguardante la divulgazione di dati sensibili. L'Ordine ha segnalato i fatti alle Autorità competenti. Si richiama la massima vigilanza ed attenzione da parte dei colleghi destinatari della nota di cui trattasi.

Congresso internazionale di bioetica

"Le nuove frontiere della sperimentazione clinica: una sfida per la bioetica", questo il nome del congresso internazionale che si terrà dal 15 al 17 dicembre nell'Aula Magna "G. Salvatore" della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II. Il 3° Congresso del Comitato Etico per le attività Biomediche "Carlo Romano", presieduto da Claudio Buccelli, Professore ordinario di Medicina Legale dell'Università di Napoli Federico II, prenderà il via con una prima sessione dedicata ai "Profili problematici della sperimentazione clinica" in cui si discuterà de "La sperimentazione con i minori", "La donna nella sperimentazione farmacologica" e "La sperimentazione con altre persone vulnerabili". La prima sessione del 16 dicembre sarà invece dedicata ai "Profili problematici della sperimentazione clinica", mentre la seconda sessione tratterà gli "Aspetti evolutivi della ricerca clinica". Chiude i lavori nella giornata del 17 dicembre la terza sessione incentrata sulle "Implicazioni socio-economiche della sperimentazione clinica". Nell'ambito del programma scientifico del Convegno è prevista una sessione di Poster e Comunicazioni sul tema il giorno 16 dicembre. I due migliori poster pervenuti al Comitato Scientifico saranno premiati. Il convegno permette di conseguire crediti ECM e crediti formativi per gli studenti dell'Università di Napoli Federico II e della SUN. È prevista la pubblicazione degli atti del Convegno.

Migliorare il sorriso dei bambini

Il corso SIDO per pediatri ha dettato le linee guida da seguire

Raffaele Di Lorenzo
Pediatra di famiglia



All'insegna del motto "miglioriamo insieme il sorriso dei nostri bambini mediante la diagnosi precoce e la prevenzione delle malocclusioni", sabato 20 novembre 2010 si è tenuto presso la sala dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli il corso teorico pratico per pediatri organizzato dalla SIDO (Società Italiana di Ortodonzia) in collaborazione con le società scientifiche pediatriche SIP e SIPPS con la FIMP (Federazione Italiana Medici Pediatri). Il Corso, giunto quest'anno alla sua quinta edizione, ha voluto fare il punto della situazione sul bilancio di salute ortopedodontico, attraverso l'animatore del progetto, il professor Alberto Laino dell'Università Federico II.

Molto è stato fatto in questi anni, grazie all'instaurato proficuo rapporto di collaborazione tra ortodontisti e pediatri, in primis i pediatri di famiglia, prime sentinelle del benessere dei loro piccoli pazienti. Ma molto resta ancora da fare per recuperare in pieno il gap con i Paesi più avanzati che prima del nostro hanno iniziato a portare avanti programmi di prevenzione. Troppe abitudini alimentari sbagliate (una per tutte: quella della alimentazione notturna che prelude alla carie da biberon) molta educazione al corretto uso dello spazzolino ancora da diffondere.

Ad essa è seguita l'esposizione di quanto il pediatra deve conoscere in tema di ortopedodonzia, da parte della prof. Franca De Gregorio (SUN), responsabile del progetto pediatri. Una malocclusione dentaria, lungi dall'essere solamente un fattore disturbante dal punto di vista estetico-visivo, sottende, com'è noto, a svariate patologie e si ripercuote negativamente sul vissuto quotidiano e sulla qualità della vita del bambino e della sua famiglia.

È di fondamentale importanza, pertanto, saper cogliere precocemente i segni ed affidare allo specialista il bambino per poter intervenire tempestivamente e migliorare non solo la prognosi ma anche il risultato finale.

È opportuno programmare delle visite ad intervalli fissi: il primo "tagliando" andrebbe programmato all'età di 5-6 anni, per eliminare i vizi orali, risoluzione dei problemi delle vie aeree superiori e la valutazione dei disturbi del linguaggio, una seconda visita all'età di 8 anni ed ancora in seguito per verificare la stabilità delle funzioni orali.

Il corso, cui hanno partecipato numerosi pediatri e ortopedodontisti è stato un'importante occasione di scambio culturale tra due categorie professionali che hanno



in comune l'interesse per il bambino ma altrimenti poche occasioni per scambiarsi esperienze.

Il vecchio assioma che il dente deciduo cariato è impossibile da curare è ormai da tempo sfatato: nella sua lunga relazione il Prof. Ingenito ha fatto un excursus sulla terapia conservativa, sull'Edodonzia e le anomalie dentarie in età pediatrica. A proposito dei traumi dentari il Prof. Riccitiello ha invece ribadito la possibilità di recuperare un dente anche dopo la sua avulsione traumatica purché reimpiantato direttamente subito in alveolo, in attesa dello specialista, oppure qualora venga conservato adeguatamente per qualche ora. Dell'approccio complesso al bambino con palatoschisi e sulla multidisciplinarietà dell'intervento di recupero ha illustrato la Prof. Letizia Perillo.

Si è inoltre discusso delle abitudini viziate quali cause di anomalie dento-alveolari mascellari (dr. Pellegrino), della sindrome O.S.A.S. (dr. Carotenuto) della chirurgia minore (dr. Napolitano) e del trattamento ortopedico (dott.ssa Esercizio).

Il Corso si è concluso con un'esercitazione pratica su tipologie di mal occlusioni ad alta priorità di trattamento, riprodotte su modelli di resina e su poster, effettuata a piccoli gruppi, con la consegna finale a tutti i partecipanti al Corso del testo "Odontoiatria per il pediatra" con il relativo poster che illustra efficacemente tutte le varianti di occlusione riscontrabili nella pratica clinica. Nei partecipanti ha lasciato la certezza di contribuire in tal modo a migliorare il sorriso dei nostri bimbi, perché "...un giorno senza sorriso è un giorno perso!"

NEWS/CORSI

● Il 20 gennaio 2011 avrà inizio il **XIII Corso Permanente Universitario di Perfezionamento in Cardiocografia Convenzionale e Computerizzata** per l'anno accademico 2010/2011 riservato ai candidati in possesso di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, di Laurea in Medicina e Chirurgia, in possesso di Laurea in Ostetricia, Diploma Universitario per Ostetrico/a o di altro titolo equipollente in base alla legislazione vigente.

Iscrizioni: alla frequenza sono ammessi 70 iscritti.

Durata: il Corso ha durata di sei mesi in cui sono previsti dieci incontri

Costo: i partecipanti al Corso sono tenuti a pagare un contributo di euro 362,00 entro il 20 gennaio 2011

Sede del Corso: Sala Convegno Biblioteca "Nicola Vaglio" - Università degli Studi di Napoli "Federico II" Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze Ostetrico-Ginecologiche, Urologiche e Medicina della Riproduzione - Via Pansini, 5 ed. n° 9

Scadenza presentazione domande di ammissione: 20 novembre 2010

Direttore del Corso: Prof. Andrea Di Lieto
Informazioni: Tel/Fax 081/7462954; e.mail: dilieto@unina.it

La partecipazione al Corso esonera, secondo il Decreto del MURST del 3/11/1999 n. 509 pubblicato nella G.U. n. 2 del 04/01/2000, dall'obbligo dell'ECM per l'anno accademico 2010/2011.

È possibile consultare il bando sul sito: www.unina.it

● Il 27 gennaio 2011 avrà inizio il **Corso Permanente Universitario di Perfezionamento teorico-pratico su simulatore nell'assistenza al parto spontaneo ed operativo** per l'anno accademico 2010/2011 riservato ai candidati in possesso di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia, di Laurea in Medicina e Chirurgia, in possesso di Laurea in Ostetricia, Diploma Universitario per Ostetrico/a o di altro titolo equipollente in base alla legislazione vigente.

Iscrizioni: alla frequenza sono ammessi 40 iscritti.

Durata: il Corso ha durata di sei mesi in cui sono previsti dieci incontri

Costo: i partecipanti al Corso sono tenuti a pagare un contributo di euro 400,00 entro il 20 gennaio 2011

Sede del Corso: Sala Convegno Biblioteca "Nicola Vaglio" - Università degli Studi di Napoli "Federico II" Facoltà di Medicina e Chirurgia - Dipartimento di Scienze Ostetrico-Ginecologiche, Urologiche e Medicina della Riproduzione - Via Pansini, 5 ed. n° 9

Scadenza presentazione domande di ammissione: 20 novembre 2010

Direttore del Corso: Prof. Andrea Di Lieto
Informazioni: Tel/Fax 081/7462954; e.mail: dilieto@unina.it

La partecipazione al Corso esonera, secondo il Decreto del MURST del 3/11/1999 n. 509 pubblicato nella G.U. n. 2 del 04/01/2000, dall'obbligo dell'ECM per l'anno accademico 2010/2011.

È possibile consultare il bando sul sito: www.unina.it

CORSO SIUMB E IX CONGRESSO FADOI

Al via il 18 gennaio 2011 il corso della **Scuola avanzata SIUMB** su "Ecocolor-Doppler e mezzi di contrasto ecografici". Le esercitazioni didattiche, che si concluderanno martedì 23 marzo 2011, avranno luogo dalle ore 9.00 alle ore 13.00 presso L'UOC di Radiodiagnostica dell'Istituto Nazionale Tumori Fondazione G. Pascale e saranno condotte dal dottor O. Catalano e dal dottor F. Sandomenico. Sono previsti sette seminari teorici della durata di quattro ore ciascuno per un totale di 28 ore per, al massimo, venti discenti, inoltre ci saranno dieci sessioni pratiche di quattro ore ciascuna che coinvolgeranno tre discenti per volta. Il corso è in fase di accreditamento da parte del Ministero della Salute e nello scorso 2009-2010 è stato accreditato con 50 crediti formativi. Il costo di iscrizione al corso è di 500 euro più Iva, mentre è gratuito per gli Specializzandi. L'iscrizione al corso dà diritto a ricevere il kit congressuale, tutto il materiale didattico, le linee guida e il diploma finale SIUMB. Per ulteriori informazioni è possibile contattare la segreteria didattica allo 081.5753432 oppure scrivendo una mail a mpnapoli@tin.it.

Nei giorni 19 e 20 novembre presso l'**Auditorium dell'Ospedale Fatebenefratelli** di Napoli si è tenuto il IX Congresso regionale della Società Scientifica di Medicina Interna Fadoi Campania. Tema del congresso "L'internista oltre le evidenze". Durante la prima giornata di lavori si è svolta anche l'assemblea regionale, dopodiché hanno preso il via le votazioni per eleggere il nuovo direttivo. Nella di sabato 20 novembre, al termine del workshop su "Le patologie internistiche nella donna gravida" è stata aperta l'urna elettorale per la lettura dei voti.

Ricordiamoli insieme

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli partecipa commosso al dolore delle famiglie per la scomparsa dei colleghi

UGO APERUTA, ITALO COVELLI, MASSIMINO D'ARMIENTO, NICOLA DE CICCO, RENATO DURASCO, LOREDANA FEMORE, PASQUALE FERRARA, ANTONIO GENOVESE, UMBERTO GUACCIO, MARIO LAMBIASE, GIOVANNI GIUSEPPE MANCO, AGOSTINO MATTERA IACONO, MARIO MIANO, PASQUALE ANTONIO MICHELE MIRANDA, ROBERTO MORANTE, LUIGI NACHIERI, GIUSEPPE RICCARDI, GENNARO RUSSO, SILVIA RUSSOLILLO.

Il loro ricordo resterà nella memoria dei tanti che hanno avuto il privilegio di conoscerli.

In ricordo di Oriente e Covelli

A pochi giorni uno dall'altro, sono scomparsi, a causa di malattie inesorabili, due grandi amici e Colleghi, Pasquale Oriente ed Italo Covelli, Professori Emeriti dell'Ateneo Federico II.

Ambedue, miei coetanei, sono stati, nella seconda metà del secolo scorso, sulla scia di grandi Maestri come Luigi Califano e Flaviano Magrassi, rappresentanti eminenti della Medicina Napoletana e punti di riferimento, nazionale e mondiale, per la Reumatologia e la Patologia Generale.

Autori di trattati e centinaia di pub-

blicazioni scientifiche di alto livello, i Professori Oriente e Covelli, hanno formato alla loro scuola generazioni di studenti, alcuni dei quali si sono dimostrati pienamente degni di succedere ai loro grandi Maestri.

Una loro caratteristica, però, da sottolineare era il tratto gioviale che facilitava il rapporto con il variegato mondo studentesco e rendeva piacevole quello con gli amici che avevano il privilegio di frequentarli.

La loro perdita impoverisce la classe medica napoletana che però troverà nel cospicuo patrimonio culturale che ci hanno lasciato gli stimoli giusti per crescere sempre più.

Renato Cimino

GIURAMENTO DI IPOCRATE

Scuola di Cos - V secolo a.C.

Giuro per Apollo medico e per Aesclepio e per Igea e per Plutone e per tutti gli Dei e le Dee, chiamandoli a testimoni, che adempirò secondo le mie forze e il mio giudizio a questo giuramento e a questo patto scritto.

Terrò chi mi ha insegnato quest'arte in conto di genitore e dividerò con Lui i miei beni, e, se avrà bisogno, lo metterò a parte dei miei averi in cambio del debito contratto con Lui e considererò i suoi figli come fratelli e insegnerò loro quest'arte, se saranno apprendere, senza richiedere compensi né patti scritti. Metterò a parte dei precetti e degli insegnamenti miei e di tutto ciò che ho appreso i miei figli e i figli del mio maestro e i discepoli che avranno sottoscritto il patto e prestato il giuramento medico e nessun altro. Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio e mi asterrò dal recar danno e offesa.

Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale e non prenderò mai un' iniziazione del genere; neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto. Conserverò pia e pura la mia vita e la mia arte.

Non opererò neppure chi soffre di mal della pietra, ma cedrò il posto a chi è esperto di questa pratica. In tutte le cose che mi siederò intenderò, per il bene dei malati, astenermi da ogni offesa e da ogni danno involontario e soprattutto da atti sessuali sul corpo delle donne e degli uomini, sia liberi che schiavi. Tutto ciò che io vedrò e ascolterò nell'esercizio della mia professione, o anche al di fuori della professione nei miei contatti con gli uomini, e che non debbe essere riferito ad altri, lo farò, considerandola la cosa segreta. Se adempirò a questo giuramento e non lo tradirò, possa io godere dei frutti della vita e dell'arte, sfidato in perpetuo da tutti gli uomini; se lo trasgredirò e spargirò, possa toccarmi tutto il contrario.



L'Ordine
augura
Buon Natale
e felicissimo
Nuovo Anno