



ORDINE dei MEDICI CHIRURGHI

e degli ODONTOIATRI di NAPOLI e
PROVINCIA



Direttore:

Giuseppe Scalera

Direttore Responsabile:

Antonio Di Bellucci

Capo Redattore

Raffaele Di Lorenzo

Coordinamento redazionale:

Umberto Zito

Comitato di Redazione:

Raimondo Bianco

Agnese Borrelli

Silvestro Canonico

Angelo Castaldo

Alessandro Cei

Antonio Chiacchio

Francesco Saverio D'Ascoli

Ottavio Delfino

Ettore Epifania

Mario Iervolino

Fabio Lucchetti

Andrea Montella

Mauro Muto

Gabriele Peperoni

Elio Recchia

Vincenzo Schiavo

Silvestro Scotti

Luigi Sodano

Giuseppe Tortoriello

Fulvio Turrà

Giannamaria Vallefuoco

Gennaro Volpe

BOLLETTINO

Anno 76 - N. 5 - Novembre 2006

Sommario

Il nostro "regalo" di Natale » 2

EDITORIALE

Gli errori dei medici, gli orrori dei media (di Giuseppe Scalera) » 3

FORUM: ... ancora su "La Pillola del giorno dopo"

Il punto sulla contraccezione d'emergenza (di Carmine Nappi) » 4

Il testamento biologico » 7

Invecchiamento e Società (di Gabriele Peperoni) » 8

Liberalizzazioni e riforme: attenzione alle consegne (di Luigi Sodano) » 10

La carta dei Distretti Sanitari (di Raffaele Iandolo) » 12

Il diritto di nascere e quello di nascere sani (di Alfonso Zarone) » 14

Attività SIFOP a Napoli » 17

Vincenzo Tiberio il vero scopritore della penicillina (di Pasquale Piscopo) » 18

L'umanizzazione della Medicina (di Aldo Bova) » 19

LE PAGINE DELLA CULTURA

A che serve leggere?
(a cura di Francesco Iodice) » 20

La Ballata del pensionato
(di Luigi Esposito) » 22

101 Vignette Zen Testa Tonda e Testa Quadrata » 23

RICORDIAMOLI INSIEME

Aristide La Rocca non c'è più
(di Giuseppe Matarazzo) » 24

SPECIALE ODONTOIATRIA

Osteonecrosi delle ossa mascellari da utilizzo di bifosfonati
(di M. D. Mignogna, D. Adamo, E. Ruoppo) » 26

Semplificazione di adempimenti amministrativi in materia sanitaria » 28

CONVEGNI, CONGRESSI E CORSI DI STUDIO

Il 39° Congresso Nazionale SUMAI » 29

Organizzazione e management delle emergenze medico-chirurgiche
e delle grandi catastrofi » 30

II° Congresso SIFCS Regione Campania » 31

"Sanità a misura di donna", un forum in rosa (di Francesco Fiorillo) » 32

News

Il nostro "regalo" di Natale

Ogni giornale cerca di costruire un rapporto speciale con i propri lettori. Non mediato da un linguaggio confuso ma basato sui fatti, sulle storie concrete. Tutti conoscono l'attenzione nuova che l'Ordine rivolge a S. Giuseppe Moscati, il nostro Medico Santo, straordinaria bandiera spirituale della nostra professione.

Per Natale, volevamo farvi un regalo nuovo, diverso. E, con gli scarni mezzi del nostro Ordine abbiamo optato per un numero speciale, di fine anno che il nostro Bollettino dedicherà interamente alla figura di San Giuseppe Moscati. Sarà un itinerario speciale nella vita del Medico Santo che riproporrà accenti, analisi, riflessioni vecchie e nuove su questo straordinario protagonista del Novecento. Lo "speciale" vuole aprire un dibattito sull'attualità della sua figura, stimolando il dialogo tra settori diversi della società napoletana e meridionale. Un obiettivo importante e, sicuramente prestigioso. L'appuntamento, quindi, è per fine anno.

La Redazione



Buon Natale e felice Anno Nuovo!

Un messaggio semplice per essere vicino ai nostri colleghi, alle loro famiglie, al mondo scientifico della nostra Provincia.

Un augurio di serenità dal Presidente, dal Consiglio Direttivo, dal Collegio dei Revisori, dalla Commissione Odontoiatri, dal Direttore e dal Personale dell'Ordine.

I nostri uffici, in questo periodo, al di là dei tradizionali giorni di festività, continueranno ad essere aperti.

Una attenzione che i medici napoletani sicuramente meritavano.

Editoriale

Gli errori dei medici, gli orrori dei media

di GIUSEPPE SCALERA



Imedia, era scontato, hanno sparato ad alzo zero. Troppo croccante la notizia per farla scivolare nel grande archivio delle agenzie. Ecco così che, inopinatamente, l'Associazione Italiana di Oncologia medica informa l'opinione pubblica nazionale che la malasànità in Italia produce almeno novanta morti al giorno, una previsione che va da 14 a 50mila persone l'anno. La cifra, ovviamente, inquieta e sconcerta.

Che la sanità funzioni, soprattutto nel Mezzogiorno, a scartamento ridotto è un dato acclarato. Sarebbe stupido e pretestuoso negarlo. Ma il tentativo decisamente scontato di gettare la croce, come sempre, sulla classe medica appare uno sport nazionale al quale qualcuno sembra affezionarsi.

Ecco così che tra le righe della ricerca più o meno attendibile (non esistono dati ufficiali sul fenomeno e molti commenti parlano di inutile allarmismo) si legge che un'alta percentuale è legata alle lunghe liste d'attesa per visite ed esami diagnostici, una significativa allo smarrimento e allo scambio degli esami ed infine una ulteriore alla scarsa illuminazione che caratterizza molte farmacoteche con conseguenti inevitabili errore sul piano del prelievo dei farmaci.

Ecco, quindi, che, da un rapido esame gli aspetti di tipo meramente organizzativo finiscono abbondantemente per prevalere rispetto alle negligenze mediche.

E se si pensa che un'ulteriore percentuale è collegata a turni spesso massacranti corredati da poche ore di riposo notturno e, in qualche caso, da ambienti di lavoro ai limiti di qualsiasi regolamentazione che condizionano inevitabilmente la prestazione medica, mi sembra che il quadro assuma contorni chiari e definiti.

Intendiamoci, anche il medico sbaglia. L'Ordine di Napoli esamina almeno trenta esposti mensili, in verità non sempre supportati da motivazioni realmente valide. In alcuni casi, frutto dell'allegra fantasia di qualche legale, ma l'inchiesta sulla malasànità proposta in queste ore, ha un solo, reale merito: quello di informare su tutto quello che si muove soprattutto attorno alla classe medica, sulle reali, difficilissime condizioni logistiche ed ambientali attorno alle quali i camici bianchi si trovano ad operare soprattutto nel Sud ed in Campania.

Il medico può sbagliare? Purtroppo, è vero, può sicuramente succedere, anzi succede. Ma in che spazi si muove? Spesso angusti, inadeguati, talvolta fatiscenti. Quale tranquillità regna sui luoghi di lavoro? Pensate ai pronto-soccorso di trincea, quelli che devono affrontare, talvolta, gli esiti di scontri a fuoco della criminalità organizzata con i mille, delicatissimi risvolti di queste emergenze. Qual è il rapporto coi pazienti? Non sempre idilliaco. Lo confermano le decine di episodi di violenza sulla classe medica registrati in questi ultimi mesi. Quale tecnologia viene messa a sua disposizione per assicurare una prestazione di alta qualità? La spesa sanitaria è al collasso e l'obsolescenza delle strumentazioni è troppo spesso un'antipatica compagna di viaggio. Potremmo continuare con cento altri interrogativi capaci di confermare come nel sistema sanitario il medico costituisca, forse, l'anello più debole ma anche la calamita di ogni problema.

L'errore del medico può esistere, perché negarlo. La medicina non è onnipotente e gli uomini possono sicuramente sbagliare. Ma c'è un sistema sanitario che regge con grande fatica la sfida del nuovo. Che stenta a garantire, nel suo complesso, un'organizzazione di una certa efficacia. Che, soprattutto nel Sud, è afflitto da problemi endemici. Questa la triste verità. Una verità che spesso elude dall'impegno quotidiano dei camici bianchi.

FORUM

...ancora su "La Pillola del Giorno Dopo"

Si chiude con questo intervento di Carmine Nappi il forum su "La pillola del giorno dopo".

E' stato un dibattito vivace ed interessante, denso di contenuti.

Il tema resta nell'agenda sanitaria del Paese e prossimamente, in primavera, sarà oggetto di una più articolata discussione all'interno del ciclo degli "Incontri dell'Ordine", che tanto interesse vanno suscitando nell'opinione pubblica regionale e nazionale.

Il punto sulla contraccezione d'emergenza

di CARMINE NAPPI*

Venendo al campo specifico della contraccezione, la stessa legge 194/78 precisa che "la somministrazione su prescrizione medica nelle strutture sanitarie e nei consultori dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori". Inoltre, dalla legge sulla violenza sessuale (n. 66 del 15/02/1996), viene riconosciuta ai minori che abbiano più di 13 anni la liceità di compiere atti sessuali (con minorenni di età non superiore di tre anni).

E' evidente quindi che alla luce di quanto riportato, apparirebbe certamente contraddittoria l'ammissione della liceità del compimento di atti sessuali per i minori e l'eventuale illiceità della capacità di proteggersi, anche con trattamenti medici, da gravidanze non desiderate (20).

Ne consegue pertanto che la volontà e il consenso della minore sono considerati ammissibili anche senza il preventivo parere dei legali rappresentanti (20), purché ne venga acquisita la conoscenza della maturità raggiunta, con conseguente ampia discrezionalità e corrispondente responsabilizzazione da parte del medico (21). Ciò indica che, in mancanza di un espresso supporto normativo, l'autodeterminazione della minore non è sostenibile in senso forte e formale. Lo è invece, l'autodeterminazione in senso debole, eventuale, condizionato.

Nel caso specifico della prescrizione dei contraccettivi, andranno cioè valutate da parte del medico la maturità psichica della minore, le sue condizioni di salute, le motivazioni della sua scelta. In capacità di comprende-

re pienamente le informazioni fornite, la capacità di valutare la portata delle conseguenze della sua scelta, la sua effettiva volontà di non informare i genitori ed anche la possibilità che disattendere la sua volontà possa da una parte inficiarne il rapporto con il medico e dall'altra ne consenta l'allontanamento della paziente senza poter ricevere l'assistenza sanitaria di cui ha bisogno.

Non va comunque trascurato che la gravidanza indesiderata, specie nell'adolescente, comporta rischi elevati per la sua salute, sia che essa decida di procedere alla interruzione volontaria della gravidanza, sia nel caso che decida di portarla avanti.

Per quanto riguarda gli obblighi di legge pertinenti la prescrizione di LNG alla minore, è importante sottolineare la necessità di applicare estrema cautela soprattutto in base alla precisazione dell'età della richiedente. Infatti, l'ordinamento italiano prescrive una serie di adempimenti legali connessi a specifiche fasce di età e a fattispecie delittuose di cui il medico può venire a conoscenza in occasione della richiesta di LNG. In particolare, sussiste l'obbligo di referto all'Autorità Giudiziarica sia quando al medico si presenti un caso di atti sessuali al di sotto dei 10 anni (fattispecie della violenza sessuale presunta, Art. 609-quater Cod. Penale), sia quando il rapporto sessuale è intercorso tra minore di età al di sotto di 14 anni con partner avente differenza di età superiore a 3 anni (Art. 609-quater Cod. Penale), e infine anche se il rapporto è intercorso tra minore di età compresa tra i 14 e i 16 anni con adulti aventi rapporto di tutela e di custodia o in cambio di denaro (Art. 609-quater Cod. Penale).

Sussiste altresì obbligo di denuncia al Tribunale dei Minorenni sia quando al medico si presenti una minore di 18 anni che pratica la prostituzione (Legge 269/98), sia se la minore di 18 anni è abusata per autorità ovve-

* Direttore Dipartimento di Ginecologia, Ostetricia e Fisiopatologia della Riproduzione Umana Un: Federico II di Napoli

FORUM

...ancora su "La Pillola del Giorno Dopo"

ro per condizioni fisiche o psichiche (Art. 609-quater Cod. Penale).

Ulteriori aspetti medico-legali concernenti la contraccezione di emergenza nelle minori vengono altresì offerti dalle problematiche relative alla privacy, che va salvaguardata nella corretta interpretazione dell'art. 9 del Codice di Deontologia Medica, lasciando cioè alla cauta responsabilità del sanitario caso per caso (22) l'adeguata valorizzazione della riservatezza e della confidenzialità per la minore.

Un'ultima, ma non irrilevante considerazione sulla richiesta di CE da parte delle minori deve essere infine compiuta anche sulla necessità del preciso accertamento dell'età della minore che ne faccia richiesta. In tale luce, non deve essere ignorata la normativa italiana sui comportamenti sessuali vietati e sulla violenza sessuale: infatti i rapporti sessuali sono considerati leciti in Italia anche per i minorenni, ma è richiesta la denuncia obbligatoria (?) (Legge 66/96 (?)) se essi intercorrono tra minorenni di età compresa tra i 14 e i 16 anni in cambio di denaro o con persone cui essi siano stati affidati per ragioni di custodia, educazione o vigilanza oltre che con un genitore o un tutore; vi è altresì obbligo di "referto" all'Autorità Giudiziaria per la perseguibilità di ufficio se il rapporto sessuale è intercorso con minorenni al di sotto dei 13 anni quando cioè l'art. 609 septies del codice penale identifica sempre una "violenza sessuale presunta". Nessun obbligo di referto è invece richiesto quando atti sessuali consensuali siano compiuti da un minore che abbia già compiuto 14 anni con persone non espressamente citate dalla legge, poiché tali atti sono ritenuti leciti e perciò rientranti nella sfera di autodeterminazione sessuale del minore. Naturalmente, l'obbligo di referto vige comunque per il medico che accolga la richiesta di LNG da parte di minori indotti ad atti sessuali effettuati con violenza o minaccia, ovvero per abuso di autorità o delle condizioni di inferiorità fisica o psichica del minore (art. 609/bis del codice penale).

Queste pur sintetiche considerazioni dimostrano pertanto una doppia responsabilità per il medico prescrittore non solo perché gli impongono la massima attenzione nell'approccio pratico alla richiesta della CE, soprattutto nei casi giuridicamente più spinosi, quando ad esempio, si rende necessario un contatto diretto con l'Autorità Giudiziaria per ridurre i tempi delle eventuali procedure burocratiche (redazione del "referto", sua trasmissione alla Autorità Giudiziaria, attesa del relativo riscontro, eventuale ricezione dell'autorizzazione, etc.) che possono senz'altro ritardare la somministrazione della CE, venendone a compromettere il risultato.

Alla luce di quanto detto, risultano pertanto ben chiari i motivi che inducono a richiedere estrema cautela al medico prescrittore della CE, applicando un livello di attenzione ben più alto rispetto a quanto si ode spesso



richiedere perfino in sedi scientifiche a proposito della semplificazione delle procedure di prescrizione della CE, trascurando cioè una serie di eventualità che sussistono sotto normative diverse, non sempre ben conosciute (23). D'altro canto, va sottolineato che perfino la recente liberalizzazione delle procedure per la erogazione del LNG in USA (agosto 2006) ha consentito la vendita come farmaco da banco senza ricetta medica solo alle maggiorenni, mentre la richiesta del medico è ancora indispensabile per le minorenni.

Infine, appare opportuno richiamare l'appello dell'Associazione dei medici consultoriali (24), secondo cui "ogni medico dovrà richiedere alla propria ASL di appartenenza di farsi carico della questione "pillola" provvedendo alle scorte di farmaci e sollevando il medico della responsabilità della prescrizione alle minorenni".

4. La necessità di una specifica organizzazione funzionale delle strutture pubbliche

La legittimità deontologica al rifiuto della prescrizione da parte del medico e il diritto della donna alla prescrizione comportano la necessità di una specifica organizzazione funzionale del S.S.N. al fine di garantire la prescrizione.

E' evidente infatti che il diritto alla obiezione di coscienza del medico non deve confliggere con il diritto all'assunzione del farmaco della donna, così come si è espresso anche il Comitato Nazionale di Bioetica, nella "Postilla" alla sua Nota sopra richiamata (13). D'altro canto, già nel 2003, la FNOMCeO (com. n. 60/2003) nel considerare "soltanto gli aspetti deontologici e pratici" della CE, aveva ravvisato nell'art. 19 del Codice di Deontologia Medica 1998, l'indicazione comportamentale più corretta e rispondente alla libertà di coscienza del medico. Naturalmente alla donna deve essere, comunque, garantita la prestazione richiesta in conformità alle disposizioni normative vigenti con particolare

riferimento all'art. 1 lett. b), c) e d), della legge 29 luglio 1975 n. 405 "Istituzione consultori familiari".

D'altra parte, anche il Parlamento Europeo (Risoluzione in materia di sessualità e riproduzione n. 2001/2128), aveva sottolineato che a "molte donne dell'UE è tuttora negato il diritto all'aborto ed esorta gli Stati membri a garantire un accesso equo a tutte le donne giovani, povere o immigrate, all'aborto legale sicuro, alla contraccezione d'emergenza, a servizi per la salute sessuale e riproduttiva a basso costo e all'educazione sessuale".

Inoltre, va rimarcato che è la stessa Costituzione Italiana ad imporre al Sistema Sanitario Nazionale di organizzare e garantire condizioni omogenee di assistenza sull'intero territorio italiano, così come peraltro viene dimostrato dalle numerose analogie già in atto con l'organizzazione dei servizi sanitari in altri ambiti (ad esempio, servizio per l'assistenza ai tossicodipendenti e servizio per l'interruzione volontaria della gravidanza).

In definitiva, a nostro avviso, ogni ASL dovrebbe prevedere la possibilità di erogare, senza intralci burocratici o gestionali anche il servizio relativo alla prescrizione

della CE, garantendo l'istituzione di un numero verde e la disponibilità di 12/24 h di almeno una struttura con un medico prescrittore, eventualmente reperibile. A tal proposito, un ruolo fondamentale potrebbe essere svolto dai Consultori Familiari, che la legge 405/1975 ha deputato espressamente all'assistenza psicologica, sociale e medica della maternità responsabile (etc., etc.).

Un'ultima considerazione va segnalata in merito al pericolo che la CE perda il suo ruolo di emergenza per assumere quello di abituale contraccezione, così come risulta che avvenga nella Regione Campania, vista la frequente ripetitività in alcuni casi delle prescrizioni, anche settimanali. Trattasi di evenienza pericolosa per la salute della donna, che potrebbe peraltro essere disuasa dall'uso della contraccezione tradizionale. A tal proposito, va anche osservato che in Italia, il ricorso alla contraccezione orale è molto bassa, spesso per timore di effetti collaterali, che sono però certamente maggiori in caso di uso frequente della CE. A tal uso distorto della CE, si potrebbe ovviare attraverso un'anagrafe delle utilizzatrici, pur senza nessun intento persecutorio e provocatorio.

Bibliografia

- 1) Ministero Sanità, G.U. n. 238, 11 ottobre 2000.
- 2) Croxatto HB, Fernandez SD. Emergency contraception – a human rights issue. *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynascol*, 20(3) 311; 2006.
- 3) Plaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Von Look PF & on behalf of the Task Force on postovulatory Methos of fertility Rogulation, Timing of emergency contraception with lavenorgestral or the Yuzpe regimen. *Lancet*, 353,721,1999.
- 4) Ngai SW, Fan S., Li S., et al. A randomized trial to compare 24h versus 12h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception, *Hum Reprod*, 20, 307, 2005.
- 5) Rodriguez I, Grou F & Joly. Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *Am J Obstet Gynecol*, 184,531, 2001.
- 6) Dunn S., Davis V, Emergency contraception, summary of the Society of Obstetriclons and Gynaecologists of Canada's clinical practice guideliner, *Canadian Family Physician – La medecin de famille canadien*: 47; 2001.
- 7) Croxatto HB, Devoto L., Durand M., Ezcurra E., Larrea F., Nagle C., Ortiz ME, Vantman D, Vega M, von Hertzen H. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature *Contraception* 63 111; 2001.
- 8) Croxatto HB, Ortiz ME, Muller AL. Mechanisms of action of emergency contraception. *Steroids*, 68:1095; 2003.
- 9) Croxatto HB, Brache V, Pavez M, Cochon L, Forcellodo ML, Alvarez F, Massai R, Faundes A, Salvatierra AM. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestral emergency contraceptive dose or a single 0,75 mg dose givan on the days precedine ovulation. *Contraception*, 70:442; 2004.
- 10) De leo D, Circolo G. Aspetti medico-legali nella prescrizione della contraccezione "d'emergenza". *Atti del Congresso AIED: La contraccezione d'emergenza*, Verona, 6 maggio 2005.
- 11) Jourdan S, Zoppi D, Contraccezione dell'adolescente: problemi medico-legali.
- 12) Bastianelli C, Farris M, Di Miscia A. La contraccezione d'emergenza. *Minerva Ginecol*. 58:193;2006.
- 13) Comitato Nazionale per la Bioetica. Nota sulla contraccezione d'emergenza, approvata il 28/05/2004.
- 14) Severi et al Transvaginal ultrasonography in women receving emergency contraception. *Fertil Steril*, 79(5), 1074, 2003.
- 15) Serra A. Deviazioni della Medicina: contraccezione di emergenza e aborto chimico. *La Civiltà Cattolica*: 11,535, 2006.
- 16) L'Espresso, 11/04/2002.
- 17) Hawandi K. Scolding J. EC and stroke, *J Neurol*, 2003, 250:615-6.
- 18) Zamperini D. Alle prese con i problemi sessuali dei minori, *Doctor*, 13, 32;2002
- 19) Raymond EG, Goldberg, A, Trussel J, Hays M, Roach E, Taylor D. Bleeding patterns after use of levonorgastrel emergency contraceptive pills *Contraception*, 73, 376, 2006.
- 20) Tridenti G, Cucurachi N, Bruni V, La Sala GB. Aspetti medico-legali nella prescrizione contraccettiva alle adolescenti. *Atti dell'VIII Congresso SIGIA (Roma, 2004)*.
- 21) Antolisol F. *Manuale di diritto penale*. X ed. agg., Giuffrè Ed. Milano, 1987.
- 22) Fiori M: L'adolescenza in un'ottica medico-legale. In: Severi F; *Adolescenza*, pp. 119-129. Ed. Fuori Commercio, UTET Periodici Scientifici, Milano 1997.
- 23) Conti A. Delbon P. Minori e contraccezione, aspetti medico-legali, *Riv. Lt. Med. Adol.* 3,2; 2005
- 24) *Corriere della Sera*, 08/07/2002.

Il testamento biologico rappresenta uno dei nuovi, fondamentali temi di discussione della sanità italiana ed internazionale. L'Ordine ha voluto aprire una prima, utile riflessione con alcuni significativi protagonisti istituzionali. E' solo l'inizio di un percorso. Il prossimo Forum del Bollettino sarà, infatti, dedicato a questo tema. Ovviamente, la redazione resta in attesa dei vostri contributi che pubblicheremo prossimamente. Costruire un itinerario di pareri, analisi, giudizi vuole essere il traguardo verso il quale tendiamo

Un tema scottante trattato in un convegno tenutosi presso l'auditorium dell'ordine

Il testamento biologico

Un tema scottante, che non ha mancato di suscitare polemiche. Ma è anche un problema che interessa centinaia di persone costrette ad una vita da vegetale, immobili in un letto e con poche speranze.

Di esempi che ne sono tanti, come per altro hanno riportato le cronache dei mesi scorsi. Inevitabile, pertanto, un convegno sull'argomento dal titolo "Il testamento biologico e le nuove frontiere della bioetica", convegno che, manco a dirlo, ha coinvolto una vasta platea che ha affollato l'Auditorium dell'Ordine dei Medici di Napoli.

"Il testamento biologico è in questo momento al vaglio del Senato - spiega Paola Binetti, parlamentare e docente universitaria Campus biomedico di Roma -. Ci sono otto progetti di legge che sono stati presentati, dopo una serie di audizioni. Siamo in una fase di studio e di riflessione".

"Vogliamo che questo testamento - prosegue Binetti - porti tutti noi a riflettere sul senso della vita e della morte, nella consapevolezza che tutti dobbiamo morire e nel desiderio che ciò avvenga nel modo più dignitosamente possibile. Se questa legge si farà, sarà una legge che aiuterà ognuno ad essere protagonista delle proprie scelte ed a riappropriarsi del senso della vita".

"Intendiamo presentare una legge che non abbia nulla a che vedere con l'eutanasia - ribadisce Binetti - che non

presti in alcun caso il fianco ad essere confusa con una richiesta impropria dall'opinione pubblica. L'obiettivo è quello di dire no all'accanimento ed all'abbandono terapeutico".

Giuseppe Scalera, presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli, ha sottolineato che "questa iniziativa, che l'ordine dei medici di Napoli ha avuto modo di sviluppare, s'inquadra nell'ambito di quella che è la riflessione sull'uomo e sul suo rapporto con la scienza, nell'ambito di quella che è una definizione nuova che, la bioetica da una parte ed il testamento biologico dall'altra, hanno finito per determinare soprattutto nell'ambito di questi ultimi mesi".

"Abbiamo intitolato questo incontro 'Nuove frontiere della bioetica' - spiega Scalera - perché riteniamo che queste frontiere si spostino continuamente e che la scienza proponga continuamente nuovi interrogativi".

"E' un bene che le istituzioni - prosegue Rosalba Tufano, docente universitario e presidente Federazione società italiane di anesthesiologia e rianimazione - si accorgono della necessità di aprire anche in Italia un discorso chiaro e non sull'onda dell'emotività".

"Si tratta di un argomento di forte impatto morale e psicologico - continua Tufano -. Con questo incontro diciamo no all'abbandono e all'accanimento terapeutico, perché vogliamo il rispetto della dignità della vita e della morte del paziente ben vengano le limitazioni delle cure".

Hanno preso parte al dibattito, tra gli altri, Francesco Pionati, senatore dell'Udc, Amedeo Bianco, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Italiani, Mario Condorelli, docente universitario e Antonio Ambrosio, componente della Commissione nazionale per la bioetica.

Presentando la tavola rotonda Giuseppe Scalera ha sottolineato che questa manifestazione rappresenta l'esordio di un ciclo denominato "Gli incontri dell'Ordine" che costituiscono un'occasione per costruire un momento di analisi e di riflessione scientifica, sociale e culturale per confrontarsi sui grandi temi della società moderna e per riproporre l'istituzione ordinistica al centro di una discussione sull'uomo e sulle sue scelte, sui principi deontologici della classe medica e sulle sue inevitabili ricadute umane e professionali.



Considerazioni sulla correlazione tra un S.S.N. garantista con tutti i cittadini e una società sempre meno solidaristica.

Invecchiamento e Società

di GABRIELE PEPERONI*

È da diversi anni che si disserta sul posto che il nostro Servizio Sanitario Nazionale occupa rispetto agli altri paesi, sia europei che extraeuropei. In genere, a seconda dei criteri adottati, siamo in un range che va dal 2° al 16° posto. Sono comunque dei risultati ottimi poiché, tralasciando i paesi più poveri, ci vedono in media davanti a nazioni molto più ricche e progredite in campo sociale. L'invecchiamento della popolazione italiana, con aspettativa di vita tra le più alte al mondo, è probabilmente una diretta conseguenza di quanto detto. Ciò comporta che vi sarà una forte crescita delle malattie cosiddette croniche, ad esempio quelle artrosico-degenerative, metaboliche quali il diabete, cardiache, ma anche tumorali poiché, come è noto, spesso queste hanno un decorso più lento o comunque meno aggressivo rispetto a quando compaiono nei soggetti giovani.

Ma il nostro S.S.N., e ancor più quello regionale, sono preparati a questa nuova "epidemia"?

C'è da dire che qualcosa si muove! E' sempre più frequente sentir parlare, non solo tra gli addetti ai lavori, di Centri Diurni, Residenze per Anziani (RSA), Attività Domiciliare Integrata (ADI) ed altri svariati servizi e, con un certo ottimismo, chi scrive è uno specialista in Geriatria, ritengo che pur tra le mille difficoltà che tutti affrontiamo quotidianamente, legate per lo più all'organizzazione, sono tanti i problemi che riusciamo a risolvere, per cui l'assistenza a questi cittadini ogni anno, ogni mese, ogni giorno fa dei piccoli

passi in avanti, sia negli ambulatori dei medici di medicina generale, sia nei poliambulatori dei Distretti che in quelli Ospedalieri.

Funziona quindi tutto, anche se con il contributo e la volontà dei singoli e la miglior organizzazione dei sistemi?

Almeno in Campania, dove guarda caso l'aspettativa di vita è la più bassa di tutto il Paese, vi è un discorso



che andrebbe approfondito per quanto riguarda l'aspetto sociale della questione.

Ho citato qualche rigo sopra l'ADI, ma quella I che sta per "integrata" che significato dovrebbe avere? Integrazione tra chi (persone) o cosa (sistemi)?

Tutti voi sapete rispondere a questa semplice domanda. L'integrazione dovrebbe avvenire tra l'assistenza sanitaria, in particolare a livello territoriale, e quella sociale, per lo più comunale. Ma i risultati sono sotto gli occhi di tutti. Per quanto ognuno di noi esprima il massimo della propria professionalità nei settori di

appartenenza, non vi è un supporto né al cittadino, ma ancor meno agli stessi professionisti impegnati, che risolva o quanto meno attenui le problematiche familiari, ambientali, economiche, quindi sociali, di parte della popolazione.

La legge esiste, e non a caso porta il nome dell'attuale Ministro della Salute, on. Livia Turco, parliamo della 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Tale legge prevede la compartecipazione dei Comuni, economica e/o di personale, alla risoluzione dei problemi dei cittadini maggiormente a rischio (portatori di handicap, anziani ma anche economicamente svantaggiati). Cosa è stato fatto sino ad oggi?

Praticamente poco più di nulla e comunque molto fumo, sui mass-media, e poco arrosto, nei confronti dei cittadini, salvando qualche piccola e isolata zona della regione Campania.

Eppure vi è un fenomeno che è sotto gli occhi di tutti: la proliferazione delle badanti. La maggior parte di loro arriva dai paesi dell'Est europeo, ma ormai anche da alcuni paesi asiatici, e hanno dei costi che senza la collaborazione dei parenti l'anziano non potrebbe sopportare. Eppure aumentano di anno in anno, di pari passo con l'invecchiamento della popolazione. Non vi è famiglia in città, e sempre più anche in provincia, che non ne abbia avuto necessità. La riflessione a questo punto si impone: perché non chiedere un contributo a queste famiglie, sicuramente inferiore a quanto oggi sono costrette a spendere, aprendo RSA in ogni quartiere o piccolo comune. Spesso basterebbe ristrutturare

* Vice-presidente OMCEO

rare gli immobili che le AA.SS.LL. ed i Comuni hanno di proprietà, per lasciati o altro, abbandonati o fittati a prezzi irrisori. Al loro interno potrebbe lavorare personale più o meno qualificato (infermieri, assistenti materiali, operatori di comunità, etc.), contribuendo alla riduzione della disoccupazione, evento da sempre drammatico nelle nostre realtà meridionali.

Cosa fanno le istituzioni, la politica e tutte le strutture ed i servizi deputati? Anche qui la risposta è scontata: poco o nulla. La conseguenza di tutto ciò risulta essere un S.S.Regionale con deficit sempre più profondo (in articoli apparsi nei precedenti bollettini ho scritto sui D.G.R.C. 1843/05 e 800/06) il cui risanamento comporta tagli netti, che colpiscono i soggetti più deboli, imponendo nel contempo una maggior contribuzione erariale indistintamente a tutti, che suona di beffa per coloro che sono costretti ad assistere in prima persona e in maniera dispendiosa i propri genitori o parenti anziani. I Comuni, inoltre, spesso utilizzano il personale, acquisito attraverso fondi specifici, per altri compiti.

E' anche vero però che le Finanziarie susseguites in questi ultimi anni, e pare che la prossima non farà eccezione, hanno ridotto sempre più i trasferimenti alle Regioni ed ai Comuni.

A questo punto ci stiamo chiedendo tutti: cosa fare? Innanzi tutto dare voce ai cittadini svantaggiati ed alle loro famiglie, chiedendo un concreto tavolo di concertazione con le Istituzioni Nazionali, Regionali e Comunali, dove si evidenzia che solo una corretta programmazione e gestione degli interventi in campo socio-sanitario possa portare ad alleviare le sofferenze e nel contempo a ridurre il forte disagio sociale e la mancanza di valori civili e di rispetto della persona umana che le cronache giornalmente riportano... ma nel frattempo, in attesa che le manipolazioni geniche riducano l'impatto delle malattie croniche legate all'invecchiamento, noi continueremo a prestare la nostra opera di professionisti sempre e comunque in ogni situazione al servizio di tutti i cittadini.

Istat: ecco le tavole di mortalità 2003

Nel 2003 la speranza di vita alla nascita è di 77,2 anni per gli uomini e 82,8 anni per le donne. Rispetto al 2002, gli uomini hanno guadagnato 0,1 anni in termini di vita media, mentre per le donne si registra una perdita di 0,2 anni. Questa relativa frenata non rappresenta un'inversione di tendenza rispetto alla crescita regolare osservata negli ultimi anni, ma è legata a eventi di natura congiunturale. Il 2003 è stato infatti contraddistinto da difficili condizioni climatiche: un inverno molto rigido e un'estate torrida hanno infatti contribuito a innalzare il tasso di mortalità, soprattutto tra gli anziani (e in particolare tra le donne, che ne rappresentano la maggioranza).

A fronte di 557 mila decessi registrati nel 2002, nel 2003 se ne sono verificati ben 586 mila, pari al 5,2% in più. Tra le donne l'incremento annuale è stato del 6,6%, con picchi significativi nei mesi di marzo (+19,2%), luglio (+13%), agosto (+32,4%) e settembre (+13,1%). Tra gli uomini, l'incremento di decessi tra il 2002 e il 2003 è stato più basso, pari al 3,8%, con picchi superiori al 10% soltanto a marzo (+14,6%) e agosto (+15,1%).

La popolazione residente in Italia si conferma comunque una delle più longeve in tutto il mondo. Nel 2003, infatti, nell'ambito dei Paesi Ue 25 aspettative di vita migliori di quella italiana si registrano solo in Svezia (77,9 e solo per gli uomini), in Spagna (83,6) e in Francia (82,9 per quanto riguarda le donne).

Rispetto ai primi anni Settanta, sono significativi gli incrementi dei livelli di sopravvivenza: per esempio, un neonato del 2003 può contare su una speranza di vita superiore di 7 anni e mezzo rispetto a un suo coetaneo del 1974. Il vantaggio di sopravvivenza delle donne nei confronti degli uomini si sta lentamente ma progressivamente riducendo: nel 2003 è pari a 5,7 punti, contro i 6 del 1999, i 6,5 del 1991 e i 6,9 del 1979 (massimo storico).

Per quanto riguarda l'analisi territoriale, nel 2003 gli uomini residenti al Nord possono contare su una speranza di vita alla nascita pari a 77,1 anni, 77,6 per quelli nel Centro e 76,9 per quelli nel Mezzogiorno. Le donne sono invece avvantaggiate nella stessa misura al Centro e al Nord (83,1 anni nel 2003), rispetto alle residenti nel Sud, attestatesi a 82,2 anni. Rispetto al 1974, i maggiori guadagni in termini di sopravvivenza sono per il Nord, con aspettative di vita aumentate di 8,4 anni negli uomini e di 7,2 nelle donne. Al Centro e al Sud gli uomini hanno registrato invece incrementi di oltre un anno più bassi (rispettivamente 6,7 e 6,4 anni). Le donne residenti nel Mezzogiorno, invece, presentano un incremento simile a quello registrato nel Nord (circa 7 anni), mentre è di soli 6 anni quello per le donne residenti al Centro.

È il Centro la ripartizione geografica in cui si vive di più. Il 71% delle province, infatti, (15 su 21) ha una speranza di vita alla nascita superiore al livello medio nazionale in entrambi i sessi. Inferiore, ma di poco, la percentuale di province del Nord-est che possono vantare una simile condizione, 64% (14 su 22). Al contrario, le percentuali scendono molto per Nord-ovest e Sud, rispettivamente pari al 25% (6 su 24) e al 28% (10 su 36).

Dal quadro descritto emergono situazioni abbastanza differenti dal punto di vista del contesto territoriale. Anche nelle situazioni locali di apparente minor vantaggio per la durata media della vita, le condizioni di sopravvivenza sono comunque prossime o persino migliori di quelle della maggior parte degli altri Paesi occidentali. Nel corso degli ultimi trent'anni si è verificata una progressiva riduzione delle differenze, anche di genere, che ha accompagnato un processo di crescita generalizzato in termini di anni di vita guadagnati. Un processo più significativo soprattutto in quelle aree del Paese un tempo meno avvantaggiate, come nel caso delle province del Nord-est.

Consulta le tavole di mortalità della popolazione residente per il 2003 sul sito dell'Istat. Le tavole contengono dati a livello nazionale e disaggregati per Regione e Provincia.

Si è tenuto il Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM

Liberalizzazioni e riforme: attenzione alle consegne

di LUIGI SODANO

Come ogni anno il Consiglio di Amministrazione dell'ENPAM ha presentato il bilancio consuntivo che, anche quest'anno, si è chiuso con un importante avanzo d'esercizio, un avanzo determinato con il concorso positivo sia della componente previdenziale che della componente patrimoniale della gestione. Avendo avuto l'onore di rappresentare per la Campania, nella Consulta ENPAM del Fondo Specialisti Ambulatoriali per il quinquennio 2000-2005, gli specialisti ambulatoriali, i medici dei servizi convenzionati e il gruppo dei medici dei servizi transitati dalla convenzione alla dipendenza e che hanno mantenuto la posizione previdenziale presso l'ENPAM,

sono rimasto legato alle vicende della Fondazione che continuo a seguire indirettamente attraverso l'Ordine.

E proprio guardando le cose da questa nuova ottica, sono rimasto perplesso dalle notizie che giungono dal nuovo Parlamento in cui, dopo le decisioni governative in tema di liberalizzazioni, pare siano pronte numerose proposte di legge che esprimono la volontà di portare avanti una liberalizzazione spinta dalle professioni o procedere ad un radicale ridimensionamento degli Ordini professionali, entrambe condizioni che potrebbero avere ricadute sulla gestione e sullo stesso futuro della Cassa previdenziale dei medici.

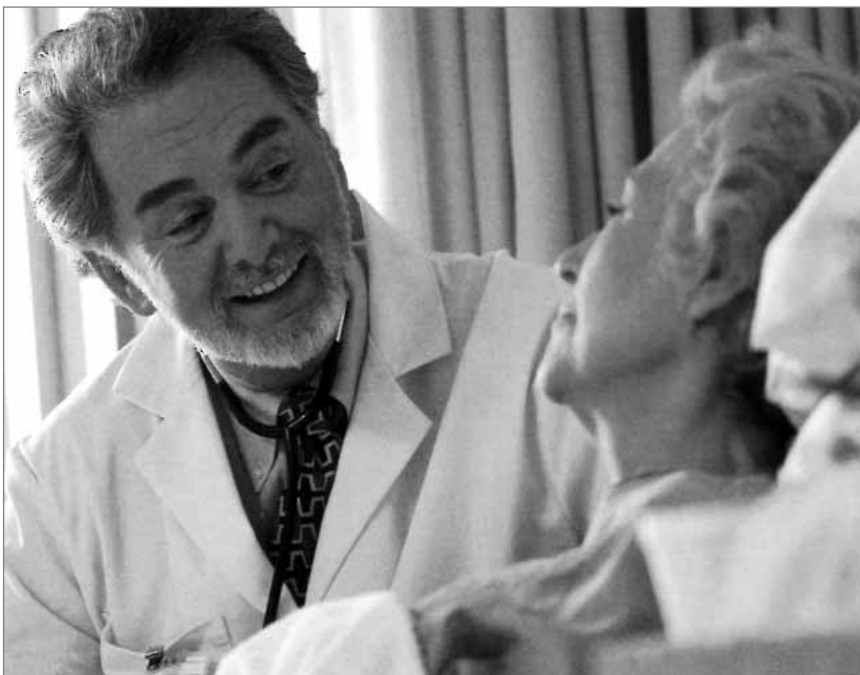
La perplessità diventa preoccupazione

quando, nella prospettiva di portare avanti la fusione tra INPS ed INPDAP, si ipotizza un progetto più grande di fusione di tutte le Casse previdenziali pubbliche e private in un unico grande carrozzone.

L'anno scorso, chiudendo il quinquennio 2000-2005, il Presidente Eolo Parodi affermò che era stato un periodo importante perché aveva segnato la fine di un'epoca difficile, afflitta dall'obbligo del risanamento con l'impegno ad un duro lavoro di ricostruzione e che ha portato l'Ente ad essere preso ad esempio, con importanti riconoscimenti internazionali che lo hanno portato ai primi posti del mondo dei Fondi previdenziali.

Mentre in tutto il mondo previdenziale italiano ci sono state enormi modifiche estremamente penalizzanti, nel corso di questi anni le Consulte dei Fondi, accordandosi di volta in volta con il Consiglio di Amministrazione in uno spirito di collaborazione reciproca a favore dei medici, hanno lavorato per evitare modifiche penalizzanti dei regolamenti previdenziali.

Credere che nel futuro non ci saranno modifiche è una pura illusione perché per la sostenibilità del sistema le soluzioni sono obbligate: o si aumenta l'entità della contribuzione e il periodo della stessa o si tagliano le prestazioni per cui, oggi ancora più di ieri, è indispensabile che alle Consulte e nel Consiglio di Amministrazione siano presenti rappresentanti in grado di valutare e vigilare per il bene di tutta la cate-



goria professionale, con una visione solidale ed equilibrio politico e sindacale.

Ma è anche importante che le stesse Consulte mantengano le prerogative di cui sono in possesso, ma anzi, direi, assumano addirittura maggiore possibilità di intervenire nel futuro, rappresentando a tutti gli effetti, e voglio usare parole non mie ma che nell'ENPAM e tra i colleghi stanno circolando appropriatamente, i veri "azionisti" della Fondazione.

Prima non a caso ho usato il termine di equilibrio politico e sindacale, perché non è pensabile che Previdenza, Ordine e Sindacato non siano legati, non si può pensare ad un ente previdenziale staccato dalla realtà dei suoi contribuenti in attività, non si può credere ad una cassa previdenziale che non sia influenzata, in maniera positiva o negativa, dai contratti o dagli accordi collettivi di lavoro o da una libera professione senza regole e vincoli etici, deontologici e solidali.

Voglio solo ricordare quanto sia stato importante, e fortemente voluto dai Sindacati, l'aumento di 2 punti percentuali della quota ENPAM previsto negli Accordi Collettivi Nazionali sia della Medicina Generale che della Specialistica Ambulatoriale oppure, come accennato già prima, sia stato fondamentale l'impegno a far approvare quella norma che consente ai colleghi transitati alla dipendenza di mantenere il rapporto previdenziale con l'ENPAM, ciò a tutela sia delle singole posizioni ma anche della salvaguardia dei Fondi di provenienza.

L'argomento liberalizzazioni delle professioni e riforma degli Ordini professionali, con le varie conseguenze da non sottovalutare, è un grosso argomento su cui nei prossimi mesi molto si interverrà, oggi ho solo voluto accennare ad uno dei riflessi, quello previdenziale, ma molte potrebbero essere le influenze di provvedimenti semplicistici ed affrettati che non coinvolgono, nelle decisioni da prendere, i medici ed i loro rappresentanti.

Francesco de Blasio nuovo Regent per il Capitolo Italiano ACCP

Il dottor Francesco de Blasio, responsabile dell'Unità Funzionale di Riabilitazione Respiratoria presso la Casa di Cura Clinic Center di Napoli, è stato nominato International Regent per il Capitolo Italiano dell'American College of Chest Physicians (ACCP). La nomina è avvenuta in occasione del Congresso Internazionale dell'ACCP che si è svolto a Salt Lake City (Utah) dal 21 al 26 ottobre 2006.

Il dottor De Blasio, che ha ricoperto il ruolo di Segretario Nazionale per la medesima Società dal 2000 ad oggi, succede nella carica al Professor Giuseppe Di Maria, dell'Università degli Studi di Catania, per un mandato triennale che scadrà nel 2009.

Nel passato, prestigiosi medici napoletani hanno ricoperto il ruolo di Regent del Capitolo Italiano ACCP. Tra questi si ricordano il professor Antonio Blasi (1978-1985) ed il professor Mario Conadorelli (1985-1993).

L'American College of Chest Physicians (ACCP) è la più antica associazione medica nordamericana che riunisce gli specialisti in malattie del torace. Fondata nel 1934, tra i suoi circa 17.000 soci vede riuniti: pneumologi, cardiologi, chirurghi toracici, cardiocirurghi, anestesisti, intensivisti, pediatri, allergologi, terapisti della riabilitazione e tecnici di fisiopatologia respiratoria. Il giornale ufficiale dell'associazione è CHEST, prestigiosa rivista clinica di patologia toracica che ha raggiunto la terza posizione nella classifica



ca delle riviste scientifiche con il più alto "impact factor", ovvero, che sono maggiormente lette e citate nelle bibliografie internazionali.

L'ACCP promuove l'affiliazione in tutto il mondo ed i circa 2.500 soci internazionali sono riuniti in Capitoli. Il Capitolo Italiano è il più importante d'Europa, (secondo al Mondo solo al Giappone) sia come numero (i soci italiani sono oltre 200) che, principalmente, per l'attività dei suoi membri. Esso organizza periodicamente riunioni scientifiche su temi di patologia cardio-respiratoria nel corso delle quali ha luogo un fruttuoso scambio di conoscenze scientifiche. Inoltre, il Capitolo Italiano partecipa attivamente alla realizzazione della edizione italiana di CHEST che è disponibile con cadenza trimestrale con la traduzione dei più importanti articoli originali.

Al caro amico e collega Francesco vivissime congratulazioni per il prestigioso incarico e auguri di buon lavoro da parte di tutta la redazione del Bollettino.

F. I.

Il 27 e 28 ottobre si è tenuto un seminario dell'ADDIS

La carta dei Distretti Sanitari

di RAFFAELE IANDOLO *

“Il Distretto sanitario in Campania” è stato il tema del seminario di studi, organizzato dall'ADDIS - Associazione Dirigenti Direttori Sanitari, che si è tenuto il 27 e 28 ottobre scorsi a Torella dei Lombardi (Avellino).

Numerosi i lavori, le analisi e le testimonianze presentate al folto pubblico di operatori intervenuti e pressoché unanimi le conclusioni a cui hanno condotto gli approfondimenti in aula: il Distretto Sanitario è la soluzione organizzativa più efficace per assicurare al cittadino il diritto di salute.

Il Distretto deve riacquistare, perciò, una centralità ed una rilevanza nel sistema sanitario affinché possa concretamente proporsi quale riferimento unico e privilegiato dei bisogni di salute, superando la vecchia equazione “sanità uguale ospedale”. Il Distretto appare, in prospettiva, l'unica struttura in grado di assicurare la continuità assistenziale e di realizzare un'auspicabile, autentica, forte integrazione ospedale-territorio: quest'orientamento, ampiamente condiviso in sede di dibattito dai Direttori Generali delle ASL campane e dal Consiglio direttivo dell'ADDIS, è, del resto, contenuto nel Piano Sanitario Regionale e nella Programmazione nazionale ed è stato più volte recentemente ribadito dallo stesso Ministro della Salute.

Nel corso del convegno di Torella dei Lombardi, il Presidente dell'ADDIS Campania, dr. Gennaro VOLPE, ha presentato la “Carta dei Distretti sanitari”, un docu-

mento programmatico che sancisce la funzione cruciale di integrazione dinamica e consapevole che il Distretto sarà chiamato a svolgere.

La Carta dei Distretti sanitari, che è stata condivisa ed approvata da tutta l'assemblea dei soci ADDIS, nasce dall'esigenza di uno strumento propositivo, concretamente finalizzato al raggiungimento di obiettivi comuni tra tutti gli operatori del territorio mediante l'attivazione di meccanismi virtuosi e sinergici, anche in grado di generare benefici economici di non trascurabile portata e, in definitiva, di consentire l'attuazione delle più moderne strategie in campo sanitario.

La Carta dei Distretti trova fondamento, quindi, su principi di carattere economico ed organizzativo ma anche su un più ampio background professionale e deontologico. Essa mira ad un vero e proprio riorientamento dei servizi sanitari e delle risorse, un obiettivo che deve tradursi in una rinnovata attenzione per la ricerca di strumenti e processi innovativi ma che, evidentemente, non può prescindere da un maggior fabbisogno di preparazione professionale ad alto livello di qualificazione e specializzazione.

Dieci i punti cardine della Carta dei Distretti di Torella dei Lombardi. Tra essi, non possiamo fare a meno di segnalare il governo clinico, come stimolo a favorire una rinnovata attenzione nei confronti dell'assistenza ai pazienti, e la centralità del cittadino che pone in primo piano il cittadino e non la prestazione, la globalità della persona e non le sue parti malate. In questo senso, è necessario che i servizi di accettazione evolvano

verso una porta unica di accesso, con funzione di accoglienza e di interprete della domanda di assistenza, ma soprattutto di “centralina informativa e pensante”. La Carta dei Distretti attribuisce un rilievo fondamentale anche alla tempestività delle prestazioni, affinché siano sempre garantiti ai cittadini tempi di attesa compatibili con i bisogni clinici, ed alla semplificazione dei processi quale scelta strategica di modernizzazione delle strutture organizzative, basata naturalmente sull'utilizzo di tutte le tecnologie informatiche e digitali oggi disponibili.

Tutti gli operatori presenti a Torella dei Lombardi hanno entusiasticamente preso confidenza con la nuova visione delle priorità in campo sanitario proposta dalla Carta dei Distretti che mira ad un sistema di cura meno complesso e frammentario e ad una sanità di base completa che risponda responsabilmente al suo mandato istituzionale.

Un approccio semplice ed originale ma, al tempo stesso, ambizioso ed inevitabilmente impegnativo per l'importanza, la delicatezza degli argomenti in gioco e, non ultima, la necessità di sradicare mentalità superate ed atteggiamenti anacronistici. L'autorevolezza degli interlocutori, che a Torella dei Lombardi ne hanno condiviso ed apprezzato i principi, l'efficacia del modello cooperativo che essa propone, la determinazione e la chiarezza dei contenuti ci sembrano i migliori auspici perché la Carta dei Distretti dispieghi tutte le sue potenzialità innovatrici, contribuendo in tempi brevi ad una reale riqualificazione del sistema sanitario.

* *Dirigente Medico Servizio Centrale Medicina territoriale ASL NAPOLI 1*



LA CARTA DEI DISTRETTI SANITARI

PROTAGONISTA DELL'ASSISTENZA

“Configurare” il distretto come spazio di risposta ai bisogni di salute del territorio e di governo clinico per coniugare la professionalità clinica a quella gestionale

CENTRALITÀ DEL CITTADINO

Il paziente come coprotagonista della scelta di salute

PORTA UNICA DI ACCESSO

Interprete della domanda di assistenza

TEMPESTIVITÀ DELLE PRESTAZIONI

Garantire tempi di attesa adeguati ai bisogni clinici

SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI

Scelta strategica di modernizzazione delle strutture organizzative

APPROPRIATEZZA DELLE CURE

Individuare linee guida e percorsi assistenziali mirati

INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Realizzare il “collante” ed il “feeling” assistenziale prima e dopo l'ospedalizzazione

INTEGRAZIONE SOCIOASSISTENZIALE

Ricomposizione delle differenze sociali nella fruizione del diritto alla salute

SVILUPPO STRUMENTI INNOVATIVI

Per una sanità più efficiente e veloce

CULTURA FORMAZIONE LEADERSHIP

Dimensione costante e fondamentale del lavoro, “leva per il miglioramento”

Torella dei Lombardi

28 ottobre 2006

Il diritto di nascere e quello di nascere sani

di ALFONSO ZARONE*

Questa problematica impone in primo luogo di scegliere la via da seguire per dare ad essa una risposta, potendosene percorrere varie a tal fine: in primo luogo quella dell'etica - laica o religiosa!

Percorso affascinante, ma che condurrebbe lontani dal fine di chi si propone, con queste brevi note, di proporre al Lettore scelte che, pur nel rispetto dei propri convincimenti, siano adeguate ai limiti imposti dall'assetto normativo vigente in Italia.

L'ottica per la trattazione di questo argomento sarà quindi quella strettamente medico-legale, sottesa cioè tra la biologia e il diritto.

L'argomento suggerisce per la sua trattazione la suddivisione in tre paragrafi distinti:

- 1) esiste per il concepito il diritto di nascere?
- 2) esiste per il concepito il diritto di non nascere, se portatore di anomalie o patologie?
- 3) quali problemi medico-legali si profilano in caso di nascita di un portatore di anomalie o patologie non diagnosticate nel corso della gravidanza?

D): Esiste per il concepito il diritto di nascere?

Va ricordato che solo con la diffusione del Cristianesimo si afferma il diritto del feto alla nascita.

In Grecia la donna poteva disfarsi del feto, per così dire, a suo piacimento (Socrate); Platone consigliava l'aborto come mezzo di equilibrio demografico; Aristotele, contestando l'individualità del concepito fino alla nascita, negava ogni rilevanza alla soppressione del feto; nell'antica Roma, in assenza del consenso del coniuge, si considerava l'aborto come una lesione del diritto del "pater familias" di avere un figlio.

Con l'affermazione del Cristianesimo l'aborto viene considerato un grave peccato, anche se presto comincerà a profilarsi una distinzione tra la soppressione del concepito prima ovvero dopo la ricezione dell'anima, che secondo alcuni avveniva solo dopo l'acquisizione della forma umana.

E così S. Girolamo (340-420) afferma che il feto non può considerarsi un uomo fino a quando non ha acquisito forma umana; S. Agostino (354-430) afferma che non debba considerarsi come omicidio l'aborto praticato su un feto ancora informe, dato che "non può dirsi



che l'anima realmente viva in un tale corpo"; Papa Gregorio III nel 731 indica addirittura come limite cronologico per l'avvenuta animazione del feto quello dei 40 giorni.

Il dettato della Chiesa cattolica, non fa oggi alcuna distinzione tra embrione inanimato e feto animato, dovendosi ritenere il concepito un essere umano, vetto- re del suo futuro fisico e spirituale, fin dagli inizi della sua procreazione.

Ciò premesso, il punto di partenza di ogni considerazione che resti sul terreno strettamente medico-legale deve essere rappresentato da un interrogativo, al quale occorre dare una risposta certa: attualmente la legge dello Stato italiano considera e tutela il diritto di nascere del concepito?

La risposta a questo interrogativo è affermativa, anche se a volte una disinvolta ed irresponsabile applicazione della vigente L. 194/78 consente di fatto il mas- sacro indiscriminato dei concepiti nei primi 90 giorni della loro vita intra-uterina.

La tutela del concepito nel nostro ordinamento trova riscontro indiretto nell'art. 2 (" la Repubblica ricono-

* *Primario emerito dell'Ospedale Cardarelli*

sce e garantisce i diritti inviolabili dell' uomo") e nell'art. 31 ("la Repubblica protegge la maternità") della Costituzione ed inequivoca ed esplicita affermazione nella L. 194/78.

L'art. 1 della precitata legge sull'aborto, in termini perentori e inequivocabili, stabilisce che "... lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio".

Se gli art. 2 e 31 della Costituzione impongono, per l'affermazione del diritto di nascere un'interpretazione estensiva ed indiretta, l'art 1 della L 194 non crea difficoltà alcuna di interpretazione.

Il diritto di nascere del concepito non può essere violato se non quando entra in conflitto con il diritto alla salute della madre: ciò sempre che non sia la madre a rinunciare alla tutela della sua salute pur di portare a termine la sua gravidanza: come è di recente accaduto per una madre eroica che, malata di cancro, ha rifiutato di praticare la chemioterapia e di sottoporsi a terapia radiante, per non danneggiare la sua creatura, scegliendo di sacrificare per essa la sua stessa vita!

II): Esiste il diritto del concepito di nascere sano?

Va subito chiarito che l'affermazione di questo diritto non va intesa in chiave negativa, cioè come facoltà di sopprimere il feto quando sia portatore di anomalie o patologie gravi. Ciò sottintenderebbe la possibilità di praticare l'aborto anche a fini eugenetici: il che non è invece previsto dal vigente ordinamento, che anzi lo vieta esplicitamente, tanto che, con l' art. 7 della L. 194/78, dopo l'interruzione della gravidanza impone di assistere il nato, quando abbia raggiunto la soglia della cosiddetta vitalità cronologica: assistenza che va praticata in ogni caso e quindi anche quando il nato presenti gravi malformazioni e/o patologie!

Il diritto del concepito a nascere sano va visto in chiave positiva, cioè nel riconoscimento del diritto del nascituro di essere protetto e tutelato da ogni danno che possa derivargli da comportamenti omissivi o commissivi, colposi o dolosi, posti in essere da altri: ed, in ipotesi di colpa professionale, dal medico.

Nel merito si tornerà più oltre, citando il contenuto di una recentissima sentenza della Suprema Corte.

D'altro canto come si può parlare, in termini medico-legali, di un diritto o addirittura di un obbligo del concepito di nascere sano?

Ciò sottintenderebbe una sua capacità di scelta, col diritto di rifiutare di nascere per sottrarsi ad una vita difficile: diritto da vantare ex post, cioè dopo la nascita!

Va ricordato che la capacità giuridica, cioè la possibilità di divenire soggetto od oggetto di diritti -fatta eccezione per quelli considerati dal C.C. e per quelli sanciti dai precitati articoli della Costituzione e dall'art. 1 della L.194/78- si acquisisce con la nascita.

Francamente mi sembra che l'affermato diritto del concepito a nascere sano, sic et simpliciter, celi solo il tentativo farisaico di far entrare dalla finestra l'aborto a fini eugenetici, vietato dall' attuale assetto normativo.

III): Quali problemi medico-legali si profilano in caso di nascita di un portatore di anomalie o malattie indagnosticate durante la gravidanza?

Chiarita in forma estremamente sintetica, quindi sicuramente approssimativa, la motivazione delle risposte alle prime due domande, resta da considerare quella da dare alla terza: il che impone di far riferimento ai traguardi cronologici e a quant'altro la L. 194/78 stabilisce agli art 4, 6 e 7, in tema di anomalie e malformazioni fetali.

Prima dello scadere dei novanta giorni dello stato di gravidanza la legge prevede che la paziente possa interrompere la gestazione se c'è "previsione di anomalie o malformazioni del concepito" da cui derivi "serio pericolo" per la salute della madre.

Dopo i novanta giorni l'interruzione della gravidanza secondo l'art. 6 della L. 194/78 può essere praticata quando siano accertati rilevanti danni fetali da cui derivi grave pericolo per la salute materna

Va peraltro aggiunto che il successivo art. 7 della precitata legge stabilisce che "quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'art. 6 ed il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto".

Si è quindi impossibilitati alla soppressione del feto, anche se affetto da "rilevanti" anomalie.

La nascita di un bimbo portatore di anomalie per lo più chiama in causa l'operato del ginecologo ecografista, cui si attribuisce la colpa della mancata dimostrazione del rilevante danno fetale.

Per mia conoscenza diretta e per quanto si desume dalla giurisprudenza gli accadimenti sono quasi sempre gli stessi, in tutte le vertenze:

- presenza di gravi anomalie alla nascita, non diagnosticate dal ginecologo-ecografista durante la gravidanza;
- affermazione di "colpa" professionale per la mancata diagnosi in tempo utile per l'interruzione della gravidanza.

Ai fini del giudizio medico-legale dopo i novanta giorni si impone la necessità non solo di dimostrare con certezza, la presenza della malformazione e la precisa definizione della natura e dell'entità della anomalia riscontrata, ma anche di provare, a posteriori e con certezza, che, ove la gestante fosse stata resa edotta della presenza della malformazione, ciò avrebbe sicuramente determinato l'insorgenza di un "grave pericolo" per la sua salute.

Va detto peraltro che è ben difficile dimostrare, ex post e con certezza, il "grave pericolo" per la salute materna che sarebbe insorto per l'avvenuto riconoscimento di anomalie fetali, anche ammesso che le stesse potessero essere precisamente definibili nella loro entità invalidante con l'esame ecografico.

Se si seguisse la via di presumere in ogni caso, senza provarlo, il grave pericolo per la salute materna, si finirebbe con l'identificare la liceità della provocazione dell'aborto con la sola dimostrazione del rilevante dan-

no fetale: ciò che legittima l'interruzione della gravidanza non è invece il danno fetale in se ma le conseguenze che esso induce e che hanno valore quando dal rilevante danno accertato derivi "grave pericolo" per la salute materna.

Questa interpretazione dell'assetto normativo trova autorevole conferma in alcune sentenze della Suprema Corte, tra le quali meritano particolare attenzione una del 1999 ed una, recentissima, del Luglio 2006, che recitano come segue!

(Cass. 24.3.1999 n. 2793) "Non si possono porre "a presupposto dell'interruzione della gravidanza le sole rilevanti anomalie del nascituro, in quanto nella legge n. 194/78 è necessario che esse causino uno stato di grave pericolo per la salute fisica e psichica della donna. In altri termini, ciò che conta è la sussistenza del grave pericolo, che è determinato dalle rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, ma questo grave pericolo per la salute materna potrebbe anche mancare pure in presenza di questa anomalia fetale".

L'altra Sentenza della suprema Corte, recentissima, ribadisce questa interpretazione tecnico-giuridica ed anzi ripropone, per condividerla e sottolinearne la correttezza, proprio la precitata sentenza 2793 del 1999.

(III Sez. civile N° 16123 del 14/07/2006) "Questa stessa Sezione si è già occupata della questione (Cass. Sez.III, N° 14488 del 2004) stabilendo che l'ordinamento positivo tutela il concepito e l'evoluzione della gravidanza esclusivamente verso la nascita, e non anche verso la "non nascita", essendo pertanto (al più) configurabile un diritto a nascere e a nascere sani, suscettibile di essere inteso esclusivamente nella sua positiva accezione: sotto il profilo privatistico della responsabilità contrattuale o extra contrattuale o da contratto sociale, nel senso che nessuno può procurare al nascituro lesioni o malattie (con comportamento omissivo o commissivo, colposo o doloso)"



E più oltre: "...le eventuali malformazioni o anomalie del feto rilevano esclusivamente nella misura in cui possono cagionare un danno alla salute della gestante e non già in sé e per sé considerate (con riferimento cioè al nascituro)... "...il diritto di non nascere sarebbe un diritto adespota (in quanto ai sensi dell'art 1 C-C. la capacità giuridica si acquista solo al momento della nascita...sicchè il diritto di non nascere non avrebbe alcun titolare appunto fino al momento della nascita"...essendo per converso il diritto del concepito a nascere, pur se con malformazioni o patologie ad essere propriamente -anche mediante sanzioni penali- tutelato dall'ordinamento"... "Ne consegue che la tutela dell'individuo, che con la nascita acquisisce la personalità giuridica, nella fase prenatale è limitata alle lesioni imputabili ai comportamenti colposi dei sanitari, ma non si estende alle situazioni diverse..."

In altri termini il medico, secondo questa illuminata Sentenza, può essere chiamato a rispondere dei danni presenti nel concepito, solo se essi sono legati da nesso di causalità con una condotta censurabile, commissiva od omissiva, da lui attuata!

Vero è invece che i coinvolgimenti dei medici in ambito penale e civile si sono moltiplicati con progressione geometrica, in caso di nascita di portatori di anomalie o patologie indignantate nel corso della gravidanza: e l'occasione dalla quale sorgono i contenziosi medico-legali è quasi sempre rappresentata dalla mancata o imprecisa diagnosi ecografica di anomalia fetale.

Andrebbe forse ricordato ad alcuni severi Censori tecnici che l'ecografia prenatale mirata al riconoscimento di una possibile anomalia mentre nella popolazione ad alto rischio mostra una elevata sensibilità (tra il 73% ed il 90%), essendo diretta verso possibili bersagli concretamente sospettabili, quando è utilizzata come test di screening nella popolazione a basso rischio, denuncia un notevole abbassamento della sua sensibilità, attestandosi tra il 30% ed il 61%, per cui l'errore può non essere ascrivibile a colpa per grave imperizia del Medico ma alle oggettive difficoltà per il raggiungimento di una precisa diagnosi di certezza.

Un'ultima considerazione si propone, che non vuole essere una protesta ma solo un segnale di allarme, che parte dal mondo medico e che si spera possa giungere fino a quello degli Operatori di Giustizia, al fine di contenere un fenomeno che sta assumendo proporzioni allarmanti: quello del ricorso all'Autorità giudiziaria anche nei casi più assurdi.

Ricorso che viene a volta strumentalizzato e diretto al fine di gettare nel panico il Medico che, specie quando è coinvolto in ambito penale, sollecita le Compagnie assicuratrici a corrispondere anche gli indennizzi non dovuti, pur di sottrarsi all'onta di una condanna, ingiusta ma pur sempre possibile.

Sollecitazione che spesso viene accolta dalla Compagnia, che a questo si sente spinta al fine di attuare una politica aziendale accattivante e di richiamo: e si crea così la premessa di un ulteriore incoraggiamento ai ricorsi immotivati, realizzandosi la significativa immagine...del cane che si morde la coda!

Nei giorni 27 e 28 ottobre si è tenuto a Napoli un convegno di interesse nazionale sull'HPV

Attività SIFOP a Napoli

di FRANCESCO BUONINCONTI*

Con profonda soddisfazione gli Specialisti Ambulatoriali di Napoli, hanno visto assurgere alla più vasta notorietà la collega Angela Giannattasio, patologo clinico e specialista in virologia in servizio presso l'ospedale Ascalesi, della nostra città.

La collega, lavorando con passione, intelligenza e non senza il conforto della Fortuna, ha identificato una variante del HPV 82. La scoperta di questa variante mise a suo tempo a rumore non solo il ristretto ambito degli specialisti, ma anche la parte della città che ruota intorno alla sanità. Persino i quotidiani ne parlarono a lungo.

A distanza di qualche tempo la dott.ssa Giannattasio ha voluto organizzare un incontro che fosse occasione per fare il punto sulle attuali conoscenze su questa importante famiglia di virus.

Nei giorni 27 e 28 ottobre, pertanto, presso l'ordine dei medici di Napoli, si è tenuto un corso indirizzato a medici e biologi dal titolo "HPV lo stato dell'arte!" Inutile dire che un corso che verta sugli studi e le esperienze di un medico ne rappresenta di per se stesso la consacrazione quale personalità di primo piano nell'ambito professionale cui appartiene. Così, certamente, è stato per Angela Giannattasio, soprattutto se si consideri che hanno onorato l'incontro della loro presenza alcuni dei più illustri esperti della materia.

Dopo un saluto ai convenuti del Maestro della dott. Giannattasio, il prof. Smeraglia, che ha presentato la sua ex-allieva senza lesinarle i complimenti. Ha preso la parola per

una "lectio magistralis" Angela stessa che ha diffusamente ed approfonditamente illustrato ai presenti le attuali acquisizioni sulla famiglia dei Papillomavirus.

Ha tenuto quindi una relazione la prof. Maria Grazia Cusi del dipartimento di biologia molecolare dell'università degli studi di Siena. La prof. Cusi ha spiegato in modo semplice ed efficace come si effettua un sequenziamento genico e nella fattispecie ha portato come esempio proprio il sequenziamento genico che ha permesso di scoprire la nuova variante di HPV 82. E' toccato quindi al prof. Stefano Greggi, primario della divisione di oncologia ginecologica dell'ospedale Pascale, fare il punto sul valore della vaccinazione come mezzo adeguato a contrastare la diffusione così capillare del Virus, illustrando pure, dal suo osservatorio privilegiato, i vantaggi che è possibile attendersi da questa nuova strategia che, stando all'illustre relatore, si presenta sotto i migliori auspici.

Nell'ambito di questa stessa sessione i presenti hanno potuto assistere ad un dibattito quanto mai partecipato e colto tra alcuni degli ascoltatori, essenzialmente clinici, e i relatori, soprattutto ricercatori e scienziati, sul reale valore, nel momento attuale, di queste scoperte che vengono ad arricchire di continuo il bagaglio delle conoscenze del Medico, ma non modificerebbero di molto le sue possibilità di curare o prevenire. Appassionati e stimolanti interventi dal pubblico hanno tenuto i colleghi dott. Massimo Capodanno, ginecologo ed il Prof. Francesco Maiello, anatomico patologo.

Chi vi riferisce, senza nessuna pretesa di entrare in un dibattito così tecnico dalla comoda posizione del commentatore, non può esimersi tut-

tavia dal riconoscere e riferire il valore di una discussione animata da passione autentica per il proprio lavoro e da alta professionalità. Sono momenti, abbastanza rari, in cui, chi ha a cuore il destino del nostro Mestiere sente il cuore aprirsi alla speranza.

La sessione del giorno successivo, dopo un nuovo intervento della dottoressa Giannattasio circa il ruolo del sistema immunitario nei meccanismi di oncogenesi virale, ha visto la relazione del dott. Bruno Mauro, ginecologo ospedaliero e cultore della medicina omeopatica, che ha riportato alla ribalta il punto di vista del ginecologo con un contributo particolarmente documentato.

E' stata quindi la volta in cui due specialisti di branche considerate fin'ora lontane dagli effetti di questo Virus, i quali hanno testimoniato come si allarghi la conoscenza sull'ambito della nocività dell'HPV.

Infatti i professori Felice Romano, urologo e Paolo Fierro, otorino hanno mostrato alcuni casi di patologie inerenti le loro branche in cui l'HPV è stato riconosciuto responsabile della patologia osservata.

A conclusione della seconda sessione un collega virologo del Distretto Napoli Est, il dott. Giovanni Galano in un intervento straordinariamente brillante grazie anche all'uso del vernacolo ha tentato di far ripercorrere ai presenti le vie tortuose e disagiate attraverso le quali gli scienziati, novelli alchimisti, vanno alla ricerca della pietra filosofale rappresentata questa volta dai sempre agognati finanziamenti. Che sia per questo che li chiamano ricercatori?

Visto il consenso dei partecipanti è possibile che di questo incontro possano tenersi altre edizioni.

Vi terremo informati.

* Segretario Regionale
SUMAI Campania

Un convegno dedicato agli antibiotici ricorda un medico di Arzano

Vincenzo Tiberio

il vero scopritore della penicillina

di PASQUALE PISCOPO*

Il 6 giugno del 2006, presso l'Istituto Professionale di Arzano, si è tenuto un Convegno sugli antibiotici e l'importanza che hanno avuto ed ancora hanno nella medicina. Non un consueto Convegno scientifico, ma una occasione per ricordare la figura di un illustre cittadino e medico di Arzano, Vincenzo Tiberio, colui che per primo intuì il potere terapeutico delle muffe.

La storia ufficiale della penicillina è legata al nome di Alexander Fleming che, nel 1928, per puro caso osservò l'impedimento della crescita di batteri da parte di una muffa, il "Penicillium notatum", ma il primo documento sul potere delle muffe, e quindi di quelli che poi saranno gli antibiotici, porta una data più antica: 1895. E' uno scarno, incolore libretto conservato per cento anni e più negli Archivi della Regia Università di Napoli. "Appare chiaro", vi si legge, "che nella sostanza cellulare delle muffe esaminate sono contenuti dei principi solubili in acqua forniti di azione battericida".

Autore un medico da poco laureato, Vincenzo Tiberio, che aveva chiesto e faticosamente ottenuto di verificare presso i laboratori di Igiene della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Regia Università di Napoli, i risultati delle osservazioni fatte nel cortile della casa in cui temporaneamente abitava ad Arzano, un comune della provincia napoletana. La relazione, stampata a cura dell'Università, finì in archivio senza che nessuno si rendesse conto della portata della scoperta. Il giovane Tiberio, nativo della moli-

sana Sepino, si iscrisse alla Facoltà di Medicina di Napoli e si trasferì presso dei parenti ad Arzano. La casa era caratterizzata da un ampio cortile al centro del quale vi era un pozzo, ancora oggi esistente, che dava acqua per le necessità domestiche e fu proprio quella presenza a suggerire a Tiberio l'intuizione decisiva. Gli successi di constatare che gli abitanti della casa erano colpiti da infezioni intestinali ogni volta che il pozzo veniva ripulito dalle muffe, mentre quando la muffa tornava a formarsi, i disturbi degli abitanti cessavano. Il giovane laureando, con intuito scientifico, suppose che tra i due fenomeni ci fosse un rapporto di causa ed effetto. Tiberio prelevò alcuni campioni di sostanza e ne parlò in Facoltà, affrontando non poche difficoltà e diffidenze. Gli fu consentito di accedere al laboratorio di Igiene diretto dal Prof. Vincenzo De Giaxa solo dopo la laurea ed i risultati delle sue osservazioni finirono nel fascicoletto "Sugli estratti di alcune muffe", dove viene riportata per prima cosa la preparazione delle colture, sono descritte in dettaglio le condizioni di crescita delle varie muffe isolate, il metodo di estrazione acquoso delle muffe ed il loro potere battericida sia in vitro che in vivo. Viene evidenziato il potere chemiotattico degli estratti delle muffe nelle infezioni da Bacillo del tifo e Vibrione del colera, con l'utilizzo come cavie dei conigli e la tecnica delle infusio-



ni sottocutanee ed intraperitoneale. Tra le prime osservazioni e la pubblicazione della relazione conclusiva passarono circa cinque anni ma il mondo accademico e scientifico non dette peso alla scoperta. Le conclusioni sul potere battericida delle muffe furono registrate come una coincidenza e la relazione fu consegnata alla polvere degli archivi con la data del 1895.

Nessuno pensò che la constatazione di Tiberio potesse aprire nuovi orizzonti terapeutici e lo stesso scopritore accettò senza proteste l'archiviazione silenziosa. Vincenzo Tiberio morì nel gennaio 1915, ucciso da una crisi cardiaca, mentre stava per imbarcarsi, in qualità di ufficiale medico, sulla nave ospedale "regina Elena". Della scoperta di Arzano non si parlò più fino agli anni Quaranta, quando si ebbero in Italia le prime notizie della penicillina, il miracoloso rimedio regalato all'umanità dalla scoperta di Fleming. Solo più tardi la scienza ufficiale rese merito al precursore della sua intuizione: il fascicolo degli "Annali" con la sua relazione fu estratto dall'archivio e ristampato nel 1955 a cura dell'Istituto di Igiene dell'Università napoletana, vari congressi medici ricordarono quei trascorsi, Sepino lo ricorda con una lapide, ad Arzano gli è stata intitolata una scuola, mentre a Roma esiste una strada a lui dedicata che forse non a caso si trova sulla "Collina Fleming".

* Medico-Chirurgo di Arzano

Il paziente al centro di ogni riflesso tecnologico e scientifico

L'umanizzazione della Medicina

di ALDO BOVA*

Da alcuni anni la Medicina è interessata da una grande rivoluzione tecnologica. Nel campo delle indagini da effettuare, ad esempio, si stanno affermando sempre più sofisticate apparecchiature che consentono di guardare il corpo umano nelle sue più piccole parti e, dunque, formulare precise diagnosi. Si tratta, in pratica, di strumentazioni che, in modo non invasivo, permettono di studiare la struttura, la condizione anatomica e la funzionalità di organi importanti del nostro corpo: il cuore, l'intestino, il cervello, eccetera.

Oggi è possibile refertare a New York una Tac o una RMN effettuata a Tripoli. E' possibile intervenire chirurgicamente e con precisione estrema, grazie a sistemi telematici e computerizzati, su un organo del corpo umano, stando lontano dal corpo stesso, finanche, in un'altra parte del mondo. In campo neoplastico, possiamo disporre di farmaci che vanno ad agire con precisione su alcune cellule e non su altre.

L'approccio scientifico ed operativo dei medici va sempre più orientandosi verso una iperspecializzazione in settori ristretti. Un'approccio guidato dalla convinzione che conoscere benissimo una determinata parte del corpo umano, le patologie che riguardano quel settore e trattare, medicamente o chirurgicamente, sempre quelle patologie, permette di acquisire una notevole e validissima esperienza.

Questo orientamento, oggi assai diffuso, sta generando però, a mio avviso, una parcellizzazione esasperata della Medicina, che può finire col creare problemi nella cura globale del malato.



Insieme all'avanzamento della tecnologia e della cultura della superspecializzazione, c'è da registrare anche una tendenza alla burocratizzazione ed economicizzazione del servizio sanitario che oggi deve fare i calcoli con la modernità della gestione organizzativa dei servizi (call center, prenotazioni one line, ecc.) e con i costi gestionali dei servizi offerti.

E allora, purtroppo, in questo contesto, l'ammalato diventa solo un numero di prenotazione, un DRG, un costo da tenere sotto controllo.

Ciò che, a mio avviso, è andato perduto con l'avvento in Medicina di tecnologie e logiche aziendali è, dunque, la considerazione della persona che soffre come PERSONA UMANA, che ha corpo, intelletto e psiche, una storia personale generale e clinica, un carattere, una famiglia, che ha un suo particolare contesto sociale ed economico di cui bisogna tener conto. Una persona verso la quale il medico ha il dovere morale e professionale di approcciarsi in maniera globale.

Da questa constatazione deriva una serie di valutazioni che contribuiscono a realizzare quello che a mio parere è il giusto concetto di assistenza sanitaria, basato ancora, a dispetto di tutte le modernità, su vicinanza e calore umano per quanti soffrono e si rivol-

gono fiduciosi alle nostre strutture:

- la Persona umana ammalata va contattata come tale, va ascoltata, va conosciuta nella sua storia clinica e personale.
- l'ammalato va trattato con competenza professionale, con cortesia, garbo e compartecipazione psichica ai suoi problemi e alla sua paura.
- la struttura che l'accoglie deve essere accogliente, pulita, con colori che possano ricordare la sua casa e assicurargli, insieme, riservatezza e rispetto della privacy.

Atteggiamenti certo non semplici da ottenere. Affinché la struttura curante abbia queste caratteristiche, è indispensabile che i dirigenti ne seguano attentamente e con amore la vita e la funzionalità, come con affettuosità e calore seguano l'ammalato.

E per ottenere ciò è necessario che i medici non dimentichino mai il loro codice deontologico, l'etica professionale e la propria coscienza; ma soprattutto la capacità di sapersi immedesimare nelle persone che curano, ponendosi al loro posto e valutando di cosa avremmo bisogno anche noi, se ci trovassimo al loro posto.

Da questa capacità il medico onesto, serio, buono, laico, che conosce il senso profondo dell'essere medico, che sa curare l'uomo sofferente nella sua globalità, ricava uno stile giusto ed un modo di porsi valido nei confronti del paziente.

Nel raggiungimento di questo nobile obiettivo i medici cattolici sono senz'altro avvantaggiati. Essi hanno dalla loro parte la conoscenza di Cristo, del valore grandissimo che Lui dà alla sofferenza e dell'importanza che il Signore stesso dà allo stare con amore a fianco di chi soffre, proprio come IL BUON SAMARITANO.

* Presidente Associazione Medici Cattolici Italiani di Napoli

Le pagine della cultura

a cura di **FRANCESCO IODICE**

A che serve leggere?

*Mentre veniva preparata la cicuta,
Socrate stava imparando un'aria sul flauto.
"A cosa ti servirà?" gli fu chiesto.
"A sapere quest'aria prima di morire"*
(Platone, *Apologia di Socrate*)

Quando la piccola Francesca Pia venne issata sulla pila di volumi che doveva consentirle di raggiungere dalla sedia il livello della tavola e di arraffare dal piatto il maddo (formaggio), il cocco (prosciutto cotto) e il paca (pane), il nonno sobbalzando, esclamò: "Oh là! Ma i libri servono anche a questo?".

Nel nostro tempo utilitaristico e disordinato, in cui leggere è per i più un affanno e per pochissimi una gioia, si ripropone sempre più la vexata questio della lettura. Ma cosa leggere? Alcuni sostengono che bisogna leggere tutto, anche i volumetti rosa della collana Harmony e perfino l'elenco telefonico; altri consigliano letture selezionate, per imparare o per riuscire negli studi o per informarci o ancora per sapere chi siamo o perfino per sapere dove andiamo e così via all'infinito. Altri ancora consigliano di leggere solo i classici, altri infine sono del parere che vale la pena solo di rileggere libri già letti in passato. Quando Montaigne diceva: "Non faccio niente senza gioia", si riferiva alla lettura e condensò in questa breve formula la suprema regola della sua vita. Il famoso violoncellista Pablo Casals rispose, a chi gli chiedeva

come mai avesse avuto un figlio alla veneranda età di ottantuno anni: "Perché lavoro e faccio ogni cosa con gioia".

Per motivi anagrafici ci interessa soprattutto la lettura dei libri classici, di quei libri cioè – italiani o stranieri, antichi o moderni – che si sono imposti nel tempo come indimenticabili, con un loro posto in una continuità culturale, che non hanno mai finito di dire quello che hanno da dire, che quando più si crede di conoscerli per sentito dire alla lettura si rivelano nuovi, inaspettati, inediti; insomma, quei libri che più li leggiamo e tanto più ci avvincono, come quando li abbiamo letti la prima volta. Un amico, coetaneo e preside di liceo, ci fa notare che ad una certa età non si possono sbagliare le letture, non si può rischiare di perdere tempo a leggere l'ultimo romanzo di moda o l'ultima inchiesta sociologica, ma che bisogna puntare sul sicuro.

Questo non vale per la gioventù, età in cui l'incontro con i classici avviene il più spesso a scuola dove sembra che viga la proscrizione del piacere di leggere; chi non ricorda le pallose ore in classe quando si parlava di Guicciardini, Metastasio, Parini, Alfieri, Foscolo, o Leopardi? "Oggi parleremo del 'gobbeo di Recanati', annunciava stentoreo il prof. di italiano, "E, se non temessi di apparire eccessivo, vi inviterei a sentire questa lezione in piedi". Purtroppo, lungo tutta la loro carriera scolastica – dalle elementari fino alle

medie superiori – gli studenti si vedono imporre l'obbligo della chiossa e del commento, ignorando che il fine da raggiungere non è quello di pretendere che gli adolescenti parlino dell'opera: il fine è l'opera stessa, cioè il libro che hanno nelle loro mani. Sotto ogni latitudine pare che il piacere non possa figurare nei programmi scolastici, come se la conoscenza dovesse scaturire da una ineluttabile sofferenza. La scuola e l'università dovrebbero far capire che un libro bisogna soprattutto leggerlo per amore; invece, fanno di tutto per far credere il contrario: niente dice più del libro che la lettura del libro stesso, e non l'introduzione di tizio o l'apparato critico di caio, per non parlare dell'asfissiante bibliografia. Il lettore non ha bisogno di intermediari che pretendono di saperne più dell'autore. Fortunatamente, i giovani dopo la scuola



Lo scrittore Alessandro Baricco legge *Illiade* al Roma Europa Festival

avranno tutta una vita a disposizione per leggere.

Ma, scelti i classici, un primo problema è dove relegare i libri che classici non sono, cioè quelle letture strettamente legate all'attualità che può essere banale, certamente è superficiale, ma è pur sempre un mezzo per capire cosa succede intorno a noi. Forse ci si dovrebbe aste-

Ricordiamo a tutti i colleghi l'indirizzo e-mail cui dovranno spedire i loro contributi:
ordmed@ordinemedicinapoli.it

Le pagine della cultura

nere dal leggere i giornali: per attendere la composizione di un governo occorrono a volte delle settimane e si potrebbe rimandare la lettura al giorno della sua composizione definitiva; altrettanto tempo ci vuole per sapere come vanno a finire quelle beghe da cortile cui ci hanno abituato i politici nei loro vaniloqui televisivi; per sapere chi ha ucciso il bimbo di Cogne non sono bastati tre anni. Forse varrebbe la pena di comprare un quotidiano ogni 15 giorni e vedere un telegiornale ogni tre settimane.

Un secondo problema è dove trovare il tempo e la concentrazione mentale per leggere i classici, distratti da tanti impegni stressanti e soverchiati da una valanga di notizie da parte dei mass media. Dove esiste una persona beata e serafica che dedichi tutto il suo tempo esclusivamente a leggere Manzoni, Proust o Montaigne? Chiariamo subito: nessuno ha mai tempo per leggere, la vita è un perenne ostacolo alla lettura, ma dal momento che il problema viene posto, vuol dire che quel che manca è la voglia perché il tempo per leggere è sempre un tempo rubato: a che cosa? Al dovere di vivere. In un salotto cosiddetto bene della sedicente borghesia medio-alta, una sera Domenico Rea (di cui l'amico Francesco Durante da poco ha curato il Meridiano) chiese ai presenti se avessero letto il suo ultimo libro – La ninfa plebea – vincitore del Premio Strega. L'avvocato T. rispose per tutti: "Magari, caro Mimì, avessimo il tempo di leggere! Con tante cose che abbiamo da fare". E allora, bisognerebbe chiedersi come mai legga tanto quella donna che lavora, guida la macchina, ha tre amanti, fa la spesa, si occupa dei figli e frequenta il dentista, o perché si vede tanta gente leggere nel frastuono cadenzato del metro. L'alunno Robustelli, seduto in classe all'ultimo banco, leggeva di nascosto avidamente il suo Dottor Jekyll e mister Hide, in attesa di consegnare il compito in bianco. Viceversa, l'at-

tempato scapolo di fronte che viveva di rendita non aveva mai preso in mano un libro. La questione dunque non è di sapere se si ha tempo, ma se ci si vuole concedere o non la gioia di essere lettore. Lo scrittore francese Daniel Pennac racconta che durante il servizio militare sceglieva sempre la corvée delle latrine, cosa che nessuno voleva fare: sbrigato velocemente il compito assegnatogli, si chiudeva nel bagno in fondo e, a porta sprangata, lesse tutto Gogol. Il luogo è un classico: il vecchio Clemenceau era grato alla sua cronica stitichezza che gli aveva consentito di leggere le Memorie di Saint-Simon.

Ma un piacere ancora maggiore si prova nel rileggere: rileggere quel che una prima volta ci aveva respinti, rileggere da un'altra angolazione (quando si rilegge, l'angolazione è sempre diversa dalla volta precedente perché siamo cambiati noi, è cambiata l'epoca e perciò sembra cambiato anche il libro), rileggere per il piacere della ripetizione e per la gioia di un nuovo incontro. Un libro è diverso per ogni generazione di lettori, per ogni singolo lettore e per lo stesso singolo lettore che torna a leggerlo: sembra riscritto in ogni epoca in cui lo si legge e ogni volta che lo si legge. Rileggere dunque è un leggere carico di tutto quello che, tra una lettura e l'altra, è passato su quel libro, sia dentro i noi che nel mondo che ci circonda. Il piacere di rileggere è enormemente superiore a quello di leggere, tanto che qualcuno ha formulato questo paradosso: a rileggere per tutta la vita lo stesso libro si prova maggiore gioia che a leggere un'intera biblioteca.

Naturalmente, occorrono libri per la cui lettura valga la pena di spendere un'intera esistenza e, ad onore del vero, ognuno di noi può scegliere le opere che a suo giudizio hanno arricchito la vita di intere generazioni, libri capaci di diventare "diversi" ad ogni lettura. Per conto nostro, arrischiamo: La Divina Commedia, Il Don Chisciotte, I Promessi Sposi,



Frontespizio del libro "Dante vivo" di Giovanni Papini del 1916

La morte di Ivan Il'ic di Tolstoj. E tutto il volume Adelphi Hermafrodito e altri romanzi di Alberto Savinio.

Ma (ri)leggere i libri a cosa serve? E' una domanda tipica della società in cui viviamo, dove tutto deve essere produttivo e rendere immediatamente. La lettura è invece un'attività che non rende niente in termini quantificabili. Certo, sappiamo che prima o poi essa ci servirà a qualcosa, ma non sappiamo mai esattamente a cosa, né quando. "A niente", risponderrebbe Italo Calvino, "ma è meglio leggerli che non leggerli". E' per questo che non ha senso obbligare a leggere. Leggere è innanzitutto un atto, l'atto appunto di leggere; non ha nulla della passività di guardare un film o la televisione dove, se una porta cigola, vuol dire che è il momento di aver paura: nella lettura tutto questo bisogna immaginarselo... la lettura è un atto di creazione permanente. Il piacere della lettura non è solo il piacere dell'evasione, ma anche quello della comprensione che evidentemente implica uno sforzo. E se qualcuno obietta che non valga la pena di fare tanta fatica, lo invitiamo – quando capita a Milano – a passare per la libreria Hoepli dove su una parete fa bella mostra di sé l'aforisma: "Un uomo che legge ne vale due".

E. I.

Le pagine della cultura

La Ballata del pensionato

di LUIGI ESPOSITO*

Le malattie, purtroppo, non vanno in ferie e non rispettano le esigenze di vacanza del mondo sanitario di oggi a tutti i livelli: dal Direttore della struttura di eccellenza nazionale al responsabile del più piccolo dei presidi sanitari; dal primario di elevata qualificazione professionale all'assistente in formazione; dallo studente all'infermiere, al personale tutto.

Il pensionato abbandonato da tutti i familiari: i figli, i nipoti, gli amici, partiti anch'essi per le agognate vacanze, si aggira per le strade nell'afosa canicola agostana che grava e si diffonde.

Lotta contro gli immigrati che gli tolgono parte del suo spazio vitale.

Chiude gli occhi per non vedere il degrado progressivo del suo habitat naturale.

Barcolla, gli manca il respiro, si sente male, chiede aiuto. Prega rivolto al cielo, invoca il miracolo...

Una sola struttura è rimasta in attività, un solo punto di riferimento verso cui si dirige: lo studio del medico di base, pure lui, purtroppo è in vacanza, e sostituito da una collega.

L'impatto è tremendo e la diagnosi è di una malattia considerata gravissima, per cui sono necessarie delle indagini. Però tutte le strutture pubbliche sono chiuse.

Solo quelle private lampeggiano e occhieggiano sussurrando ammaliani: venite, venite, venite... In tal caso le indagini verrebbero effettuate subito ma hanno un costo elevato e proibitivo. Non è possibi-

le per lui affrontare le considerevoli spese. Il povero pensionato medita il suicidio. Ed era vagabondo nella sua città, gironzola disperato come un automa.

Naufrago, approda finalmente in una struttura pubblica che miracolosamente compare.



Viene finalmente accolto tra le braccia materne della sanità pubblica e, subito visitato, vengono effettuate le indagini necessarie ed attuate le cure adeguate.

Il miracolo sognato si è realizzato, le sue tante preghiere sono state evidentemente ascoltate lassù e vengono rapidamente esaudite. Trova accoglienza e sensibilità, cortesia e gentilezza da parte di tutto il personale.

Rinasce, torna a nuova vita.

Intanto, stanchi, esausti, irritati, sofferenti, tornano i vacanzieri, riprende la vita quotidiana, con i suoi ritmi affannosi.

Nel loro intimo si lamentano per i vari disagi subiti, l'affollamento dei luoghi di villeggiatura, le lunghe code in autostrada, tutti i prezzi aumentati con l'euro che impazza.

E' un attimo di smarrimento per loro che subito scompare perché il mare da tempestoso diventa tranquillo.

Infatti i vacanzieri della sanità assieme a tutti gli altri appartenenti ai vari strati sociali ed a tutte le categorie professionali, sono pronti a ripartire in occasione delle varie festività e dei vari ponti, la Festa dell'Immacolata, il Santo Natale, il Capodanno, l'Epifania, la Santa Pasqua, la Festa della Liberazione, la Festa dei lavoratori (il primo Maggio), la Festa della Repubblica, la festa della Madonna dell'Assunta che, da rito pagano, diventa il mitico Ferragosto che trova tutta la nostra cara Italia unita senza divisioni regionali.

Intanto il pensionato, ritorna a nuova vita perché con gli altri vacanzieri rientrano i suoi familiari che lui con il candore della vecchiaia, abbraccia, dimenticando le sue angosce e tutti i torti subiti.

Dice tra sé e sé: sopravviverò per qualche altro anno, sarò ancora vivo l'anno prossimo, i medici della sanità pubblica mi cureranno secondo quanto promesso con il giuramento di Ippocrate che hanno fatto con entusiasmo giovanile tanto tempo fa, riprenderà nel 2007 il solito tran tran quotidiano e, ripete allontanandosi lentamente verso il suo destino, chissà, chissà, chissà...

Luigi Esposito, medaglia d'oro, attribuitagli dall'ordine dei medici della Provincia di Napoli, assieme a tanti altri colleghi per l'attività svolta nei primi 50 anni di iscrizione nell'albo.

Cari colleghi, sorge un dubbio: i premiati erano peggiori o migliori dei medici di oggi? Ad ogni collega chiedo una giusta riflessione.

* Direttore della I° Clinica Pediatrica della II Università

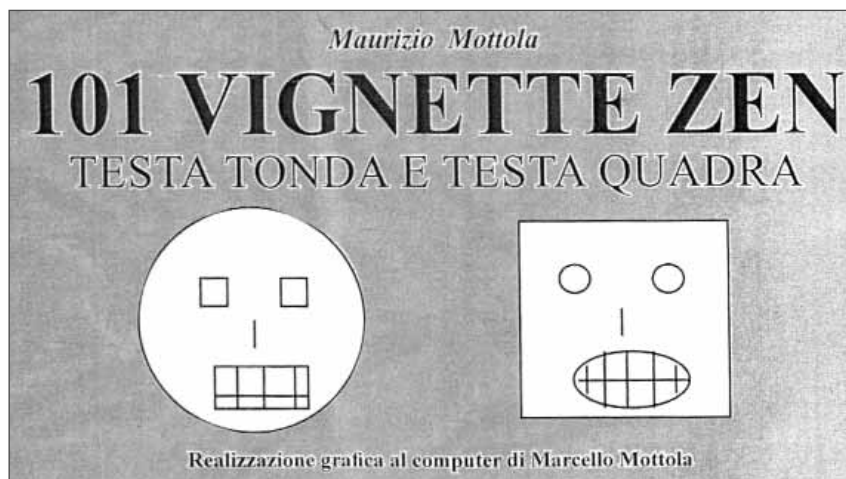
Le pagine della cultura

101 Vignette Zen

Testa Tonda e Testa Quadrata

Prima il titolo - 101 Vignette Zen - e poi la massima di Osho, uno dei più grandi mistici a cui l'India abbia dato i natali, in quarta di copertina - "Nulla, assolutamente nulla di nulla, è occulto; da sempre, ogni cosa è evidente quanto la luce del giorno. Ma per te, non tutto è così chiaro; questo non significa che non esista la luce del giorno, significa semplicemente che tu se li, con gli occhi chiusi" - ci mettono subito sull'avviso che il contenuto del libro sarà strettamente legato alla filosofia orientale.

Infatti, l'autore - Maurizio Mottola, napoletano, 55 anni, psichiatra e psicoterapeuta nel servizio sanitario nazionale - ha trovato negli insegnamenti del maestro spirituale un'originale sintesi tra Oriente e Occidente e nelle tecniche di meditazione da lui approntate, un potente strumento in direzione della consapevolezza, per cui si adopera professionalmente per la loro diffusione. Conosciuto come Bhagwan Shree Rajneesh, nel 1989 il maestro abbandonò il nome "Bhagwan Shree" in quanto per troppe persone esso conservava ancora il significato di "Dio" e accettò solo il termine Osho che deriva da "oceanico" e viene usato per indicare quel "dissolversi nell'oceano dell'esistenza", proprio delle varie forme di esperienza religiosa. Nelle sue numerose pubblicazioni il guru indiano, le cui tesi furono anche aspramente (ma inutilmente) contestate con scritti articoli e libri al curaro che tendevano ad un discredito sistematico, dimostrò quanto fosse autolimitante e spesso tragicamente folle il nostro prendersi con troppa serietà ed il dilagante consumismo dei tempi attuali. Lo



scrittore Tim Robbins scrisse che il numero ridicolmente alto di Rolls Royce (pare oltre 90), di cui Osho si circondava, non era altro che una gigantesca messa alla berlina del nostro edonismo consumistico.

Detto questo, ci si poteva aspettare una lettura grave, seria ed intransigente. E invece, no. La lieta sorpresa è stata la constatazione che, nelle 101 vignette "Zen" di Testa Tonda e Testa Quadrata, Mottola, pur stimolando e sostenendo il rapporto con la realtà come processo di costruzione ed attribuzione di senso, lo fa con simpatica ironia e gioca con le parole, destrutturando e contrastando la superficiale convinzione che la realtà sia circoscrivibile nei nostri limitati schemi mentali. Ogni vignetta è costituita da due teste, (ciascuna delle quali pronuncia la frase o il motto): una circolare (C) [forse da riferire all'enso, uno dei modi di indicare il vuoto, un ideogramma dalla forma circolare che è tra i simboli più significativi dello ZEN, parola che viene tradotta comunemente con 'meditazione'] e una quadrata (Q). Ma sarà meglio

riferire il contenuto di qualcuna delle vignette, prese a caso dalle sei sezioni in cui è diviso il volumetto. Giustizia, C: "Prima a chi si pentiva si dava la penitenza...!", Q: "...Adesso sono i pentiti che danno le penitenze...!". Sanità (ovviamente due), C: "Dottore, ho un problema...!", Q: "Beato lei, io ne ho più di uno!". C: "Dottore, soffro di manie suicide!", Q: "In tal caso paghi l'onorario anticipatamente!". Terrorismo, C: "Che vuol dire lo slogan 'No alla guerra senza se e senza ma'...?", Q: "Facciamoci i fatti nostri".

Basta così; non è giusto togliere ai lettori il piacere di gustare le parole di testa tonda e di testa quadrata. Il libro è disponibile nelle librerie Feltrinelli oppure è richiedibile a Re Nudo Edizioni all'indirizzo elettronico: abbonati@renudo.it.

(F.I.)

Maurizio Mottola: 101 Vignette ZEN Testa Tonda e Testa Quadrata, realizzazione grafica al computer di Marcello Mottola, 2006 Euro 12,00.

Ricordiamoli Insieme

Aristide La Rocca non c'è più

di GIUSEPPE MATARAZZO *

Se n'è andato mercoledì 18, in una mite serata di ottobre. Sono stati certamente fortunati quelli che l'hanno conosciuto e frequentato perché hanno avuto il piacere di apprezzare un uomo di grandi qualità ed un professionista di valore.

Ho avuto il privilegio di conoscerlo e di lavorare con lui dal 1982 al 1990, anno del suo pensionamento da Direttore Sanitario dell'Ospedale Cardarelli.

Già perché Aristide La Rocca ha diretto il Cardarelli per ben dodici anni e di tanto andava fiero perché non ricordava di alcun altro collega che aveva mantenuto tale prestigioso incarico per così tanto tempo.

A seguito dell'espletamento di un Avviso Pubblico approdai alla Direzione sanitaria del Cardarelli con altri cinque colleghi ed Egli, da subito, si impose come un grande uomo di cultura, un maestro di vita che credeva fermamente nei valori.

La sua iniziale attività di medico condotto, come spesso diceva, gli aveva fatto toccare con mano la "missione" del medico a contatto diretto con la sofferenza.

Profuse un particolare impegno nel sociale interessandosi soprattutto della "Prevenzione degli incidenti stradali" curando numerose pubblicazioni sull'argomento ed un "opuscolo" per il Pronto Soccorso.

Su tale argomento interveniva

Io: "Ciondolo da portachiavi? Chissà..."

Lui: "...Amore da nascondere, più certo..."

Questo era l'abituale e scherzoso "incipit" di ogni nostra telefonata.

Erano i primi versi di un suo "frammento", così chiamava le sue bellissime poesie, cui ero particolarmente legato.

Per circa trenta anni, ho avuto la fortuna e la gioia di condividere con Aristide La Rocca momenti straordinari di cultura, di poesia e di amicizia.

Umberto Zito

periodicamente sugli Organi di Stampa perché non accettava di veder morire 7.000/8.000 perso-

ne all'anno in Italia tra l'indifferenza generale. "Si tratta per lo più di giovani con le scarpe ai



* Direttore Sanitario
A. O. "A. Cardarelli" Napoli

Ricordiamoli Insieme

piedi” – così scriveva – “molti dei quali si sarebbero potuti salvare con attente campagne di prevenzione e di sensibilizzazione”.

Ma la sua creatura alla quale teneva di più era certamente “Hyria”, una rivista culturale trimestrale che aveva ideato nei primi anni '70 e di cui andava particolarmente fiero.

Una rivista che oltre ad ospitare i suoi scritti aveva raccolto intorno a sé numerosi e prestigiosi uomini di cultura.

Dopo il pensionamento il Dott. La Rocca, non più impegnato nella professione, aveva dato impulso in maniera intensa ai suoi numerosi interessi. Aveva intensificato la sua partecipazione a congressi scientifici, come non aveva mai fatto prima; ha scritto un libro “Ospedale e Sanità in Italia” pubblicato nel 1999 in cui, in larga parte, riferiva della sua esperienza maturata in trent'anni di attività e molti erano i riferimenti alla Direzione e Gestione dell'Ospedale Cardarelli dal punto di vista pratico-operativo.

Era sempre presente alle numerose feste del libro, alle manifestazioni di poesia, ai premi letterari ed agli eventi musicali più importanti, data la sua immensa passione per la musica classica.

Voglio solo ricordare, perché vi ho partecipato in quanto suo allievo, che il 27 aprile la città di Nola gli ha conferito l'onorifi-

L'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli abbruna il suo labaro e partecipa commosso al dolore delle famiglie per la scomparsa dei colleghi nel periodo Ottobre-Novembre 2006:

Cutillo Stefano
D'Orsi Ruggiero
Della Rotonda Gian Mario
Di Nunzio Alfredo
La Rocca Aristide
Madeo Maria
Messana Gaspare
Napolitano Domenico Alfredo
Sammarco Vincenzo

D'Ajello Lucio
De Feo Francesco
Di Napoli Eduardo
Esposito Gennaro
Liguori Tommaso
Mainiero Donato
Musco Angela
Pergola Mario

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

enza di “Cittadino Benemerito”.

Grande è stato il dolore nel leggere il manifesto funebre la mattina del 19 ottobre affisso sui muri del Cardarelli. Quell'annuncio di “Poeta e Medico” sintetizzava appieno la sua esistenza e le sue passioni.

Nel leggere il “Mattino” del 19 ottobre, sono stato percorso da un brivido perché ancora una volta la rubrica “Ditelo al Mattino” ospitava un suo scritto nello stesso giorno della sua sepoltura.

Il redattore non poteva sapere.

Il suo ultimo scritto era rivolto alla “piccola Maria” la bambina bielorussa, che aveva occupato le prime pagine del giornale, di cui

prendeva le difese per essere stata “letteralmente impachettata e respinta” senza tenere in alcun conto della volontà espressa dall'interessata, a dimostrazione della sua sensibilità di fronte ai problemi umani e sociali.

Teneva un filo diretto con il Mattino che frequentemente ospitava i suoi scritti nella rubrica “lettere al Direttore” su argomenti di attualità sui quali il Dott. Aristide La Rocca prendeva posizione e cercava di stimolare il senso critico.

Io li cercavo e li leggevo per conoscere ed apprezzare le sue valutazioni.

Mi manca il cercare la sua firma.

Consulenza tributaria

Si ricorda che ogni giovedì dalle ore 12,00 alle 14,00 presso la sede dell'Ordine un consulente in materia tributaria è a disposizione degli iscritti per chiarimenti e informazioni di natura fiscale.

Speciale Odontoiatria

Osteonecrosi delle ossa mascellari da utilizzo di bifosfonati

di M.D. MIGNOGNA, D. ADAMO, E. RUOPPO *

In seguito a ripetute segnalazioni in letteratura, a partire dalla seconda metà dell'anno 2003, ad una revisione dell'Office of Drug Safety dell'FDA alla fine dell'anno 2004 ed a numerose segnalazioni in letteratura (263 lavori scientifici sull'argomento nel solo 2006), è ormai accertata la possibilità dell'insorgenza di osteonecrosi delle ossa mascellari (necrosi ossea avascolare mascellare) in pazienti sottoposti a chirurgia odontoiatrica che hanno utilizzato nei mesi o negli anni precedenti bifosfonati sia per via iniettiva che per os.

I bifosfonati più comunemente responsabili di tale patologia sono:

- Zolendronato/ac. Zolendroico (zometa)
- Pamidronato (aredia, pamidronato sodico)
- Alendronato (fosamax, alendros, andronat)
- Risendronato (actonel, optinate)
- Clodronato (clasteon, clodron, clodronato teva, difosfonal, niklod)
- Acido etidronico (didronel, etidron)

Questi farmaci agiscono selettivamente sul tessuto osseo, perché inibiscono la funzione degli osteoclasti e sono somministrati in tutte



quelle malattie dove c'è un'aumentato riassorbimento osseo.

Le principali indicazioni all'utilizzo di bifosfonati sono:

- le neoplasie maligne, frequentemente associate alle metastasi ossee (mieloma multiplo, cancro della mammella, carcinoma prostatico)
- le osteoporosi di varia natura
- la chirurgia ortopedica per stabilizzare i mezzi di osteosintesi
- le terapie croniche con corticosteroidi
- la malattia di Paget
- gli iperparatiroidismi primitivi o secondari

I bifosfonati, più specificamente, agiscono inibendo la funzione degli osteoclasti, impedendone la migrazione, ne attivano l'apoptosi e ne diminuiscono l'emivita, pertanto riducono la loro attività di

rimodellamento sull'interfaccia del tessuto mineralizzato.

E' probabile che tali molecole, impedendo il fisiologico turn-over osseo con conseguenti microdanni strutturali, ne compromettano la vascolarizzazione riducendo i livelli dei fattori di crescita per le cellule endoteliali ed inibendo, quindi, la funzione di tali cellule e l'angiogenesi.

Sono, inoltre, farmaci che non essendo metabolizzati, mantengono alte concentrazioni a livello dell'osso per un lungo periodo di tempo. Non esistono dati in letteratura sulla durata della permanenza dei bifosfonati nel tessuto osseo, sugli effetti ischemici in rapporto alla posologia, se questi siano di natura cumulativa e se dipendano dalla durata del trattamento con bifosfonati.

* "Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo-facciali Università degli studi di Napoli Federico II"

Speciale Odontoiatria

Aspetti clinici

Si presentano spesso come focolai osteomielitici singoli o multipli, in sede mascellare o mandibolare ed insorgono frequentemente dopo un'estrazione dentaria o altra chirurgia odontoiatrica, anche se sono stati segnalati casi sporadici legati a decubito protesico o, talvolta, senza alcuna causa apparente.

Inizialmente appaiono come banali patologie infiammatorie alveolari ma sono refrattarie alle terapie sistemiche (antibiotici per via parenterale e orale) ed alle terapie antisettiche topiche e tendono progressivamente ad estendersi alle zone limitrofe.

Generalmente, i pazienti, in fase avanzata, mostrano un'esposizione a livello del cavo orale di tessuto osseo necrotico accompagnata da flogosi acuta o sub-acuta in atto che tende a migliorare in seguito a terapia medica per poi rapidamente recidivare. Le indagini strumentali (ortopantomografia, TC, RMN) mostrano una zona di rimaneggiamento osseo spesso di difficile interpretazione accompagnata in maniera quasi costante da una importante reazione periostale.

Oggettiva la difficoltà di valutazione tridimensionale del segmento osseo interessato.

Il quadro clinico, modulato

ovviamente dalla malattia sistemica del paziente, può essere completato dalla presenza di fistole a carico dei tessuti molli e da decadimento delle condizioni generali.

La terapia della osteonecrosi da bifosfonati consiste nella somministrazione di antibiotici sistemici a cicli, guidata o meno da indagini microbiologiche, irrigazioni locali di antisettici, associati a terapia antalgica. La chirurgia viene riservata ai pazienti sintomatici che non rispondono a terapia medica e viene considerata gravata da complicanze e recidive che rendono incerta la prognosi e riducono in maniera significativa la qualità di vita del paziente.

Gli odontostomatologi, alla luce delle attuali conoscenze, dovrebbero astenersi dal praticare terapie chirurgiche in pazienti trattati con bifosfonati soprattutto se somministrati per via endovenosa. La prevenzione di tale grave complicanza sembra essere, attualmente, l'unica strada percorribile, in attesa di studi a lungo termine in campo clinico e maggiormente approfonditi in campo biologico che ci forniscano ulteriori informazioni.

Una visita odontoiatrica preventiva dovrebbe essere praticata in tutti i pazienti da sottoporre a terapia con bifosfonati per trattare le patologie odontostomatologiche



in atto ed evitare successivamente terapie cruentate.

Occorre precisare che non sono noti i tempi oltre i quali al paziente che ha utilizzato bifosfonati possano essere praticate estrazioni dentarie: in alcuni casi il legame del farmaco con il tessuto osseo sembra essere permanente o perdurare per anni e, quindi, la sospensione del farmaco non consente comunque l'esecuzione di interventi di chirurgia orale. Ulteriore valutazione da fare è sul tipo di bifosfonato: il rischio decresce se il farmaco è a bassa potenza (clodronato), se è somministrato per os (alendronato a potenza intermedia) e per brevi cicli.

Comunicare all'Ordine il cambio di residenza

Si invitano i Colleghi la cui residenza è mutata rispetto a quella depositata all'atto dell'iscrizione a far pervenire agli uffici dell'Ordine un certificato di residenza aggiornato o a presentarsi agli stessi uffici al fine di autocertificare la modifica intervenuta.

Tale adempimento è estremamente importante per la gestione dell'Albo ed evita fastidiosi disagi ai fini del pagamento delle tasse annuali e del recapito della corrispondenza.

Si richiama l'attenzione dei Colleghi Medici sulla urgenza di adeguarsi a quanto imposto da evidenti esigenze organizzative e burocratiche.

Semplificazione di adempimenti amministrativi in materia sanitaria

In data 19 Ottobre 2006 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri un disegno di legge, dal titolo “Misure di semplificazione degli adempimenti amministrativi connessi alla tutela della salute e altri interventi in materia sanitaria”.

Il suddetto DL, **che avrà, ovviamente, efficacia quando diventerà legge dello Stato, dopo, cioè, l’approvazione del testo da parte delle due Camere**, contiene una serie di misure, di particolare interesse e rilevanza per i medici.

Si riporta la sintesi della normativa, così come predisposta dal Ministero della Salute.

– **Maggiore facilità nella prescrizione dei farmaci contro il dolore**

- è semplificata la prescrizione dei farmaci oppiacei, consentendo al medico di utilizzare il ricettario normale;
- è consentita la prescrizione dei medicinali oppiacei anche fuori dalle patologie oncologiche per garantire una migliore qualità della vita ai pazienti;
- si rende più agile la gestione dei registri per il controllo del movimento degli stupefacenti ad uso terapeutico;



– **Abolizione delle certificazioni**

- idoneità al lavoro;
- idoneità fisica alla pratica sportiva;
- vaccinali ecc.

– **Lotta all’abusivismo sanitario**

- Il provvedimento stabilisce che il giudice disponga la confisca delle attrezzature utilizzate da persone che hanno esercitato attività sanitarie senza averne titolo.

– **Prevenzione dei danni e degli incidenti stradali legati al consumo di alcol**

- estensione per tutte le 24 ore del divieto di vendita e somministrazione di alcolici nelle aree di servizio autostradali.

– **Trattamento dei dati e registri in accordo con la privacy**

- Ministero e Regioni possono attivare registri di mortalità e registri di patologia, riferiti a malattie di rilevante interesse sanitario e sociale. I dati sono privati degli elementi identificativi diretti subito dopo la loro acquisizione.

Il testo integrale dello schema del disegno di legge è “scaricabile” da www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/semplificazione_sanita e poi su “schema del disegno di legge del 12 Ottobre 2006”

Convegni, Congressi e Corsi di Studio

A Milano assemblea degli specialisti ambulatoriali cosiddetti sumaisti

Il 39° Congresso Nazionale SUMAI

Come ogni anno anche in questo 2006 si è tenuto, tra il 19 ed il 21 di Ottobre, il Congresso del SUMAI, l'associazione che da sempre raccoglie la quasi totalità degli specialisti ambulatoriali che ormai, tra gli addetti ai lavori, sono conosciuti, tout court, come: i sumaisti.

Per una prassi ormai consolidata, che prevede di eleggere di volta in volta una città, ora del Sud, ora del Centro, ora del Nord, dopo Bari, la scelta è caduta su Milano. La sede è stata l'accogliente e spazioso Atahotel Quark, di proprietà dell'ENPAM, a dieci minuti da piazza del Duomo.

Mai come quest'anno i vertici nazionali dell'associazione Lala, NIELFI, ed i napoletani Peperoni e Sodano sentivano di avere con se tutti i colleghi. Effettivamente il SUMAI è reduce, grazie al loro attivismo, da tutta una serie di soddisfacenti affermazioni e l'adesione della base al gruppo dirigente appare convinta ed unanime. Ad impegnare quest'anno i congressisti è stata la necessità di rielaborare lo statuto, per adattarlo alla nuova esigenza di trovar posto nell'associazione a diversi nuovi amici. Per primi i medici del personale navigante, già da anni compagni di strada del SUMAI ed oggi dentro la casa comune, poi, per effetto dell'allargamento dell'area, le altre professionalità Chimici, Psicologi, Biologi e Medici Veterinari accolti anch'essi tra gli Ambulatoriali.

Essendone lieta e gradita la causa, il dibattito sulle proposte che venivano dal gruppo di lavoro in cui erano presenti i nostri Sodano, Chiacchio e Peperoni, è stato costruttivo ed in poche ore l'intero lavoro era compiuto. Anzi, adesso, con voto unanime, statuto e regolamento sono, in casa Sumai, condensati in un solo testo.

L'avvenimento di punta del Congresso è stato comunque l'intervento del Ministro della Salute Livia Turco. Una

Livia Turco elegante e cordialmente spigliata, abbastanza diversa dal personaggio rigido e spigoloso visto talvolta in televisione

Il Ministro è sembrato apprezzare molto la relazione ufficiale del Segretario Lala il cui tema "Il contributo della specialistica ambulatoriale alla costruzione della casa della salute" è stato dallo stesso Lala sviluppato in maniera efficace ed essenziale. Livia Turco nel suo discorso ha saputo gratificare gli Specialisti Ambulatoriali riconoscendo, senza le ambiguità di altri, l'importanza del loro ruolo proprio in questo progetto che tanto le sta a cuore e che rappresenta una sua idea originale. Un'ipotesi, un'intuizione che dovrebbe essere l'appropriata risposta del territorio e dei suoi operatori all'inappropriato ricorso agli ospedali cui tanti cittadini si vedono costretti dalla mancanza di alternative credibili. Se poi davvero la casa della salute riuscirà ad emergere da quella palude delle idee che si è talvolta dimostrato il territorio, più per mancanza di vera determinazione, che, come al solito, di fondi, è cosa che solo il futuro potrà chiarire. Il prossimo futuro ci dirà se l'impegno del ministro Turco e di chi si impegnerà con Lei produrrà effetti, se sarà davvero la risposta che i cittadini attendono, in fila nelle loro, più o meno ordinate, liste d'attesa o se "la casa della salute" andrà anch'essa a far compagnia alle UTAP giù sul melmoso fondale.

Non possiamo chiudere questo breve resoconto senza spendere qualche parola per quello che è diventato ormai l'abituale compagno del congresso SUMAI: il congresso SIFOP giunto quest'anno alla sua quinta edizione

Sempre interessante per i temi che tratta, il raduno della Società Italiana di Formazione Permanente si è arricchito quest'anno di una presenza che è sembrata giungere dalle pagine della storia di questa che è oggi la più numerosa

società scientifica nazionale. A creare questo commovente corto circuito della memoria è stato l'intervento dell'ormai anziano, ma sempre in gamba leader di tante battaglie sumaiste, il nostro Peppino Barillaro che, tra l'affettuosa simpatia dei membri delle generazioni successive alla sua, ha rievocato con orgoglio le tante giuste intuizioni, facendo comprendere ai presenti che i successi di cui oggi possiamo dirci giustamente fieri non sono nati dal nulla.

Il congresso SIFOP si è sviluppato sui temi della "Educazione terapeutica del paziente con patologie croniche", temi così cari al presidente SIFOP, Francesco Losurdo, che è deciso a farne il fiore all'occhiello della strategia della società, grazie al prezioso e prestigioso contributo del Prof d'Ivernois della Sorbona di Parigi. Di spessore è stato l'intervento sull'argomento della nostra collega Paola Mattei che ha riportato l'esperienza maturata nella ASL Napoli 1.

Ad un Congresso così vario ed interessante la Campania ha dato un'adesione ed un contributo come sempre negli ultimi anni corale e convinto.

Oltre a Gabriele Peperoni e Luigi Sodano, già citati tra i vertici nazionali, erano presenti naturalmente Antonio Chiacchio, che nella segreteria nazionale rappresenta i medici convenzionati non specialisti, e tutti i segretari delle province della regione, per Salerno Daniela Postiglione, per Caserta Andrea Garofalo, per Benevento Nello Capozzi e per Avellino Arturo Iannaccone. Ad Andrea Montella, che ha letto la mozione inviata al Congresso dall'assemblea pregressuale napoletana, hanno fatto corona i membri della segreteria napoletana Claudio Ussano, Sandro Cei, Gino Cerasuolo, Antonio Cinquegrana, Marcello Ricci, a rappresentare gli iscritti di tutte le ASL della provincia ed il sottoscritto, quale Segretario Regionale, a rappresentare tutti i sumaisti campani.

Convegni, Congressi e Corsi di Studio

Master Universitario di Secondo Livello in

Organizzazione e management delle emergenze medico-chirurgiche e delle grandi catastrofi

Il Master di secondo livello "Organizzazione e Management delle Emergenze Medico-Chirurgiche e delle Grandi Catastrofi" è un corso di alta formazione sui temi della programmazione, progettazione e pianificazione integrata dei sistemi organizzativi e sul management delle emergenze medico-chirurgiche e delle grandi emergenze sanitarie.

Si prefigura, quindi, la formazione di professionalità che abbiano la capacità di programmare, organizzare e gestire gli interventi sanitari in caso di emergenze di qualsivoglia tipologia ed origine.

La necessità di avere tali professionisti è indispensabile per la gestione delle emergenze sanitarie e nelle grandi catastrofi bisogna creare al momento dell'emergenza di un vero e proprio "crisis table" con idonei responsabili ad essa preposti.

A tali operatori di alto livello vengono attribuite grandi responsabilità professionali, gestionali, organizzative e manageriali. In questo quadro emerge la domanda di specializzare figure professionali che, oltre ad avere una formazione teorica, analitica e tecnica, siano in grado di applicare le conoscenze acquisite negli ambiti operativi di attività secondo le modalità e con gli strumenti richiesti dal caso specifico e dalla cooperazione con le altre strutture o sistemi presenti.

Il Master ha l'obiettivo di formare tutti gli operatori dell'Emergenza Sanitaria (medica e chirurgica), ed i medici che operano nell'ambito dell'Emergenza Sanitaria a livello centrale (Dipartimento della Protezione Civile, Ministero degli Interni, Ministero degli Esteri, Ministero delle Politiche Sociali) e a livello di Regioni, Province, Prefetture, Comuni e ASL presenti sul territorio. La formazione di queste professionalità è del tutto particolare affondando le radici in campi ed aree talvolta molto distanti tra loro e soprattutto presenti in aree "atipiche". Di qui la necessità di studiare innovativi approcci teorico-applicativi, metodi di analisi e tipologie di intervento nell'ambito delle attività di programmazione e gestione degli usi delle risorse legate ai caratteri specifici di ogni realtà. Non vi è dubbio, infatti, che le forme e le tecniche

della pianificazione possono essere efficaci solo se disegnate per specifiche realtà, strutture istituzionali e condizioni economico-ambientali.

Il Master si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- Conoscenza dei concetti generali delle catastrofi;
- Il sistema dell'emergenza e la tecnologia dell'informazione;
- Il supporto alle decisioni ed il fattore umano;
- La logistica;
- L'organizzazione delle emergenze;
- La classificazione delle cause;
- Gli eventi traumatici e la salute mentale;
- I rischi ambientali e lavorativi;
- La neurochirurgia e la chirurgia ortopedica;
- La chirurgia maxillo-facciale;
- La diagnostica per immagini e la radiologia interventistica;
- Le emergenze mediche;
- Le emergenze chirurgiche e la chirurgia d'urgenza;
- L'anestesia e la rianimazione;
- La gestione farmacologia e la tossicologia d'urgenza;
- La chirurgia plastica e ricostruttiva.

I settori tematici interdisciplinari che verranno principalmente trattati sono:

- Medicina delle Catastrofi: si intende fornire gli strumenti analitico-teorici per l'osservazione e la rilevazione di dati sensibili al fine della successiva individuazione, definizione e pianificazione degli obiettivi strategici e delle metodologie applicative.
- Organizzazione Sanitaria: verranno forniti elementi teorico-applicativi per la valutazione e la gestione delle emergenze medico-chirurgiche che devono essere affrontate nella pratica quotidiana e di quelle che possono presentarsi nelle pubbliche calamità.
- Management Sanitario: il fine è l'acquisizione di competenze operative e professionali volte all'analisi di questioni strategiche, al problem solving, alla condizione di medical and humanitarian support operations.

Il Master risponde quindi alla domanda

di alta formazione scientifica, tecnica e operativa, presente o potenziale, necessaria per lo svolgimento di attività di pianificazione, organizzazione, progettazione ed intervento, anche con l'impiego di tecniche informatiche nei campi del soccorso sanitario nelle emergenze sul territorio e in quella ospedaliera, sia nell'ordinario che nelle grandi calamità. L'innovatività del Master risiede nella particolare figura professionale che si vuole formare e cioè quella dell'Operatore e del Manager dell'emergenza: un professionista con capacità di valutazione e d'interpretazione delle situazioni di crisi sanitarie, di rilevazione dei dati, di analisi dell'ambiente operativo, di valutazione delle politiche umanitarie e di sicurezza e di gestione dei programmi di supporto sanitario di 1, 2, 3 livello. La formazione di tale figura non è prevista specificamente da altri percorsi formativi organizzati in Italia.

Il Master sarà realizzato dalla Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università degli Studi di Napoli in collaborazione con la Protezione Civile della Regione Campania, con il S.I.R.E.S. 118 della Regione Campania, con il Centro Studi e Ricerche della Sanità Militare e con la Croce Rossa Italiana (C.R.I.).

Il coordinamento del Master verrà effettuato dal Dipartimento di Scienze Anestesiologiche, Chirurgiche e Dell'Emergenza.

Il Master è organizzato in moduli che sono rappresentati dai settori scientifico-disciplinari. La formazione consta di 60 crediti (pari a 1500 ore) comprensivi di attività didattica formale (ADF), di attività integrativa, di attività didattica professionalizzante (AFP) e di tirocinio tecnico-pratico, secondo uno schema di ordinamento didattico concordato e precisamente 20 crediti (500 ore) di attività didattica-formativa (ADF), 18 crediti (450 ore) di attività integrativa o studio guidato, e 22 crediti (550 ore) di attività didattica professionalizzante.

Il Master di 2 livello ha durata annuale e si svolgerà nell'arco di 2 semestri con prove in itinere. La frequenza da parte degli iscritti alle varie attività del Master è obbligatoria.

Per il conseguimento del titolo è richiesta

Convegni, Congressi e Corsi di Studio

II° Congresso SIFCS Regione Campania

Il 15 dicembre 2006 presso l'Hotel delle Terme di Agnano (Na) si terrà il Congresso SIFCS Regione Campania organizzato dalla S.I.F.C.S. e dal suo presidente, Dott. Michele del Guercio. Questo è il programma:

08.00: Registrazione dei partecipanti

08.20: Inaugurazione

08.30: I Sessione Il Linfedema degli arti inferiori

Presidente: G. Brotzu (Na)

Moderatori: B. Ligas (Na) A. Matarazzo (Na)

Anatomia e Fisiopatologia del sistema linfatico - M. Impagliatelli (Fg)

La diagnostica con eco-color-doppler - F. Passariello (Na)

La Terapia Medica e l'azione dei farmaci in linfologia - A.M. Margarita (Na)

La riabilitazione del linfopatico - S. Michelini (Roma)

Elastocompressione e Linfedema - A. Molisso (Na)

Discussant: M.G. Monaca (Na) - F. Russo (Na)

10.15: Coffee Break

10.30: II Sessione Il Tromboembolismo venoso

Presidente: R. del Guercio (Na)

Moderatori: G. Pane (Na) B. Crescenzi (Na)

La TVP: La diagnosi con Eco-color-Doppler- M. Amitrano (Av)

Lo Studio genetico molecolare nelle TVP: Quando e come fare - D. De Lucia (Na)

Le Eparine L.W.: Quando, come e per quanto tempo - G. Leonardo (Na)

Il rischio tromboembolico in chirurgia vascolare - O. Rinaldi (Na)

I Filtri cavali nella TVP sono ancora utili? - B. Amato (Na)

E' sempre utile l'elastocompressione nella TVP? - A. Niglio (Na)

La Chirurgia nella sindrome Post Trombotica. Quando, come e perché - G. Genovese (Pg)

Discussant: S. de Franciscis (Cz) - F. Campitiello (Na)

13.15: Colazione di lavoro

15.00: III Sessione Laser Terapia

Presidente: S. Mancini (Si)

Moderatori: G. Amatucci (Av) - M. Agresti (Na)

L'indicazione del trattamento laser chirurgico endovascolare ELVES dei tronchi safenici - M.A. Farina (Ce)

L'utilità del trattamento con ELVES del plesso emorroidario - S. Rucci (Fg)

Laser endovascolare e la legatura della Crosse safenica: Si deve o non si deve fare? - L. Consiglio (Pg)

Il trattamento laser degli inestetismi cutanei - L. Scaramuzzino (Na)

Discussant: M. Apperti (Ce) - A. Sellitti (Sa)

16.30: IV Sessione Sclero-Mousse

Presidente : G. C. Bracale (Na)

Moderatori: S. Canonico (Na) - M. del Guercio (Na)

Farmaci, schiume e meccanismo d'azione - M. Lombardi (Na)

La ecosclerosi della safena interna - M. del Guercio (Na)

Il trattamento del plesso emorroidario - G. L. Rosi (Pg)

Il trattamento del varicocele - L. del Guercio (Na)

Ecosclerosi "Foam" della piccola safena e dei tronchi extrasafenici - W. Pacelli (Ce)

Discussant: G. Docimo (Na) - F. Topo (Ce) - M. Rambotti (Pg)

19.30: Discussione e consegna dei quiz

20.00: Chiusura del Congresso

L'iscrizione è limitata a n° 100 partecipanti, la quota è di Euro 50,00 per i non soci e di Euro 30,00 per i soci Sifcs Regione Campania in regola con i pagamenti. L'iscrizione comprende: attestato di partecipazione, accreditamento ECM (n. 5 crediti formativi), coffee break, colazione di lavoro. Saranno ammessi i primi 100 medici che invieranno temporalmente la propria iscrizione.

Segreteria scientifica:

Consiglio Direttivo Sifcs Regione Campania

Presidente Dott. M. del Guercio

Via dei Mille, 59 - 80121 Napoli

Te./fax. +39 081 405553

Segreteria organizzativa:

Solaria Service

80123 Napoli - Via Posillipo, 316

Tel. +39 081 2466193/94 Fax +39 081 2403698

www.solariaservice.com

nunzia@solariaservice.com

rif.: Sig.ra Nunzia Irace

una frequenza pari ad almeno l'80% della durata complessiva del corso.

Il conseguimento del Master è subordinato al superamento delle verifiche periodiche e della prova finale, costituita da un esame scritto (relazione tematica) e da un colloquio. L'esame finale comprende la discussione di dissertazione teorico-pratica. Possono iscriversi al Master coloro che sono in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia. Inoltre potranno essere ammessi gli Ufficiali Superiori Medici, designati dai rispettivi enti di appartenenza. Il numero massimo di iscrivibili è fissato in 40 (quaranta) mentre il numero minimo indispensabile per l'attivazione è di 15 (quindici) partecipanti.

Le domande di partecipazione compilate

su pre-stampato dovranno essere inviate alla Segreteria Studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Nel caso che le domande pervenute siano superiori al numero di 40 (quaranta), si procederà alla selezione mediante una prova scritta consistente in un elaborato ovvero nella risoluzione di n. 30 (trenta) quiz a risposta multipla ed in un colloquio su argomenti propedeutici al master. Si prefigura, inoltre, la buona conoscenza della lingua Inglese.

La tassa d'iscrizione è fissata in Euro 4.000 per la durata dell'intero Corso annuale, da versare in 2 rate di Euro 2.000, di cui la prima all'atto dell'iscrizione. La mancata frequenza al Corso non dà diritto a rimborsi. L'ammissione alla prova finale è subordinata al pagamento di tutte le tasse.

Il Direttore del Master: Professore della Facoltà di Medicina e Chirurgia della Seconda Università degli Studi di Napoli

Il Consiglio Scientifico sarà costituito dai Docenti della Seconda Università degli Studi di Napoli, dai Responsabili della Protezione Civile e dell'Emergenza sul Territorio della Regione Campania e dagli Esperti della Sanità Militare.

Organizzazione Didattica

L'Organizzazione Didattica consta di 60 crediti di cui 20 crediti (500 ore) di attività didattica formale, 22 crediti (550 ore) di attività didattica professionalizzante e/o terico pratica e 18 crediti (450 ore) di attività di auto apprendimento.

L'Associazione Donne Medico di Napoli sostiene una nuova iniziativa

"Sanità a misura di donna", un forum in rosa

di **FRANCESCA FIORILLO**

L'Associazione Donne Medico di Napoli, ha avvertito l'esigenza di farsi portatrice di un bisogno inesperto di molte colleghe: avere un luogo dove potersi incontrare e dove poter scambiare i propri vissuti lavorativi, al fine di valorizzare il lavoro quotidiano e di promuovere la collaborazione professionale e scientifica, partecipando in maniera più attiva alla vita ordinistica e alle politiche sanitarie in collaborazione con le istituzioni pubbliche.

Abbiamo pertanto deciso di istituire un forum permanente su "Sanità a misura di donna" che oltre a permettere la conoscenza, la comunicazione e la collaborazione darà vita alla progettazione e alla realizzazione di iniziative culturali, sociali e scientifiche.

Si è pensato che il luogo naturale dove poter dar vita a tale progetto fosse l'Ordine dei Medici a cui noi tutte apparteniamo, pertanto, con la collaborazione delle Consigliere dell'Ordine dei Medici della Provincia di Napoli dott.ssa A. Borrelli e la dott.ssa G. Vallefuoco, abbiamo richiesto e ottenuto l'istituzione del Forum che si riunirà regolarmente il terzo martedì di ogni mese, a partire dal mese di gennaio dalle 16 alle 18, presso l'Ordine dei Medici e dei Chirurghi della Provincia di Napoli.

Il 21 novembre si è tenuta una riunione preliminare e organizzativa, alla quale hanno partecipato in rappresentanza del Consiglio dell'Ordine la dott.ssa G. Vallefuoco e numerose colleghe, molte delle quali iscritte alle due sezioni napoletane dell'AIDM Polimnia Marconi e Rosalind Franklin.

Si è stabilita la periodicità degli incontri ed è stata fortemente ribadita l'esigenza di rendere reali le Pari Opportunità in tutti i settori della Sanità, ponendosi già come primo obiettivo la conoscenza della normativa in merito e la sua reale attuazione a Napoli e Provincia.

Il forum esprimerà proposte ed elaborerà progetti d'intervento:

- Raccoglierà e diffonderà informazioni riguardanti i problemi delle donne medico.
- Si adopererà per la promozione delle nomine delle donne in campo sanitario.
- Solleciterà iniziative tese a qualificare, riqualificare e far crescere la presenza femminile nel mondo della sanità.
- Si impegnerà per il miglioramento e la riqualificazione dei servizi sanitari, per le donne, esistenti sul



territorio napoletano.

- Promuoverà la medicina di genere.
- Opererà per un'adeguata presenza di donne nelle cariche dirigenziali.
- Favorirà la rete tra tutte le organizzazioni scientifiche e sindacali presenti sul territorio cittadino.
- Promuoverà studi e ricerche in intesa con le Università e con gli istituti di cultura.
- Promuoverà incontri e seminari di formazione.
- Verificherà i risultati del forum in termini di qualità e di efficacia.
- Pubblicherà sul bollettino dell'Ordine un rapporto sull'attività del forum.

Il forum sarà articolato in gruppi di lavoro, i temi finora identificati sono:

- Pari opportunità in tutti i settori della sanità, dal luogo di lavoro alle strategie dell'ente.
- Rappresentanza politica, rapporti con le istituzioni ed organismi di dignità.
- Medicina di genere.
- Sanità e ambiente.
- Lo sviluppo della ricerca: dalle procedure di autorizzazione al finanziamento.
- Aspetti medico legali nella pratica clinica.
- Mobbing sul posto di lavoro.

Pertanto si invitano tutte le donne medico, a partecipare al Forum, che si terrà il prossimo 16 gennaio 2007 dalle ore 16 alle ore 18, presso la sede dell'Ordine dei Medici di Napoli e a collaborare portando idee e suggerimenti.

Il nuovo sito dell'Ordine

Da alcuni mesi l'Ordine ha modernizzato il nuovo sito, rendendolo più efficiente ed attuale. Un riferimento che consentirà di sviluppare una maggiore interazione con gli iscritti chiamati ad un dialogo sempre più costante ed aggiornato con il proprio Ordine.



Home - Contatti



081 665504 - 660517
fax 081 7614387

ordmed@ordinemedicinapoli.it

Inserisci il cognome

Cerca Iscritti

Ricerca avanzata
Ricerca esterna

Ordine Medici Servizi Ordine Info Ordine Ordine Odontoiatri

Codice deontologico
Consiglio Direttivo
Giuramento di Ippocrate
Ufficio amministrativo
Come raggiungerci

Modulistica
Eventi in programma
ONAOSI
ENPAM
Link

Notiziario
Sportello informativo
Concorsi
Archivio
Eventi svolti
Bollettino

Commissione Odontoiatri
Corsi in programma
Corsi effettuati
Iscrizione ai corsi
Registrazione



Link Sindacati

>> entra <<



Normativa

>> entra <<

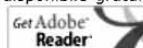
Le campagne di comunicazione
del Ministero e dell'Ordine

>> entra <<

Menù rapido

Codice deontologico - Consiglio direttivo - Commissione odontoiatri - Giuramento di Ippocrate - Ufficio amministrativo - Come raggiungerci - Modulistica - Tariffario minimo - Notiziario - Archivio - Eventi in programma - Eventi già svolti - Concorsi

Per la consultazione dei documenti in formato PDF e' necessario disporre di un lettore specifico.
Consigliamo Acrobat Reader disponibile gratuitamente presso www.adobe.it



Avvertenza: chi avesse inserito fra "i preferiti" il vecchio sito, dovrà collegarsi nuovamente a www.ordinemedicinapoli.it, "cliccare" sulla "versione 2006" e procedere, quindi ad un nuovo inserimento del sito tra i "preferiti".