

ATTIVITÀ DELL'ORDINE

- Medici sotto accusa sulla stampa: lettera del Presidente pag. 3

DALLA F.N.O.M.C.Eo.

- La "pillola del giorno dopo" non è "antideontologica" pag. 5
- Il Servizio di Continuità Assistenziale va riorganizzato pag. 6

COMUNICAZIONI

- Farmacovigilanza: nuove disposizioni di legge pag. 7
- Polizze di tutela giudiziaria agevolate per medici e odontoiatri pag. 9
- Accordo interregionale sulla formazione manageriale del medico pag. 12
- Indicazioni per l'ossigenoterapia iperbarica (OTI) pag. 16

ENPAM

- Sospesa la "quota B" per gli specializzandi pag. 23

ODONTOIATRIA

- Abrogata l'annotazione per gli specialisti in odontostomatologia? pag. 24
- Direttivo A.I.O. 2003-2006

CONVEGNI – CONGRESSI

- Malattie reumatiche in età geriatrica pag. 25
- 52° Convegno degli Urologi del Nord Italia pag. 26
- La sindrome del tunnel carpale pag. 30
- Agopuntura cinese e no pag. 31

RICORDIAMO

pag. 32

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici - Chirurghi della Provincia di Trento ritiene doveroso dare comunicazione a tutti gli iscritti che il dott. Giovanni Fumo ed il dott. Alberto Tessarini sono stati definitivamente assolti con sentenza dd. 9.04.2001 n. 116/01 della Corte di Appello di Trento - sezione distaccata di Bolzano.

La vicenda ha riguardato il "caso Zanoni".

I dottori Fumo e Tessarini furono tratti a giudizio per attività svolte nell'ambito del Consiglio, avendo la Procura della Repubblica di Trento ipotizzato a loro carico alcuni reati.

La Corte di Appello di Trento - sezione distaccata di Bolzano, adeguandosi ad una sentenza della Corte di Cassazione, ha posto la parola "fine" alla lunga vicenda giudiziaria, assolvendo i dottori Fumo e Tessarini con la più ampia formula: "perché il fatto non sussiste", come è dato di leggere nel dispositivo della sentenza.

Il Consiglio dell'Ordine esprime ai colleghi Fumo e Tessarini la propria soddisfazione per l'esito positivo del giudizio.

l'Ordine ribadisce il ruolo delicato e la professionalità del medico

I medici ingiustamente sotto accusa sulla stampa locale

Riportiamo il testo dell'intervento sul quotidiano l'Adige del Presidente, dott. Barbacovi, , in merito a precedenti articoli apparsi su questi giornali, che gettavano, in modo arbitrario e superficiale, una luce negativa sull'operato di medici di due divisioni delle principali strutture ospedaliere provinciali.

Nelle scorse settimane i quotidiani trentini hanno riportato con grande evidenza due fatti riguardanti la sanità che hanno turbato l'opinione pubblica e gli operatori del settore , medici ed infermieri.

Questi due episodi mi inducono ad esporre ai lettori alcune riflessioni nel merito, sperando di contribuire , cessato il clamore e le polemiche, a far sì che il dibattito sul tema della salute dei cittadini e sulla qualità ed efficienza delle strutture deputate alla sua tutela si incanali sul terreno del confronto sulle cose da fare e non solo sulla denuncia delle possibili carenze.

Il primo episodio a cui mi riferisco ha visto coinvolta la cardiocirurgia e la cardiologia di Rovereto e vi è stata, a mio avviso, una macroscopica sproporzione tra l'esposizione di ciò che di positivo ed importante è stato fatto rispetto ai presunti limiti assistenziali.

Un cittadino è stato colpito da arresto cardiaco secondario ad infarto del miocardio durante un'attività sportiva e gli è stata letteralmente salvata la vita grazie ad un intervento portato a termine con formidabile tempestività ed efficacia dai professionisti dell'emergenza prima e dai cardiologi dell'UO dell'Ospedale di Rovereto poi.

Grazie alla rapidità dell'intervento ed alle cure praticate, questo paziente non solo è stato salvato ma ha potuto uscire dal coma integro dal punto di vista neurologico.

Eppure questo fatto, di per se straordinario e frutto di un complesso sistema organizzativo nella gestione dell'emergenza che unisce alta tecnologia e sofisticate attrezzature ad elevata professionalità degli operatori è stato definito come un.. miracolo ed il paziente un.. miracolato ed è passato in secondo piano rispetto al ritardo che il programmato intervento cardiocirurgico sul paziente ormai stabilizzato aveva subito per una momentanea indisponibilità di posto letto in rianimazio-

ne che aveva portato il paziente stesso a rivolgersi ad altra struttura extraregionale.

La notizia del fatto è stata riportata con il titolo : " come salvarsi la vita da certa sanità " e questo ha mortificato la professionalità di quanti si sono dedicati a questo paziente facendo intendere che le nostre Unità operative di cardiologia erano scarsamente efficienti quando viceversa è noto che godono di grande apprezzamento anche in campo nazionale dimostrato, tra l'altro, dall'afflusso di pazienti da altre regioni italiane.

Penso che sia giusto che, in casi analoghi, vengano sentite oltre che le legittime lamentele del paziente anche le spiegazioni tecniche degli operatori che potrebbero porre il giornalista nelle condizioni di avere un quadro più completo e veritiero del fatto segnalato ferma restando la legittimità dell'approfondimento su eventuali carenze strutturali dei servizi sanitari.

Il secondo episodio a cui mi riferisco riguarda la forte polemica sorta in seguito alla pubblicazione, con grande risalto, della notizia che l'Assessore alla Salute avrebbe promosso un ispezione al PS dell'Ospedale S. Chiara di Trento al fine di verificare il funzionamento dello stesso in seguito a segnalazioni di dissidui da parte di cittadini.

Sono seguite smentite e discussioni se si trattasse di vera ispezione , di indagine conoscitiva od altro; sta di fatto che gli operatori di un servizio sanitario delicatissimo quale è un Pronto soccorso e che operano tutti i giorni in condizioni difficili si sono trovati al centro di una polemica che li ha fortemente colpiti ipotizzandoli come oggetto di indagine ed esponendoli agli occhi della pubblica opinione quali possibili colpevoli di mancanze che hanno invece profonde cause strutturali. Le problematiche organizzative ed assistenziali derivanti dal fatto che al Pronto Soccorso accedono molti cittadini portatori di un biso-

gno di assistenza sanitaria che dovrebbe trovare ascolto e trattamento in un altro contesto organizzativo e professionale sono note da anni e su questo vi è poco o nulla da indagare.

Le grandi difficoltà che i colleghi quotidianamente affrontano nel dover trattare, nella stessa struttura, casi urgenti e gravi e casi banali con i conseguenti possibili disservizi legati ad attese che a volte possono essere veramente eccessive, sono reali.

La gestione delle patologie prive di urgenza che afferiscono al PS piuttosto che al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta è stata ed è oggetto di analisi e confronto tra gli addetti ai lavori ed esperti di sanità in tutti i Paesi con sistemi sanitari avanzati e nelle singole Regioni italiane e si sono sperimentate varie soluzioni.

Noi, purtroppo, siamo in ritardo e questo ritardo lo dobbiamo colmare il più rapidamente possibile.

Sono trascorsi molti mesi (quasi un anno) da quando portammo in Assessorato i risultati di un confronto organizzato all'Ordine tra i medici del territorio ed i colleghi del pronto soccorso dal quale erano emerse proposte tese a cercare di risolvere il problema ma la situazione non è cambiata ed il personale medico e infermieristico è ora preoccupato ed avvilito, come ho potuto constatare di persona.

Si aspettavano interventi strutturali e si sono visti, invece, loro malgrado, al centro di una polemica che non fa bene a nessuno e che rischia di incrinare il loro quotidiano rapporto con i pazienti.

La vita e la salute sono beni per noi tutti preziosissimi oltre che costituzionalmente protetti e tutelati.

Se ciò è vero, e non c'è dubbio che lo sia, andrebbero affidate in mani sicure e qualificate ma anche serene, tranquille e rispettate.

Un permanente stato di tensione e conflittualità attorno al sistema sanitario ed ai suoi operatori non giova certo a questo e non è un bene per i cittadini pazienti stessi.

Il rapporto medico paziente è fondamentale ed insostituibile per ottenere quella qualità del sistema sanitario cui tutti tendiamo ed esso si fonda su di un elemento importantissimo: la fiducia reciproca che dobbiamo proteggere e, se possibile, contribuire ad incrementare.

Sui problemi che riguardano la salute e l'assistenza non si tratta di stare dalla parte del cittadino piuttosto che dalla parte degli operatori.

Non ha senso, è fuorviante, ragionare in questi termini e magari dividersi in schieramenti contrapposti.

Dobbiamo stare dalla parte di entrambe e dalla parte del sistema sanitario, ricercando quelle soluzioni organizzative che meglio rispondano ai bisogni dei cittadini, che gratifichino professionalmente gli operatori e che rinsaldino quel particolarissimo e delicato rapporto che si instaura tra cittadino sofferente e terapeuta.

*Il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Trento
dott: Paolo Barbacovi.
Trento, 8-7-2003*

Dalla FNOMCeO

La prescrizione della “pillola del giorno” dopo non è antideontologica

Sono giunte recentemente alla FNOMCeO richieste di chiarimenti, avanzate da medici, su alcune implicazioni di carattere etico relative alla prescrizione di farmaci a base levonorgestrel, meglio conosciuti come “pillola del giorno dopo”

A tale riguardo è opportuno ricordare che la FNOMCEO, nel novembre 2000 ha inviato a tutti gli Ordini il documento redatto dalla Commissione permanente per la revisione del Codice Deontologico che rimandava al Codice, in particolare all'art.19, per ogni indicazione di carattere comportamentale ai convincimenti culturali ed ideologici di ogni medico.

Viene anche ribadito che, comunque, alla donna che ne faccia richiesta, deve essere garantita la possibilità di ricevere la “pillola del giorno dopo” e viene indicato nel Consultorio Familiare la sede ove, in ogni caso, ne venga disposta la prescrizione.

Su invito della FNOMCeO pubblichiamo di seguito il documento sopracitato, ricordando, con l'occasione, che l'istituzione ordinistica è l'unico soggetto competente per quanto attiene gli aspetti etico-deontologici della professione medica e pertanto ciò esclude ogni eventuale inoltro di quesiti al Comitato Nazionale di Bioetica

COMMISSIONE PERMANENTE PER LA REVISIONE DEL CODICE,DI DEONTOLOGIA MEDICA

La Commissione Permanente per la revisione del Codice di Deontologia Medica, nell'affrontare il problema della "pillola del giorno dopo", non ha ritenuto, nel rispetto delle convinzioni personali di ciascun medico, di dovere considerare gli aspetti bioetici e giuridici che essa solleva e che, tuttora, sono oggetto di un ampio e diversificato dibattito, ma ha inteso, doverosamente, considerare soltanto gli aspetti deontologici e pratici, ravvisando, nell'art. 19 del Codice di Deontologia 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".

Il Presidente della FNOMCeO interviene sulla sentenza della Cassazione Del Barone: urgente riorganizzare il servizio di Continuità Assistenziale (guardia medica)

Recentemente la Corte di Cassazione ha confermato la colpevolezza di un medico di Guardia Medica che non aveva ritenuto di eseguire una visita domiciliare e aveva invitato il paziente a presentarsi presso la sede della Guardia Medica stessa.

Il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Giuseppe del Barone, pur condividendo quanto disposto dalla sentenza della Cassazione che obbliga il Medico di continuità assistenziale (Guardia medica) ad acquisire direttamente gli elementi per valutare l'effettiva necessità della visita domiciliare, sottolinea come un simile provvedimento -rischi di paralizzare l'intero servizio se non si provvederà ad una sua completa riorganizzazione.

"Occorre tenere presente - ha dichiarato del Barone - che la Guardia medica, istituita proprio per far fronte alle richieste domiciliari, in troppe realtà regionali risulta sottodimensionata, costretta ad operare troppo spesso in strutture fatiscenti, in situazioni logistiche disagiate e senza quelle misure di sicurezza in grado di garantire l'incolumità dei medici addetti. A tale riguardo basti ricordare l'ultima aggressione in cui ha perso la vita, lo scorso mese di luglio, una giovane collega di Oristano".

"L'augurio - ha concluso il Presidente della FNOMCEO - è che la sentenza della Cassazione possa, sia pure indirettamente, rappresentare uno spunto per una seria riorganizzazione di un servizio che in alcune zone rappresenta l'unico importante riferimento sanitario notturno e festivo a disposizione dei cittadini, ai quali rivolgo l'invito a collaborare affinché i medici di continuità assistenziale possano svolgere il loro compito con serenità senza dover far fronte a richieste di assistenza per casi palesemente non urgenti con il rischio di non poter garantire cure mediche in situazioni di reale necessità".



Azienda per i Servizi Sanitari della Provincia di Trento

Farmacovigilanza: nuove disposizioni di legge

Su indicazione della Provincia Autonoma di Trento, si comunicano le novità più importanti relative al sistema di farmacovigilanza, apportate con il Decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 95.

Il nuovo testo di legge, in vigore dal 18 maggio 2003, adeguandosi alle direttive europee, pone in primo piano la valenza culturale e scientifica della segnalazione spontanea ed è orientato ad una maggior responsabilizzazione dell'operatore sanitario nell'attività di sorveglianza delle reazioni avverse ai medicinali.

Le modifiche introdotte dal decreto sono le seguenti:

- 1) Abrogazione delle sanzioni penali in caso di violazione dell'obbligo di segnalazione da parte dei medici e degli altri operatori sanitari. Gli aspetti sanzionatori ed il carattere di obbligatorietà non hanno mai favorito la segnalazione spontanea, anzi l'hanno in alcuni casi scoraggiata per timore di conseguenze legali e per la ristrettezza delle tempistiche di notifica della segnalazione.
- 2) Abrogazione delle tempistiche ristrette di segnalazione: la trasmissione della segnalazione dovrà essere effettuata "tempestivamente". Sono perciò aboliti i termini, precedentemente previsti, di 3 giorni in caso di reazioni gravi e di 6 giorni negli altri casi.
- 3) Sono specificate le tipologie di reazioni da segnalare, e cioè:
 - Per tutti i farmaci: segnalare tutte le sospette reazioni avverse gravi o inattese (per grave si intende: qualsiasi reazione che provoca la morte di un individuo, ne mette in pericolo la vita, ne richiede o prolunga l'ospedalizzazione, provoca disabilità o incapacità persistente o significativa, comporta una anomalia congenita o un difetto alla nascita. Per inattesa si intende una reazione avversa la cui natura, gravità o conseguenza non è coerente con il riassunto delle caratteristiche del prodotto).
 - Per tutti i vaccini: segnalare tutte le sospette reazioni osservate, gravi- non gravi, attese ed inattese.
 - Per farmaci posti sotto monitoraggio intensivo: segnalare tutte le sospette reazioni osservate gravi non gravi, attese ed inattese. Il Ministero della Salute pubblicherà appena possibile gli elenchi di questi farmaci da tenere sotto osservazione.
- 4) Relazione clinica nei casi fatali: per tutte le reazioni avverse ad esito fatale il medico segnalatore è tenuto a trasmettere una relazione clinica dettagliata sul caso entro 15 giorni solari al Responsabile della farmacovigilanza (vedi al punto f.), per il successivo inoltro al Ministero della Salute.

- 5) Invio delle segnalazioni e delle relazioni cliniche nei casi ad esito fatale: le schede di segnalazione di sospetta reazione avversa- compilate secondo le indicazioni sopra evidenziate. e le relazioni cliniche per tutti i casi di reazioni avverse ad esito fatale vanno inviate direttamente al Responsabile della farmacovigilanza presso il Servizio Farmaceutico, via Degasperi 79, Trento.
- 6) Il Responsabile della farmacovigilanza dell'Azienda Sanitaria raccoglie, conserva e trasmette al Ministero della Salute le schede di segnalazione. Può inoltre contattare il segnalatore per acquisire ulteriori informazioni, per norma. infatti, ha il compito di verificare la completezza e la congruità dei dati delle segnalazione, prima di procedere al loro inserimento per via telematica nella banca dati del Ministero.

Per eventuali chiarimenti od informazioni in merito ai punti sopra esposti, si prega di contattare l'attuale referente per la farmacovigilanza dell'Azienda Sanitaria al seguenti recapiti:

dott.ssa Giorgia Brazzale
Servizio Farmaceutico - Direzione Cura e Riabilitazione - APSS di Trento
Via Degasperi, 79 - 38100 Trento tel. 0461/364115 - 0461/364102 - fax. 0461/902912
e-mail: Brazzale.g@apss.tn.it

Si ricorda infine che il testo del nuovo decreto legislativo è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 101. Serie Generale, del 3 maggio 2003. E' disponibile anche sul sito del Ministero della salute all'indirizzo ,www.ministerosalute.it/medicinali/farmacovigilanza/farmacovig.jsp.

Convenzioni FNOMcEO/WINTERTHUR e ENPAM/RAS

Polizze “Tutela Giudiziaria” agevolate per i medici

E' sottoscrivibile e operativa dal 10.07.2003 la Polizza - Convenzione tra la Federazione Nazionale dei Medici e degli Odontoiatri e la Winterthur Assicurazioni S.p.A.; cioè con decorrenza immediata delle garanzie, senza alcun vincolo sul numero minimo di adesioni , per la Tutela Giudiziaria dei singoli Medici , che il Consiglio Nazionale FNOM ha approvato .

La polizza prevede:

Massimali per sinistro senza limite per anno assicurativo Euro 26.000,00
Premio annuo Euro 30,00

Sarà cura della Compagnia prevedere una riduzione del premio annuo ad Eu. 25,00 nel caso si dovesse superare il numero delle 25.000 adesioni.

E' prevista , inoltre , nelle garanzie di polizza una **retroattività di 2 anni** , con il presupposto che la conoscenza dell'evento comportante la responsabilità sia avvenuta successivamente alla decorrenza delle garanzie .

I Medici interessati dovranno:

per aderire : compilare la scheda di adesione , effettuare il versamento , inviare tutto via fax allo 06.8272038 ed entrerà in garanzia immediatamente ;

per avere binformazioni : chiamare il numero verde **800595959** oppure **06.86895944 - 06.86890046**
fax 06.8272038 - e-mail giuseppe.doria@agenzie.winterthur.it

Analogo accordo è stato raggiunto fra ENPAM e Assicurazioni RAS, che ha portato alla polizza N°59/31.545.000 “Tutela Giudiziaria per l'Attività Professionale del Medico”, pubblicata sul Giornale della Previdenza dei Medici n.5 del 09/06/03

La polizza prevede :

Massimali per sinistro senza limite per anno assicurativo Euro 26.000,00
Premio annuo Euro 25,00

Questa polizza verrà attivata solo se saranno raggiunte almeno 100.000 adesioni

PER RICHIEDERE INFORMAZIONI E CHIARIMENTI:

- Sito Internet: www.tutelalegalemedici.it / email: adesioni@tutelalegalemedici.it

Nelle due pagine seguenti vengono riportati moduli di adesione

SCHEDA DI ADESIONE
(compagni assicurativa: RAS)
POLIZZA COLLETTIVA N° 59/31.545.000 "Tutela per l'Attività Professionale del Medico
RISERVATA AI MEDICI ISCRITTI ENPAM

Assicurato _____ Codice Enpam _____

Indirizzo _____ Comune C.A.P. / Sigla Provincia _____

Indirizzo e-mail _____

N° Telefono _____ N° Cellulare _____

Durata: Inizio ore 24 del 31/01/2004 Termine ore 24 del 31/01/2005

Massimale assicurato Euro 26.000,00 per ogni sinistro Premio annuo Euro 25,00 imposte comprese

LA PRESENTE SCHEDA DI ADESIONE DEVE ESSERE INOLTRATA IN UNO DEI SEGUENTI MODI A:

- Fax N° 010 / 465105

- CASELLA POSTALE N° 4174 - 16149 GE – Sampierdarena

PER RICHIEDERE INFORMAZIONI E CHIARIMENTI:

- **Sito Internet:** www.tutelalegalemedici.it / **email:** adesioni@tutelalegalemedici.it

=====

Io sottoscritto, avendo esaminato le condizioni della **POLIZZA COLLETTIVA N° 59/31.545.000 "Tutela Giudiziaria per l'attività professionale del Medico"**, pubblicate sul Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri e sul sito internet a cui il presente modulo fa riferimento, emessa dalla Compagnia "RAS Tutela Giudiziaria S.p.A." ed in corso per gli iscritti ENPAM,

DICHIARO

di aderire alla stessa; di provvedere al versamento di Euro 25,00 direttamente a RAS Tutela Giudiziaria:

PRESSO RASBANK

IL NUMERO DEL C/C VERRA' COMUNICATO AD ADESIONE ULTIMATA (TRAMITE IL GIORNALE DELL'ENPAM)

- a) che darà corso alla copertura assicurativa in mio favore per il periodo 31.01.2004 - 31.01.2005, essendo state raggiunte n. 100.000 adesioni di iscritti ENPAM entro il 30/10/2003.
- b) *Nel caso in cui il numero di adesione non raggiunga il minimo previsto non si farà luogo ad alcuna copertura assicurativa.*

(firma) _____

Con riferimento all'art. 1341 c.c. , approvo sin d'ora specificatamente le seguenti clausole di polizza:

art. 7 - Diritto di recesso

art. 11 - Modalità per la denuncia di sinistro - Omesso invio dei documenti

art. 12 - Gestione del sinistro - Definizione unilaterale della controversia

art. 12 - Gestione del sinistro - Clausola arbitrare

(firma) _____

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili: Preso atto dell'informativa pubblicata sul Giornale della Previdenza, cui il presente modulo è allegato, ed ai sensi degli art. 11, 20, 22 e 28 della Legge 31.12.1996, n. 675, acconsento: al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, che mi riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società assicuratrice; alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicati nella predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti obbligatori per legge o aventi le finalità ivi indicate; al trattamento degli stessi dati all'estero.

(Acconsento)

(Non Acconsento) (1)

per finalità di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi, ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti: al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi riguardano; al trattamento degli stessi dati all'estero e alla comunicazione degli stessi dati ai soggetti indicati nella predetta informativa. Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa. Dichiaro altresì di aver ricevuto tutte le informazioni previste dall'art. 123 del Decreto Legislativo n. 175 del 17 Marzo 1995.

(1) Cancellare la frase tra parentesi che non interessa.

Luogo e data _____ (firma) _____

Cognome e Nome _____ Provincia _____

Riconoscimento nazionale delle iniziative regionali

Accordo interregionale sulla formazione manageriale

La Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, nella riunione del 10 luglio u.s. ha esaminato l'Accordo interregionale sulla formazione manageriale.

Il documento definisce le linee per permettere il riconoscimento reciproco delle attestazioni dei corsi manageriali seguiti dal personale dirigente medico. Tali linee individuano le condizioni che devono garantire perché l'attestato manageriale sia riconosciuto valido.

L'Accordo è stato approvato dalla Conferenza dei Presidenti, con l'eccezione della Puglia, e verrà recepito dalle singole Regioni e Province Autonome

DOCUMENTO SULLA FORMAZIONE MANAGERIALE

INTRODUZIONE

Molte Regioni e Province autonome hanno attivato o sono in procinto di attivare corsi di formazione manageriale con l'obiettivo di incentivare le capacità manageriali dei propri dirigenti sanitari i quali, per l'esercizio delle funzioni dirigenziali, sono chiamati a possedere adeguate conoscenze e competenze non solo di natura professionale ma anche organizzativa e gestionale, stante il fatto che la qualità di un servizio pubblico complesso, come è quello sanitario, è la risultante di un elevato grado di competenze tecnico - professionali e, non di meno, di una sensibile capacità organizzativa in un contesto di risorse finite.

Il direttore di struttura complessa, del resto, deve farsi carico del così detto "governo clinico" del servizio sanitario, inteso come sintesi di autonomia professionale e responsabilità gestionale, ovvero come sintonia tra il piano della gestione operativa di settore e quello della gestione strategica aziendale.

Proprio per indurre un positivo cambiamento di mentalità e promuovere la partecipazione attiva dei direttori di struttura complessa alla programmazione e realizzazione delle politiche aziendali per il miglioramento continuo della qualità, appare fondamentale e prioritaria l'attivazione delle specifiche iniziative formative per la diffusione e la crescita della cultura manageriale dei dirigenti sanitari, così come previste dal D.Lgs. n. 502/92 come modificato dal D.Lgs. n. 229/99 e dal D.P.R. n. 484/97.

Il D.Lgs. n. 502/92 e s.m. agli artt. 15 e 16-quinquies individua, infatti, la formazione manageriale anche quale requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi per la direzione di strutture complesse prevedendo pure che il certificato di formazione manageriale debba essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico, demandando altresì alle Regioni e Province autonome l'organizzazione e l'attivazione di tali corsi.

Il D.P.R. n. 484/97, poi, all'art. 7 detta i criteri per lo svolgimento di corsi finalizzati alla formazione manageriale, capacità gestionale, organizzativa e di direzione del personale della dirigenza del ruolo sanitario.

Con la riforma del Titolo V della Costituzione il quadro delle competenze in materia è stato profondamente rinnovato. Come testimonia anche la sentenza n. 510 del 4 dicembre 2002 della Corte Costituzionale, è stato riconosciuto che in tale quadro le Regioni possono esercitare le attribuzioni di cui ritengono di essere titolari, approvando - ovviamente fatto salvo il potere governativo di ricorso previsto dall'art. 127 della Costituzione - una propria disciplina legislativa anche sostitutiva di quella statale.

Gli Assessori alla Sanità hanno approvato le linee, come di seguito articolate, per permettere il riconoscimento reciproco delle attestazioni dei corsi manageriali seguiti dal personale dirigente medico. Le linee individuano le condizioni che devono essere garantite perché l'attestato manageriale sia riconosciuto valido. Le Regioni si impegnano a recepire con un proprio atto il documento, allegato, una volta approvato dalla Conferenza dei Presidenti

Linee per la formazione manageriale

1. (Formazione manageriale)

I corsi di formazione manageriale per dirigenti sanitari (medici, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) sono attivati ed organizzati dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano, le quali si avvalgono, per la realizzazione degli stessi, della collaborazione delle università o di altri soggetti pubblici o privati operanti nel campo della formazione accreditati e/o appositamente qualificati dalle medesime Regioni e Province autonome. Le stesse non potranno attivare i suddetti corsi al di fuori del proprio territorio se non attraverso reciproci accordi. Della attivazione dei predetti corsi di formazione, le Regioni e le Province autonome danno notizia al Ministero della Salute comunicandone i relativi contenuti.

Ai corsi organizzati presso le Regioni e le Province autonome hanno diritto di precedenza di iscrizione i dirigenti sanitari in servizio presso le strutture sanitarie delle singole realtà.

Le Regioni e le Province autonome organizzano, parallelamente ai corsi oggetto del presente accordo, iniziative di formazione continua su tematiche attinenti alla formazione manageriale riservate ai dirigenti sanitari in possesso del certificato di formazione di cui al successivo punto 3.4.

2. (Durata, aree tematiche e metodologia didattica)

2.1 La durata dei corsi non deve essere inferiore a 100 ore di frequenza certificata. Le Regioni e le Province autonome programmano corsi di durata superiore al fine di concedere un massimo di assenze fino al 20% delle attività globalmente programmate. Il superamento di tale limite comporta l'esclusione dal colloquio finale. Il periodo di formazione potrà essere sospeso per gravidanza, puerperio o malattia, fermo restando che l'intera sua durata non potrà essere ridotta e che il periodo di assenza dovrà essere recuperato nell'ambito di altro corso secondo modalità definite dalla Regione o Provincia Autonoma.

2.2 I corsi di formazione hanno lo scopo di fornire strumenti e tecniche propri del processo manageriale e quindi riferiti prioritariamente alle aree di organizzazione e gestione dei Servizi sanitari, agli indicatori di qualità dei servizi – sanità pubblica, alla gestione delle risorse umane, ai criteri di finanziamento ed agli elementi di bilancio e controllo, così come definite nell'allegato A) che è parte integrante del presente atto. Nei provvedimenti regionali e provinciali di organizzazione dei corsi possono essere previsti, in aggiunta al monte ore utile per il conseguimento del certificato, ulteriori contenuti ritenuti necessari in rapporto alle particolari situazioni sanitarie, sociali ed ambientali locali.

La metodologia didattica è, in via principale, di tipo prevalentemente attivo; le lezioni tradizionali (lezioni frontali) sono affiancate da strumenti quali analisi e discussione di casi didattici, incident, role playing, simulazioni e griglie di analisi, finalizzati a favorire, tramite la discussione in piccoli gruppi di lavoro, l'apprendimento dei contenuti oggetto del corso. Le discussioni guidate, gli incident e, più in generale, tutti gli strumenti didattici sono focalizzati specificamente sulle tematiche inerenti la gestione dell'ambito socio - sanitario.

E' in ogni caso possibile prevedere l'utilizzo della formazione a distanza che non dovrà comunque eccedere il 30% del monte ore di formazione previsto e non potrà esaurire nessuna delle aree considerate nell'allegato A. Le ore di formazione erogate a distanza saranno considerate ore equivalenti ai fini della certificazione di frequenza sotto la responsabilità del Direttore del Corso. Comunque l'erogazione della formazione a distanza dovrà prevedere meccanismi di autovalutazione e sistemi di interazione con il docente responsabile dell'attività e con il resto della classe in modo sincrono e/o differito.

Al fine di garantire l'effettiva possibilità di utilizzo delle metodologie didattiche attive, il numero di partecipanti per ogni singola classe non potrà essere superiore a 30 unità.

3. (Certificato di formazione e sua validità)

Il periodo di formazione si conclude con l'espletamento di un colloquio finale, tramite anche la presentazione e discussione di un elaborato davanti ad una apposita Commissione costituita secondo modalità disciplinate dalle Regioni e Province autonome. Della stessa dovranno comunque far parte docenti del corso. Il superamento dell'esame finale comporta il rilascio, in copia unica, da parte delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, di certificato di formazione, secondo il modello definito nell'allegato B) che è parte integrante del presente atto. In caso di più sessioni dello stesso corso il certificato viene rilasciato contestualmente a tutti i candidati al termine dell'ultima ses-

sione.

I legali rappresentanti delle strutture e istituzioni che hanno realizzato i corsi di formazione manageriale, ad avvenuto superamento del colloquio finale trasmettono alle Regioni e alle Province autonome per le quali hanno tenuto i corsi, l'elenco dei dirigenti che hanno superato il colloquio con evidenziata l'effettiva frequenza al corso nonché il grado di acquisizione degli strumenti e delle tecniche di cui al punto 2.2.

Ciascuna Regione e Provincia autonoma provvede a costituire e mantenere un apposito albo pubblico ove iscrivere i dirigenti sanitari cui è stato rilasciato il certificato di formazione manageriale di cui al punto 1.

Ferma restando, per i fini di cui all'art. 16 - quinquies del D.lgs 502/92 e s.m, la validità del certificato di formazione conseguito secondo i criteri di cui al presente accordo, il dirigente sanitario è comunque tenuto a partecipare con esito positivo ai corsi di formazione continua di cui al precedente punto 1.3., organizzati dalle Regioni e dalle Province autonome nei trienni successivi alla data di conseguimento del certificato medesimo.

I dirigenti sanitari che conseguono il certificato di formazione manageriale di cui al presente accordo sono esonerati dall'obbligo di conseguire i crediti formativi dell'ECM di cui all'art. 16 quater del D.lgs 502/92 e s.m. nell'anno nel quale si conclude l'attività formativa.

4. (Aspetti finanziari)

La partecipazione ai corsi di formazione manageriale è subordinata al pagamento diretto, da parte del dirigente sanitario, di una quota di iscrizione, la cui entità è determinata dalla Regione e Provincia autonoma in base alle spese previste per la realizzazione dei corsi medesimi.

Le Regioni e le Province autonome possono definire in sede di contrattazione locale, modalità e criteri per la compartecipazione alle predette quote di iscrizione. La compartecipazione verrà riconosciuta al dirigente a certificazione ottenuta.

Ove ai corsi di cui al punto 1 siano ammessi anche dirigenti sanitari in servizio presso strutture sanitarie di altre Regioni e Province autonome, la partecipazione finanziaria a favore degli stessi, da parte delle Regione e Province autonome di appartenenza, segue la disciplina ivi in vigore. A tal fine ciascuna Regione o Provincia autonoma provvede a dare comunicazione all'altra dell'elenco dei dirigenti sanitari cui è stato rilasciato il certificato.

5. (Norma transitoria)

I certificati di formazione manageriale rilasciati da ciascuna Regione o Provincia autonoma, o che siano in via di conseguimento, a seguito di corsi organizzati con le modalità di cui all'art. 7 - commi 3, 4 e 11 del D.P.R. n. 484/97 e per i fini previsti dall'art. 16 - quinquies del D.lgs. n. 502/92, come modificato con il D.Lgs. n. 229/99, sono riconosciuti validi per i fini di cui al presente accordo. Ciascuna Regione o Provincia autonoma provvede a comunicare ai dirigenti che abbiano già conseguito il certificato, il riconoscimento di cui al presente accordo.

Ai dirigenti sanitari che abbiano già conseguito il certificato di formazione manageriale a seguito dei corsi organizzati dalle Regioni e Province autonome, si estendono le norme di partecipazione finanziaria che saranno stabilite nelle Regioni e Province autonome di appartenenza.

ALLEGATO A

Contenuti formativi dei corsi per la formazione manageriale dei dirigenti sanitari.

A. ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI

Finalità dell'area tematica:

ai partecipanti devono essere forniti gli elementi per la comprensione dei principali modelli di organizzazione delle aziende di servizi sanitari e dei principali sistemi e strumenti di governo gestionale e clinico. Con riguardo a questi ultimi, si dovrà privilegiare la trattazione degli argomenti che evidenziano il ruolo e le funzioni proprie del dirigente medico.

Argomenti privilegiati:

i modelli organizzativi e la loro applicazione al contesto delle aziende di servizi sanitari, le metodologie di progettazione organizzativa, i modelli per l'analisi dei fabbisogni di integrazione, i sistemi informativi aziendali nei loro diversi aspetti: operativi direzionali e di supporto ai processi decisionali clinici ed organizzativi, gli strumenti per l'analisi e l'interpretazione dei dati clinici e gestionali, i principi e le tecniche dell'evidence based medicine, le tecniche per la valutazione degli investimenti in tecnologia sanitaria, i principi di valutazione economica con particolare riferimento all'analisi costi benefici ed alla farmacoeconomia, i sistemi di gestione per budget.

B. INDICATORI DI QUALITÀ DEI SERVIZI – SANITÀ PUBBLICA

Finalità dell'area tematica:

ai partecipanti devono essere forniti sia gli elementi per la comprensione dei diversi approcci teorici relativi al concetto di qualità nelle aziende di servizi sanitari con particolare attenzione al miglioramento continuo del sistema di qualità aziendale, sia gli elementi per la comprensione dei diversi modelli di organizzazione dei sistemi sanitari, dei sistemi di autorizzazione e di accreditamento, nonché delle modalità per la valutazione ed il controllo dell'appropriatezza delle prestazioni, per la valutazione dell'outcome e dell'output delle attività sanitarie.

Argomenti privilegiati:

indicatori e sistemi di qualità, definizione degli standard, processi di customer satisfaction, tecniche di benchmarking.

C. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Finalità dell'area tematica:

ai partecipanti devono essere forniti gli elementi per la comprensione degli strumenti e delle logiche di gestione delle risorse umane nelle aziende di servizi sanitari ed in particolare sul ruolo ricoperto, in tal senso, dal dirigente medico.

Argomenti privilegiati:

tecniche e strumenti di gestione del personale nell'ambito dei principali vincoli di ordine contrattuale caratterizzanti il settore sanitario con particolare riguardo alla motivazione e alla valutazione del personale nel conseguimento di specifici obiettivi e nel perseguimento della mission aziendale, alla leadership ed alla capacità di gestire i conflitti organizzativi ed interpersonali, al lavoro di gruppo, alla comunicazione ed alla negoziazione.

D. CRITERI DI FINANZIAMENTO ED ELEMENTI DI BILANCIO E CONTROLLO

Finalità dell'area tematica:

ai partecipanti devono essere forniti gli elementi per la comprensione, con esplicito riferimento alle aziende di servizi sanitari:

dei meccanismi e delle logiche di funzionamento dei sistemi di programmazione e controllo di gestione con particolare riferimento al ruolo ricoperto dai dirigenti sanitari;

dei diversi modelli e sistemi di finanziamento e delle loro implicazioni sulla gestione delle aziende di servizi sanitari;

del sistema di rilevazione aziendale e dei relativi documenti di sintesi.

Argomenti privilegiati:

i concetti generali e le basi della contabilità analitica, i sistemi di finanziamento della sanità nel sistema pubblico e privato, i modelli di rilevazione degli accadimenti economici.

OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA: INDICAZIONI

*Pubblichiamo l'aggiornamento delle indicazioni all'Ossigeno Terapia Iperbarica (cons. Europeo), fornitaci dal servizio Iperbarico di Bolzano
e-mail: info@iperbaricobolzano.191.it*

L'Organizzazione mondiale della Sanità definisce l'OTI (ossigenoterapia iperbarica) una **terapia sistemica che sfrutta la solubilità fisica dell'ossigeno in pressione.**

L'ipossia causa disfunzioni delle attività cellulari e tissutali che sono alla base della vita. L'ipossia tissutale sembrerebbe quindi una delle condizioni ideali per il trattamento con ossigeno iperbarico.

L'ossigeno è trasportato dal sangue arterioso nella quantità di 20 ml/100 ml di sangue. Di questi 20 ml, 19,7 sono legati all'emoglobina, 0,3 ml sono fisicamente disciolti nei liquidi circolanti.

Nel sangue venoso reflu dai vari organi la quantità di O₂ è ridotta a 14 ml ogni 100 ml di sangue. Dunque la quantità di O₂ consumata per il metabolismo, in condizioni normali, è di 6 ml /100 ml di sangue, corrispondente a 250 ml/min .

Quando un tessuto, per alterazioni patologiche dei suoi vasi, non può più ricevere l'O₂ legato all'emoglobina, l'unica possibilità di far giungere la quota di O₂ necessaria alla sua sopravvivenza (6 ml/100 ml / min) è di aumentare la quota di O₂ sciolta fisicamente nei liquidi circolanti ed interstiziali

Se al posto di aria respiriamo O₂ al 100 % la quota di O₂ disciolta passa da 0,3 a 2,1 ml ogni 100 ml, ancora insufficiente per le necessità metaboliche. Se però respiriamo O₂ al 100% a 2,5 ATM la quota disciolta diventa 6 ml / 100 ml . È a questo punto evidente come ogni patologia ipossica o ischemica, acuta o cronica, possa giovare di questo semplice espediente chimico-fisico per risolvere in un **protocollo integrato con la terapia tradizionale** una situazione patologica che potrebbe portare alla morte del tessuto colpito o dell'intero organismo (intossicazione da Co, gangrena gassosa, fascite necrotizzante)

VOLUME % di O₂ NEL SANGUE

INALANDO ARIA

Ad 1 ATM

- 20 ml O₂ /100 ml nel sangue arterioso
- (di cui **0,33 ml O₂** / 100 ml disciolti nel plasma)
- 14 ml O₂ /100 ml nel sangue venoso
- Consumo O₂ = 6 ml O₂ /100 ml sangue
- Consumo totale di O₂ = 250 ml / min

INALANDO O₂ al 100 %

Ad 1 ATM

- 2,1 ml O₂ / 100 ml disciolti nel plasma
- A 2,5 ATM
- 6 ml O₂ /100 ml disciolti nel plasma

RAZIONALE DELL'IMPIEGO DELL'OTI

- Corregge l'ipossia determinata da angiopatia (per aumento della concentrazione plasmatica di O₂)
- Effetto antiedema (determina vasocostrizione che corregge la vasodilatazione da ipossia ;riduce shunt artero-venosi e l'iperafflusso)
- Azione antibatterica (effetto citolitico diretto sugli anaerobi; stimola attività antibatterica di macrofagi e polimorfonucleati;incrementa la cidicità leucocitaria)
- Stimola la riparazione tissutale (consente la replicazione di cellule epiteliali,di fibroblasti e la produzione di collagene stabile e la sua deposizione)
- Attiva l'osteogenesi e la deposizione di calcio
- Facilita la proliferazione vascolare capillare migliorando la funzione dei fibrociti e la rivascolarizzazione di aree ischemiche
- Accelera la demarcazione fra tessuto certamente necrotico e quello ischemico recuperabile
- Ripristina la funzione citocromo-ossidasi A3 quand'essa sia compromessa
- Permette la formazione di gruppi disulfidrilici S-S in presenza di gruppi sulfidrilici SH
- Incrementa la produzione ed attività delle sostanze Scavengers capaci di opporsi ai superossidi ed ai radicali liberi
- Azione antispastica muscolari ed analgesica

L'approccio multidisciplinare ottimizza il risultato di questo presidio terapeutico

MECCANISMI DELL'OSSIGENO IPERBARICO

La **regolazione dell'attività vasomotoria** è ossigenodipendente: l'OTI a 2.5 atmosfere determina una riduzione del flusso sanguigno arterioso del 20 % circa, per azione vasocostrittiva distrettuale riflessa, provocata dall'attivazione dei meccanismi di omeostasi retroattivi indotti dalla concentrazione di O₂ nei tessuti a difesa di un eccesso dello stesso. Questo effetto è particolarmente utile nel correggere la "sindrome da iperafflusso" sovente descritta, per esempio, nel piede diabetico.

L'azione antiedemigena dell'OTI è da attribuirsi anche al ripristino della normale permeabilità capillare, alterata negli stati di ipossia per accumulo di cataboliti acidi. L'acidosi che ne deriva, principale causa di inefficienza antibiotica, viene corretta dall'aumentata disponibilità plasmatica di O₂. Un altro importante effetto terapeutico dell'OTI è **l'azione antimicrobica**; l'ossigeno è tossico per gli anaerobi obbligati, ma agisce in modo indiretto anche su altri ceppi. Sul primo gruppo una elevata tensione di O₂ ha un effetto letale diretto. Durante la terapia iperbarica si incrementano i livelli, sia intra che extracellulari, di superossidi: questo porta alla produzione di radicali tossici (perossidi, idroperossidi). Gli organismi anaerobi sono estremamente sensibili a questi radicali, in quanto privi degli enzimi capaci di inattivarli. Diversa è l'azione sui batteri anaerobi facoltativi od aerobi stretti. Gli aerobi stretti sono in grado di degradare i radicali liberi prodotti dall'ossigenoterapia iperbarica, almeno entro certi limiti, per cui l'attività antibatterica dell'ossigeno si esplica su di loro in maniera indiretta. L'attività antibatterica dei leucociti polimorfonucleati è proporzionale alla disponibilità locale di ossigeno, ma cessa al di sotto di 40 mm Hg di pO₂ tissutale. Anche la proteolisi del tessuto necrotico da parte dei leucociti polimorfonucleati e dei macrofagi è proporzionale alla disponibilità locale di O₂ e cessa a pO₂ tissutali inferiori a 30 mm Hg. La trombolisi dei microtrombi capillari nelle zone lese viene inattivata a pO₂ inferiori a 30 mm Hg. Proliferazione fibropla-

stica, elaborazione della matrice collagene, neoproliferazione capillare e processo di granulazione sono attività minime a pO₂ inferiori a 30 mm Hg, cessano completamente a pO₂ inferiori a 20 mm Hg, cominciano a normalizzarsi a pO₂ tissutali di 80 mm Hg. La riepitelizzazione di ferite granulogianti avviene solo in presenza di pO₂ superiori a 50 mm Hg.

La prima **fase riparativa** di una ferita è la costruzione di un tessuto di granulazione. L'ipossia da trauma è lo stimolo di migrazione di fibroblasti verso la ferita, ma gli stessi per proliferare, necessitano di una normale tensione di O₂. Inoltre una ottimale quantità di O₂ molecolare è necessaria per la stabilizzazione del collagene.

Il collagene è una proteina atipica; la sua sequenza aminoacidica è in triplette ed ogni tripletta contiene glicina, prolina e lisina, queste ultime sono idrossilate, ed il substrato per tale reazione è l'ossigeno molecolare. L'ipossia rallenta l'idrossilazione della prolina, mentre l'iperossia la stimola. Gli studi di Uitto e Prockop concludono che la sintesi in temporanea ipossia produce un collagene poco stabile.

Si è molto discusso circa il minimo valore di ossigeno "vitale" per una zona lesa. La più bassa PpO₂ compatibile con la sopravvivenza del tessuto è compresa tra i 7 ed i 15 mm Hg, valori in cui funziona solo la glicolisi anaerobia, non il ciclo di Krebs, non la via ossidativa diretta (via delle sintesi). Il tessuto sopravvive ma non esercita le sue funzioni. Se questi valori restano costanti, allora la neoformazione del microcircolo è impedita perché è proprio l'ipossia a determinare la produzione di gettoni vascolari, ma se questa persiste la neoangiogenesi non si effettua perché viene bloccata la replicazione endoteliale e la trasformazione dei gettoni vascolari solidi in gettoni vascolari cavi (vasi neoformati).

Come già accennato, rilievi tonometrici dimostrano che la parte centrale di una ulcera si trova in condizioni di marcata ipossia; attorno ad essa, per uno spessore di 100 micron, esiste una zona di transizione, poco o nulla vascolarizzata, in cui si registra dalla periferia alla zona centrale una progressiva diminuzione della tensione dell'ossigeno; all'esterno di questa zona, in assenza di complicazioni, troviamo tessuto normovascolarizzato e con normale tensione di ossigeno. In caso di compromissione vascolare, tuttavia, il passaggio dalla fase ipossica che stimola il meccanismo di neoangiogenesi, alla fase normossica, indispensabile per completarne la formazione, può non verificarsi. In tal caso non si ha stabilizzazione del collagene e la soluzione di continuo si allarga, la zona centrale cade in necrosi ed il processo deve riprendere in un punto più periferico e sufficientemente vascolarizzato.

Con ossigeno iperbarico a 2,5 ATA la PO₂ di una ulcerazione, sale a circa 100 mm Hg ottimizzando i processi riparativi sia cellulari sia connettivali.

INDICAZIONI ALL'OSSIGENO TERAPIA IPERBARICA

➤ INDICAZIONI ASSOLUTE

- INTOSSICAZIONE DA MONOSSIDO DI CARBONIO
- PATOLOGIE DA DECOMPRESSIONE
- EMBOLIA GASSOSA ARTERIOSA
- GANGRENA GASSOSA CLOSTRIDICA

➤ **INDICAZIONI IN CUI L' OTI È FORTEMENTE RACCOMANDATA
(in un protocollo integrato multidisciplinare)**

- INFEZIONI NECROSANTI PROGRESSIVE (gangrena batterica, cellulite crepitante fasciti necrotizzanti e di Fournier, mionecrosi clostridica e non PIEDE DIABETICO)
- PIAGHE DA INSUFFICIENZE ARTERIOSE PERIFERICHE
- FERITE PROBLEMATICHE
- ISCHEMIA TRAUMATICA ACUTA (Sindrome Compartmentale, Sindrome da schiacciamento, fratture a rischio)
- NECROSI ASETTICA DELLA TESTA DEL FEMORE
- OSTEOMIELITE CRONICA REFRATTARIA
- ALGODISTROFIE SIMPATICO RIFLESSE (M. di SUDECK)
- DISTROFIE POST TRAUMATICHE
- LESIONI RADIONECROTICHE DEI TESSUTI MOLLI ED OSTEORADIONECROSI
- INNESTI CUTANEI E LEMBI MUSCOLO CUTANEI COMPROMESSI
- SORDITÀ IMPROVVISA vascolare o traumatica

➤ **INDICAZIONI DI CATEGORIA 3
(l'OTI può essere vantaggiosa integrata in protocolli non routinari)**

- ASCESSI INTRACRANICI, ACTINOMICOSI REFRATTARIA, MIELITI DA RADIAZIONI, RETINITE PIGMENTOSA, ENTERITI DA RAGGI, CISTITE EMORRAGICA

Intossicazione da CO

L' inalazione accidentale di Co determina un legame diretto fra il monossido di Carbonio e i gruppi porfirinici legati all' Hb.

Tale legame è competitivo nei confronti dell' O₂, che non è più trasportato ai tessuti tramite l' Hb. Viene inoltre inibita la citocromoossidasi.

La sindrome anossica che ne deriva è spesso letale e la gravità dipende dai tempi di esposizione. L' O₂ iperbarico spiazza il legame dell' Hb con il Co e nel frattempo sostiene i tessuti, finché i gruppi porfirinici non sono nuovamente in grado di combinarsi con l' O₂ normobarico.

Si previene quindi il danno cerebrale da anossia e la lipoperossidazione delle membrane cellulari. Ciò è fondamentale per prevenire le sequele neurologiche tardive, correlate appunto al danno cellulare.

Il ricorso alla ossigenoterapia iperbarica è obbligatorio in tutte le pazienti gravide anche nelle forme di intossicazione lieve e in tutti coloro che presentino segni clinici di intossicazione, indipendentemente dai livelli di CoHb, dato che il danno neurologico per azione diretta sulla citocromoossidasi neuronale, non è proporzionale al dosaggio ematico eventualmente riscontrato.

Patologie da decompressione

Il fattore primario che determina la malattia è una decompressione inadeguata che provoca la formazione di bolle occlusive di gas inerte (generalmente azoto) . Nel corso di un'immersione subacquea il gas si discioglie nei tessuti saturandoli e quando diminuisce la pressione ambiente muta il suo stato con la formazione di bolle. L'insorgenza di questa patologia spesso non è im-

mediata, i sintomi (MDD tipo I: dolori articolari, prurito, sintomi lievi; MDD tipo II: coinvolgimento s. nervoso, dal semplice mal di testa alla paralisi progressiva) possono comparire fino a 24-36h di distanza dall'incidente. La terapia di prima scelta è la ricompressione in camera iperbarica da attuare con estrema tempestività. L'OTI è necessaria a ricomprimere le bolle e ridurre quindi il loro volume, inoltre la somministrazione di O₂ in iperbarismo migliora l'ossigenazione dei tessuti resi ischemici dalla embolia gassosa, può quindi modificare in senso positivo l'evoluzione del quadro clinico.

Embolia gassosa arteriosa

L'embolia gassosa in ambito subacqueo può determinarsi a causa di una sovradistensione polmonare o/e per pervietà misconosciuta del setto interatriale con passaggio diretto di bolle d'aria nel torrente circolatorio. In ambito clinico può verificarsi a seguito di interventi chirurgici, manovre diagnostiche invasive, incannulamento di vasi, circolazione extracorporea. Qualora sia avvenuto il passaggio d'aria si manifestano: embolizzazione arteriosa cerebrale, insufficienza cardiaca acuta, shock, embolizzazione coronarica e alterazioni neurologiche gravi fino all'arresto cardiocircolatorio. Non è importante il tipo di gas quanto la sua quantità introdotta nel distretto circolatorio.

La terapia iperbarica con O₂ ad elevata pressioni parziale trova il suo razionale nel diminuire il volume della bolla oltre che nella miglior ossigenazione dei tessuti ipossici

Mionecrosi clostridica (Gangrena gassosa)

La mionecrosi clostridica o gangrena gassosa è una infezione mionecrotica fulminante determinata, nella maggior parte dei casi, da un batterio anaerobio della specie clostridica.

L'OTI è stato utilizzato in moltissimi studi clinici e sperimentali per la sua attività direttamente antibatterica, per lo stimolo all'attività "killing" dei polimorfonucleati, per l'effetto di demarcazione tra le zone vive e quelle ormai non più vitali e per lo stimolo riparativo che può indurre.

Attualmente non esiste testo sull'argomento che non imponga l'utilizzo di OTI in una triade terapeutica che comprende contemporaneamente anche chirurgia e terapia antibiotica.

Infezioni necrosanti progressive

Una condizione ipossica distrettuale può inibire in modo determinante la funzione dei polimorfonucleati, ed una infezione locale può svilupparsi e generalizzarsi. Questa azione, associata all'accumulo dei cataboliti tossici, abbassa il potenziale di ossidoriduzione, situazione che può indurre le sovrainfezioni anaerobiche. In questa categoria intendiamo considerare le celluliti anaerobiche crepitanti, la gangrena batterica progressiva, la mionecrosi non clostridica, la fascite necrotizzante e la sindrome di Fournier.

Piede diabetico

La gangrena diabetica è la più importante causa di amputazione nei diabetici e la letteratura internazionale concorda sull'enorme aumento di amputazioni collegate alla patologia diabetica. L'OTI si è imposta in questi anni come metodo terapeutico, sia per il suo effetto sulla flora batterica mista, sia per la sua azione di demarcazione delle zone colliquate e di supporto alla riparazione dei tessuti circostanti. Tanto più tempestiva è la sua applicazione, tanto maggiore è la possibilità di risultato positivo.

Piaghe da insufficienze arteriose - ferite problematiche

Tutte le lesioni traumatiche presentano segni di ischemica e ipossia, dovute, queste ultime, alla stasi circolatoria e all'edema che ne deriva.

I livelli tissutali di ossigeno sono insufficienti e vengono ulteriormente ridotti dagli aspetti flogistici presenti.

L'ossigeno iperbarico che si diffonde ai tessuti direttamente, sostituisce del tutto quello altrimenti trasportato dagli eritrociti, vicariando quindi la circolazione inefficiente e riducendo l'edema distrettuale. Si sostiene in tal modo, il trofismo dei tessuti che cicatrizzano più rapidamente, anche attraverso la stabilizzazione del collagene.

L'indicazione alla ossigenoterapia iperbarica si pone per tutte le lesioni che presentino un deficit circolatorio locale o distrettuale, soprattutto se vi siano associati diabete e/o arteriopatie obliteranti.

La terapia iperbarica è fondamentale complemento alla prassi chirurgica.

Ischemia traumatica acuta (Sindrome da schiacciamento -Crush Syndrome) Fratture a rischio e malconsolidanti

Una ischemia acuta traumatica si verifica quando in seguito ad un severo trauma distrettuale la circolazione risulta compromessa. L'applicazione immediata e tempestiva dell'OTI mira, in una situazione di sofferenza compartimentale, ad aumentare la pressione parziale di ossigeno tissutale, a ridurre l'edema vasogenico ed a demarcare le zone vitali da quelle non vitali, innestando il meccanismo macrofagico riparativo.

L'OTI è da applicarsi con la massima tempestività, per evitare l'acidosi e la morte cellulare ed in associazione al trattamento chirurgico ed antibiotico.

Per fratture a rischio si intendono sia la frattura critica per le condizioni locali (esposizione, frammentazione, sindrome compartimentale, mortificazione tissutale), sia per i pazienti in cui si è prodotta (diabetico, insufficiente vascolare, immunodepresso). In questo tipo di fratture a rischio l'ossigeno iperbarico svolge azione antibatterica, di stimolo alla riparazione fibroblastica ed alla apposizione osteoblastica, di mantenimento di una pressione parziale di ossigeno ottimale, pur in un territorio ipovascolarizzato quale è l'osso, e da ultimo una accelerazione della calcificazione finale.

Necrosi asettica della testa del femore

La necrosi della testa del femore è caratterizzata in tutti i casi da un danno vascolare, favorito dal particolare tipo di circolazione terminale dell'epifisi femorale che causa un'ipossia della zona circostante e conseguentemente edema in un tessuto non estensibile. L'aumento di pressione locale peggiora lo stato ipossico e ciò può condurre a necrosi. L'OTI rappresenta quindi una terapia importante per arrestare il processo, sostiene inoltre l'osteogenesi necessaria a rimpiazzare il tessuto necrotico visto che per il metabolismo sia degli osteoclasti, sia degli osteoblasti è indispensabile una larga quantità di O₂.

Naturalmente è importante iniziare la terapia già nei primi stadi della malattia (fase vascolare), poiché se si aspetta il quarto stadio (deformazione permanente della testa ed accorciamento del collo femorali) il trattamento con OTI non avrà risultati.

In questi ultimi anni è andata delineandosi anche una necrosi della testa del femore che potremmo definire secondaria, perché conseguente ad un nuovo tipo di protesi (BHR: Bone hip resurfacing) che viene applicata ad individui ancora relativamente giovani ed in cui, per la modalità di applicazione chirurgica viene interrotta la vascolarizzazione principale. Questa metodica, introdotta clinicamente negli anni '90 ha dato numerosi fallimenti per necrosi secondarie della testa del femore. Nuovi studi che prevedono l'applicazione dell'OTI nell'immediato postoperatorio hanno lo scopo di prevenire questa grave complicanza.

Osteomielite cronica refrattaria

L'efficacia dell'OTI in questa patologia è stata dimostrata e si basa su più punti : l'infezione riduce la tensione di ossigeno nell'osso infetto, induce acidosi che inibisce l'efficacia degli antibiotici.. La terapia iperbarica può correggere questo difetto ipossico determinando periodiche elevazioni della tensione di ossigeno all'interno dell'osso e quindi da una parte una azione osteoblastica favorevole, dall'altra lo stimolo alla produzione di collagene da parte dei fibroblasti. Da ultimo la neoangiogenesi capillare è capace di determinare una modificazione strutturale anatomica duratura che consente di ottenere dei valori di pressione parziale di ossigeno più alti e stabili nel tempo.

Algodistrofie postraumatiche (m. di Sudeck)

L'attività antiprostaglandinica dell'ossigeno in iperbarismo, il fatto che l'osteoporosi post-traumatica sia un danno eminentemente vascolare che determina un rapporto privilegiato per l'osteoclasta piuttosto che per l'osteoblasta, l'alterazione del rapporto calcio-fosforo indotta da questo disturbo vascolare, sono le considerazioni a favore di un trattamento iperbarico. L'OTI inizia il processo di mineralizzazione e corregge la stasi circolatoria

Lesioni radionecrotiche dei tessuti molli ed osteoradionecrosi

Le radiazioni determinano una situazione di ridotta vascolarizzazione, ridotta attività cellulare, ipossia tissutale, arresto dei processi riparativi locali. Tutto questo chiarisce quali possano essere i meccanismi di utilità di una terapia iperbarica con ossigeno in questa patologia.. L'effetto angiogenico della terapia iperbarica, sommato allo stimolo riparativo ed alla attività antibatterica, rende ragione della enorme proliferazione della indicazione al trattamento iperbarico nel danno da terapia radiante.

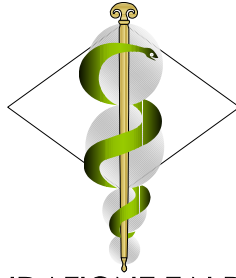
Innesti cutanei e lembi muscolo cutanei compromessi

L'utilità dell'ossigenoterapia iperbarica in questa patologia è direttamente proporzionale alla tempestività della sua applicazione. Nemiroff ha dimostrato come un intervallo di 48 ore sia sufficiente ad annullare l'effetto benefico dell'ossigeno iperbarico, mentre, al contrario, come l'applicazione tempestiva determini una enorme positivizzazione del risultato. L'ossigeno diffonde da un tessuto perfuso ad uno non perfuso, quale è abitualmente l'innesto nei primi giorni, mantenendo vitale un tessuto in attesa che il microcircolo raggiunga e nutra anatomicamente questo tessuto innestato. Da qui la necessità di un intervento quanto più precoce, vuoi in preparazione di un fondo per l'innesto, vuoi nell'immediato postoperatorio a sostenere l'innesto stesso.

Sordità improvvisa (vascolare e traumatica)

Questa indicazione ha il suo razionale proprio nella conoscenza della attività cocleare e della estrema esigenza di rifornimento in ossigeno di questa struttura.

È stato dimostrato come un rumore di elevata intensità e /o un'onda elevata di pressione (colpo di fucile) sia in grado di determinare una crisi ipossica a livello cocleare e come quest'ultima possa indurre, con un meccanismo di automantenimento, un danno di tipo ischemico funzionale. La coclea ha il più alto consumo di ossigeno di tutto l'organismo umano ed è in posizione privilegiata per un rapporto di diffusione diretta dell'ossigeno attraverso le finestre dell'orecchio medio. L'indicazione all'OTI è quindi mandatoria, a patto che possa essere iniziata con la maggiore celebrità possibile. Con il passare del tempo si modifica, infatti, in senso negativo la prognosi e l'ossigeno iperbarico non è in grado di dare risultati soddisfacenti.



FONDAZIONE E.N.P.A.M.

Fino alla completa realizzazione dei contratti di formazione – lavoro ENPAM - Contributo B sospeso per gli specializzandi

I medici specializzandi, come noto, in Italia non percepiscono a tutt'oggi il compenso previsto dalla normativa europea (e la questione non è stata considerata nel DPEF dal governo): Ciononostante è stato loro richiesto il pagamento della quota dell'ENPAM.

Le reazioni dell'organizzazione di questa categoria sono state immediate, con richiesta di sospensione del versamento al Presidente dell'ENPAM prof. Eolo Parodi, che ha rilasciato il seguente comunicato.

Oggetto: Corsi di specializzazione e contribuzione E.N.P.A.M.

In merito al problema dei professionisti in formazione specialistica, dopo i chiarimenti in sede politica e in conseguenza del documento in discussione alla Camera dei Deputati (ORDINE DEL GIORNO di giovedì 19 giugno 2003 – 326° Seduta Pubblica), confermo il mio pieno interessamento affinché la categoria abbia il giusto e adeguato riconoscimento dell'attività svolta.

In tale ambito mi adopererò perché la copertura previdenziale prevista dal D.Lgs. 368/1999, possa essere canalizzata verso la Fondazione E.N.P.A.M..

In ogni caso fino a quando non interverranno i provvedimenti idonei a dare attuazione al D.Lgs. 368/1999 e fino a quando gli specializzandi non avranno conseguito i contratti di formazione lavoro previsti dall'art. 37, con relativa disciplina anche nei risvolti previdenziali, **nessun contributo è dovuto dai professionisti in formazione specialistica sui compensi percepiti.**

*Il Presidente
Prof. Eolo Parodi*

Richiesta di chiarimento al Ministero della Salute

Annotazione per specialisti in odontostomatologia: obbligo, diritto o abrogazione?

Il presidente della FNOMCeO dott. Giuseppe Del Barone, in data 4 agosto 2003, ha inoltrato al Ministero della Salute una richiesta di chiarimento e interpretazione della normativa relativa alla annotazione all'albo Odontoiatri per i medici chirurghi titolari di specialità in campo odontostomatologico.

In particolare, l'oggetto della richiesta è l'Art. 13 della legge 14/2003, che ha abrogato l'art. 5 della legge 24 luglio 1985, n. 409, ove era prevista l'annotazione ai fini dell'esercizio della professione odontoiatrica per laureati in medicina e chirurgia in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico.

Pertanto, i medici specialisti in campo odontoiatrico, immatricolati al relativo corso negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85, possono mantenere la contemporanea iscrizione all'albo dei medici chirurghi e a quello degli odontoiatri come previsto dal recente decreto legislativo sull'attuazione della direttiva 2001/19 CE.

Tali disposizioni di legge hanno dato luogo a interpretazioni difformi sul contenuto del citato art.13, vale a dire se i medici specialisti in campo odontoiatrico, annotati ai sensi dell'art. 5 della legge 409/85, conservino detta annotazione ovvero se la soppressione, a seguito di abrogazione, dell'istituto della annotazione, faccia venire meno il diritto a suo tempo legittimamente acquisito. Stante la complessità delle tematiche e la non pacifica interpretazione e dati anche i rilevanti risvolti che la scelta di una delle due interpretazioni comporta per questi professionisti, la FNOMCeO ha chiesto chiarimenti al Ministero della Salute, per poter fornire linee guida agli Ordini dei Medici e Odontoiatri.

AIO ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTOIATRI SEZIONE PROVINCIALE DI TRENTO

Trento, 09 luglio 2003

In merito all'assemblea elettiva Aio, svoltasi il 15 maggio 2003, si comunica che il nuovo direttivo Aio 2003-2006 sarà composto da:

- Presidente Provinciale: Martini dott. Pierluigi
Studio: Via Negrelli 10, 38062 ARCO
- Segretario Sindacale: Fauri dott. Marcello
Studio: Corso 3 Novembre 8, 38100 Trento
- Segretario Culturale: Pedrotti dott. Paolo
Studio: Via Einaudi 4, 38100 Trento
- Vice Presidente: Ferrari dott. Angela
Studio: Corso Passo Buole 24/a, 38061 Ala
- Tesoriere: Bonora dott. Enrico
Studio: Via Marconi 11, 38062 Arco

MALATTIE REUMATICHE NELL'ETA' GERIATRICA

Sabato 11 Ottobre 2003
 Rovereto, corso Bettini 43,
 MUSEO DI ARTE MODERNA DI TRENTO E ROVERETO

Organizza:

Società Italiana di Reumatologia, Sezione Trentino Alto Adige

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Sezione Veneto Trentino Alto Adige

Con il patrocinio di:

Assessorato alla Sanità

Presidenza Consiglio Provinciale

APSS

Ordine dei Medici della Provincia di Trento

Presidenti del Congresso: dott. G. Noro, Dott. G. Paolazzi

I° sessione: Moderatori: Prof. Forte, dott. A. Bernardi

Ore 8.30-8.45 Apertura dei lavori, saluto ai partecipanti (*dott. Noro TN*)

Ore 8.45-9.15 Immunoendocrino senescenza e malattie reumatiche (*Prof. C. Franceschi BO*)

Ore 9.15-9.45 Patologia muscolo scheletrica nell'anziano e disabilità (*Dott.ssa E. Zoico, Prof. Bosello VR*)

Ore 9.45-10.15 Artrosi ed osteoporosi: sono patologie inversamente correlate? (*Dott. G. Bianchi, GE*)

Ore 10.15-10.35 *Coffee break*

Ore 10.35-11.05 Tumori ed osso: implicazioni patogenetiche e terapia (*Dott F. Bertoldo VR*)

Ore 11.05-11.30 Il punto sulla terapia antiinfiammatoria steroidea e non steroidea (*dott R. La Corte FE*).

Ore 11.30-12.30 Come e quando sospettare una sindrome paraneoplastica. Casi clinici e discussione. (*dott. G. Paolazzi, dott.ssa A. Locaputo*)

Ore 12.30-13.30 *Lunch*

II Sessione: Moderatori: prof. M.L. Bambara, dott. G. Paolazzi

Ore 13.30-13.40 introduzione

Ore 13.40-14.05 l'artrite reumatoide (*dott. R. Bortolotti TN*)

Ore 14.05-14.30 le spondiloartriti sieronegative (*Dott. F. Cantini, Prato*)

Ore 14.30-14.55 le connettiviti (*dott. A. Doria PD*)

Ore 14.55-15.20 polimialgia reumatica ed arterite gigantocellulare (*dott Salvarani RE*)

Ore 15.20-15.30 *discussione*

Ore 15.30-15.55 La politerapia nell'anziano: "affollamento terapeutico" (*Prof. Antonelli Incalzi RM*)

Ore 15.55 Forum con i relatori e discussione su "I nuovi farmaci: la terapia biologica nei reumatismi infiammatori dell'anziano. Quali prospettive?"

Ore 16.30 Chiusura dei lavori

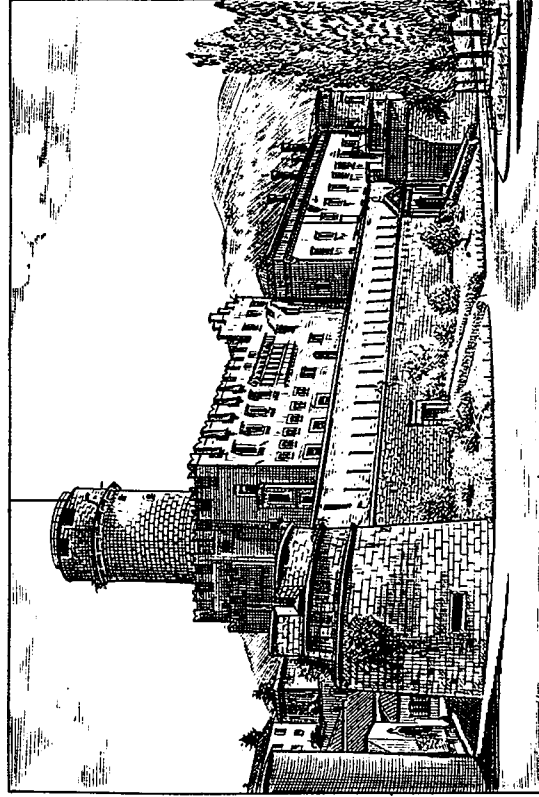
Iscrizione gratuita. Il corso è accreditato presso la Sezione ECM del Ministero della Salute in ordine alla definizione dei crediti formativi

Segreteria organizzativa: Gruppo Aristeia, GE tel 010-583224, FAX 010-581801

Segreteria scientifica: dott. Giuseppe Paolazzi (paolazzi@tn.apss.tn.it) dott. Roberto Bortolotti (bortolotti@tn.apss.tn.it)

Società degli Urologi del Nord Italia

52° Convegno



Trento, 16 – 18 ottobre 2003

Società degli Urologi del Nord Italia

52° Convegno

TRENTO, 16 – 18 Ottobre 2003

Presidente

L. Luciani

Vice Presidente

G. L. Failoni

Comitato Scientifico

E. Menichelli

S. Bosetti

P. Campanini

U. Graffer

F. Coccarelli

P. Dalla Palma

G. Fellin

O. Caffo

E. Leonardi

N. Bergamo

Segreteria Scientifica

A. Reich A. Scardigli

Divisione di Urologia

Ospedale S. Chiara

38100 Trento

Tel.: 0461-903306 – Fax: 0461-903101

e-mail: luciani@tn.aziendasanitaria.trentino.it

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Giovedì, 16 ottobre 2003

ore 18.00

**Inaugurazione del Convegno
Saluto delle Autorità**

Letture

“La ricerca scientifica in Italia”

F. PAGANO (PADOVA): **Un centro di ricerca translazionale: l'Istituto Veneto di
Medicina Molecolare**

G. BERNARDI (TRENTO): **La Fondazione Pezcoller a Trento**

R. BAFFA (PHILADELPHIA): **Aspetti genetici del carcinoma della vescica**

Venerdì, 17 ottobre 2003

ore 8.30

Tavola rotonda

“La diagnosi precoce ed il trattamento conservativo dei tumori del rene”

MODERATORI:

C. GIBERTI (SAVONA), P. PUPPO (GENOVA)

PARTECIPANTI:

W. BOZZO (PIETRALIGURE): **Epidemiologia ed inquadramento diagnostico**

S. SIRACUSANO (TRIESTE): **La diagnosi dei tumori del rene**

C. GIBERTI (SAVONA), G. MARTORANA (BOLOGNA), S. SIRACUSANO (TRIESTE),

F. GABOARDI (MILANO): **La terapia chirurgica conservativa. Studio
multicentrico**

L. REPETTO (TORINO): **La laparoscopia nei tumori del rene:**

- nefrectomia parziale

- ablazione termica con radiofrequenza

E. AUSTONI (MILANO): **L'utilizzo del bisturi a ultrasuoni nella chirurgia
“nephron-sparing”**

G. GUAZZONI (MILANO): **Crioterapia**

M. MAFFEZZINI (GENOVA): **Follow-up**

ore 10.30

Coffee break

Venerdì, 17 ottobre 2003

ore 10.45

Tavola rotonda

**“Carcinoma prostatico organo-confinato: percorsi alternativi alla
chirurgia radicale”**

MODERATORI:

A. TIZZANI (TORINO), G. L. SANNAZZARI (TORINO)

PARTECIPANTI:

D. FONTANA (TORINO): **Wait and see**

U. FERRANDO (TORINO): **High Intensity Focused Ultrasound**

M. LAUDI (TORINO), G. FONTANA (SAVIGLIANO): **Crioterapia**

G. L. SANNAZZARI (TORINO), U. RICARDI (TORINO): **Radioterapia
conformazionale**

G. CASETTA (TORINO): **Radioterapia interstiziale**

F. BERGAMASCHI (MELEGNANO): **Ablazione termica con radiofrequenza**

R. MARTEN PEROLINO (TORINO): **...E che ruolo ha la terapia ormonale?**

ore 13.00

Colazione di lavoro

ore 14.30

Sessione Video

Sessioni di Comunicazioni e Poster

ore 16.30

Coffee break

ore 16.45

Sessione Video

Sessioni di Comunicazioni e Poster

ore 18.30

Assemblea amministrativa

ore 20.30

Cena sociale

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Sabato, 18 ottobre 2003

ore 9.00

Sessione Video

Sessioni di Comunicazioni e Poster

ore 10.30

Coffee break

ore 10.45

Tavola rotonda

“Uro-laparoscopia: quali limiti oggi, quali prospettive domani”

MODERATORI:

U. FERRANDO (TORINO), F. GABOARDI (MILANO)

PARTECIPANTI:

F. GABOARDI (MILANO): **La laparoscopia nel carcinoma della prostata e della vescica**

G. FASOLIS (ALBA): **Il ruolo della linfadenectomia laparoscopica nel carcinoma della prostata**

F. PORPIGLIA (ORBASSANO): **La laparoscopia nelle patologie surrenaliche**

L. REPETTO (TORINO): **La laparoscopia nelle patologie renali benigne**

G. PASQUALE (TORINO): **Il prelievo laparoscopico di rene da vivente**

C. GIBERTI (SAVONA): **La laparoscopia nella patologia del pavimento pelvico femminile**

L. REPETTO (TORINO): **L'uro-robotica laparoscopica**

ore 13.00

Chiusura del Convegno

INFORMAZIONI PRATICHE

Sede del Convegno

Il Convegno si svolgerà presso il Grand Hotel Trento – Via Alfieri, 1/3 – 38100 Trento

Telefono 0461 - 271000

Fax 0461 - 271001

Segreteria

La Segreteria sarà operativa presso la sede congressuale secondo il seguente orario:

Giovedì 16 ottobre dalle ore 8.30 alle ore 17.00

Venerdì 17 ottobre dalle ore 7.30 alle ore 19.30

Sabato 18 ottobre dalle ore 8.00 alle ore 13.30

Cerimonia inaugurale

La Cerimonia inaugurale avrà luogo presso il Grand Hotel Trento, giovedì 16 ottobre 2003, alle ore 18.00

Assemblea Amministrativa

L'Assemblea Amministrativa si terrà giovedì 16 ottobre, alle ore 18.30.

Partecipazione al Convegno

La partecipazione al Convegno ed al Corso Precongressuale non prevede quota di iscrizione.

E' d'obbligo comunque, per ragioni organizzative inviare, anche a mezzo posta elettronica, la scheda di iscrizione allegata, all'indirizzo

suni2003@omniameeting.com

L'iscrizione comprende:

- Partecipazione al Corso Precongressuale
- Partecipazione alla Cerimonia inaugurale
- Cocktail di benvenuto (16 ottobre)
- Kit congressuale
- Partecipazione ai lavori congressuali
- Coffee break (17/18 ottobre)
- Colazione di lavoro (17 ottobre)
- Cena sociale (17 ottobre)
- Attestato di partecipazione

Società degli Urologi del Nord Italia

52° Convegno

Trento, 16 – 18 ottobre 2003

SCHEDA DI ISCRIZIONE*

Cognome.....

Nome

Ente di appartenenza

Indirizzo

Cap. Città Prov.

Tel.

Fax

Cell.

E-mail:

Parteciperà al Convegno (16-17-18 ottobre 2003), accompagnato

da

Parteciperà al Corso Precongressuale (16 ottobre 2003) su “La

brachiterapia nel trattamento del carcinoma della prostata localizzato”

Data..... Firma

Da rispedire via fax a: OMNIA Meeting & Congressi srl - Fax 06.4815339

Scadenza 19 settembre 2003

La scheda va compilata in ogni sua parte. I dati in essa riportati sono tutelati dalla legge 675/96 e saranno utilizzati esclusivamente ai fini della valutazione dell'apprendimento del singolo partecipante.

* L'iscrizione al Convegno e al Corso Precongressuale è gratuita

LA SINDROME DEL TUNNEL CARPALE

Attualità diagnostiche e terapeutiche

Trento 31 ottobre 2003

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri - Sala Adami
Via Zambra 16

PROGRAMMA

14,30 Apertura dei lavori e saluto delle Autorità

15 - 17 Quadro clinico-strumentale

15.00 Inquadramento clinico ed epidemiologico

15.15 Attualità in campo medico: l'esperienza del Gruppo Italiano di Studio sulla Sindrome del Tunnel Carpale

16.00 Diagnosi e stadiazione neurofisiologica

16.20 Il contributo della diagnostica radiologica

16.40 Appropriatezza della richiesta: esperienza del Laboratorio EMG di Trento

17 - 18 L'approccio chirurgico

17.00 Timing diagnostico e timing chirurgico: quando operare?

17.15 Metodica "a cielo aperto"

17.30 La Chirurgia miniinvasiva

17.45 Discussione

18 - 19 Tavola Rotonda: aspetti organizzativi nell'attività di Neurofisiopatologia

- Il punto di vista del Neurofisiologo Clinico
- Il punto di vista del Tecnico di Neurofisiopatologia
- Il punto di vista dell'organizzazione aziendale

Agopuntura cinese e no

Ordine dei Medici di Trento – sala Adami

01 ottobre 2003 – ore 20.30

Relatore: dott. Gianni Sembianti

Precisazione importante.

Il Collega Dott. Sembianti ha chiesto di disporre della sede dell'Ordine per questa iniziativa culturale, e il Consiglio ha messo a sua disposizione la sala Adami.

L'Ordine dei Medici non ha quindi alcun ruolo, né organizzativo, né promozionale, per l'iniziativa in oggetto, i cui contenuti sono di completa responsabilità del dott. Gianni Sembianti.

- Breve cenno storico
- Le scuole
- La selezione delle esperienze
- La varietà dei tentativi nella teoria e nella pratica
- I settori di applicazione
- Le modalità di scelta
- Tecniche e aree di applicazione
- I punti di buona efficacia
- I sistemi di efficacia percentualmente elevata
- I cicli di terapia nei vari settori di attività
- Variabili tecniche: l'auricoloterapia
- Visione d'insieme

Il mio interesse per l'Agopuntura è nato dalla lettura di un libriccino, uscito come parte dell'Opera Medica della Wassermann nel lontano 1957, n° 114° della serie. L'opera presentava limitata bibliografia ed era priva di qualsiasi nota critica. Queste carenze spiegano come una pratica medica può essere a priori rifiutata quando essa viene illustrata sulla base di antiche concezioni di filosofia prive di ogni riferimento logico e scientifico, ma interpretata quasi come un rito in onore di supposte energie ancora oggi indimostrabili.

Ma partendo dal punto di vista che qualcosa di vero doveva pur esserci, ho messo da parte il libriccino ed ho cercato altrove. Per esempio dal dott. Quagliasenta di Torino, vecchio amatore della pratica agopunturale, dal suo collega prof Rocchia, già molto meno legato alle concezioni cinesi, all'Accademia di Agopuntura di Vienna, gestita da dott. Bischof in un pubblico ospedale, all'Accademia di Lione del dott. Nogier e Bourdiol, a quella di Monaco di Baviera del dott. Bahr. Ed in altri luoghi ancora, gestiti dai grandi trattatisti Soulié de Morant e Niboyet o da loro allievi. L'esperienza più negativa la ebbi in un non breve soggiorno nella Cina di Mao, dove era impedito ai medici il ricorso al pensiero tradizionale; d'altronde i colleghi cinesi non avevano conoscenze di medicina occidentale sufficienti per spiegarsi questa terapia in altro modo.

Del resto anche in occidente prevaleva il rifiuto. Dopo qualche tentativo di ricerca l'agopuntura era stata riposta fra quella congerie di rimedi speso fantasiosi, chiamati collettivamente "medicina alternativa".

Io cominciai una ricerca empirica ben più di trent'anni fa, basandomi sui punti più frequentemente indicati da altri sperimentatori, arrivando a selezionare un numero di punti con un certo effetto in vari settori di disturbi, dal dolore allo spasmo alla contrattura e così via. Intanto erano state scoperte le endorfine ed altre sostanze ipotizzabili come agenti attivi con la stimolazione di aghi di vario genere. Ho poi studiato neurobiologia umana ed animale. Ho eliminato dal repertorio i sistemi di punti appartenenti a schemi troppo formalizzati. Ho chiuso fin dall'inizio col problema dei "polsi cinesi". Con la pazienza riuscii ad avere, su forme morbide selezionate, risultati sempre più convincenti. Ne scrissi un trattato "Riflessoterapia ed agopuntura" per l'Editore Piccin di Padova

Ho insegnato agopuntura e riflessoterapia alle Università di Torino (Rocchia) e Padova (Giron) per alcuni anni in appositi seminari.

Avrò piacere di parlarne con i colleghi. Penso che non sarà tempo sprecato.

Dott. Gianni Sembianti

Roverè della Luna

RICORDIAMO

Dott. Giorgio ARIOLDI
di anni 63
deceduto il 13 GIUGNO 2003

Dott. Francesco BRESADOLA
di anni 67
deceduto il 19 GIUGNO 2003