

in questo numero

Laureandi a scuola dai medici di famiglia

Sanità, Convegno nazionale il 28 maggio



Mancata pubblicazione zone carenti

Procreazione assistita



Pari opportunità come risorsa

Medici, in ospedale fino a 70 anni

Programma formativo 2005

Convention cardiocirurgia



3

Marzo
2005

Pubblicazione mensile registrata
al Tribunale di Messina al n° 13/1971

EDITORE

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Messina
Via Bergamo is. 47/A - Messina
tel. 090.691089 - Fax 090.694555
e-mail: info@omceo.me.it
sito: www.omceo.me.it

CONSIGLIO DELL'ORDINE

Nunzio Romeo *Presidente*
Carmelo Salpietro Damiano V. *Presidente*
Salvatore Rotondo *Segretario*
Paolo Catanoso *Tesoriere*

Consiglieri:

Giacomo Caudo, Santo Fazio, Giuseppe Lo Giudice,
Sebastiano Marino, Lorenzo Mondello, Mario Pollicita,
Antonio Puglisi Guerra, Giuseppe Renzo,
Rosalba Ristagno, Vincenzo Savica, Antonino Trifirò,
Francesco Trimarchi, Filippo Zagami

Revisori:

Presidente: Eligio Giardina
Componenti:
Giovanni Caminiti, Carmelo Staropoli,
Stefano Leonardi (*suppl.*)

Commissione Odontoiatri:

Giuseppe Renzo, *presidente*
Giuseppe Lo Giudice, Alfredo Catarsini,
Giuseppe Della Torre, Gaetano Iannello

DIRETTORE EDITORIALE

Nunzio Romeo

DIRETTORE RESPONSABILE

Lorenzo Mondello

REDATTORE CAPO

Mario Primo Cavaleri

VICE DIRETTORI

Antonio Puglisi Guerra, Valentino Sturiale

COMITATO DI REDAZIONE

Maria Sofia Cambria, Stefano Leonardi,
Giovanni Pulitanò, Filippo Zagami

SEGRETARIA COMITATO DI REDAZIONE

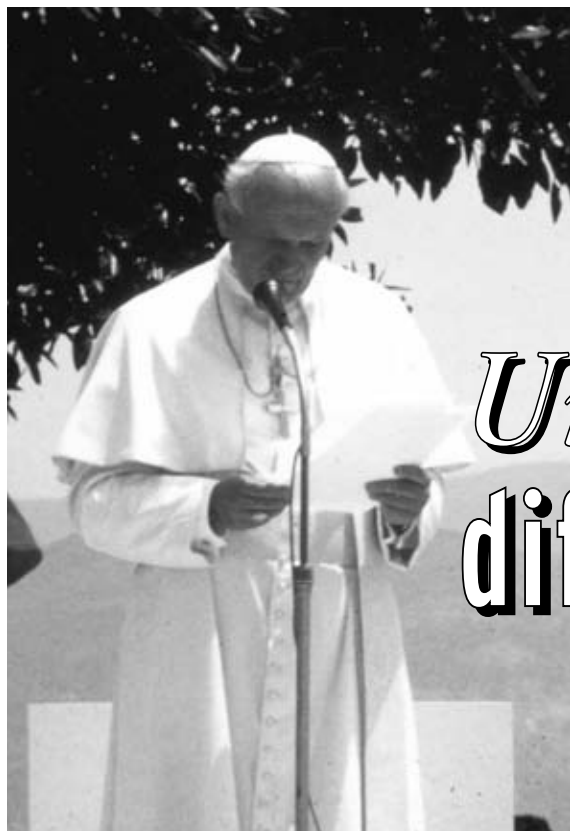
Giusy Giordano

SEGRETERIA di REDAZIONE



Europa Due
media & congress

Via Boner, 56 - Messina
Tel 090.5726604 (pbx)
090.5729841 (fax)
e-mail: europadue@europadue.191.it



Un grande difensore della vita

Un difensore della vita, straordinariamente tenero con i bambini quanto energico e intransigente contro ogni forma di interferenza e di manipolazione a salvaguardia della vita sin dal primissimo istante del concepimento. Impietoso nella condanna dei mali del secolo come nazismo e comunismo; dolce e sorridente nell'invocare il nome di Maria, sposa e madre, volto cui affidare la protezione del dono dell'esistenza.

Karol Woityła è stato questo e molto di più nella sua missione apostolica che lo ha consegnato alla storia della Chiesa e del mondo per la portata epocale di alcune sue scelte che hanno ridisegnato la geografia non soltanto politica specie nel nostro Continente. Ché a Lui si deve l'azione più incisiva nell'assestare lo sfaldamento di quello che appariva un sistema granitico e inespugnabile come il potere di Oltre cortina, scaturito da un Dopoguerra che con le aree di influenza e la spartizione della Germania aveva



di Nunzio **ROMEO**

finito per dividere ideologicamente il mondo e, con il muro di Berlino separare fisicamente migliaia e migliaia di famiglie.

Lui che sulla propria pelle aveva sofferto, in uno con il vessato popolo di Polonia, il dramma di quella opprimente stagione di libertà negate, di diritti violati, di annientamento della persona, ha saputo dare a quell'anelito di riscatto la vigorosa spinta morale dell'uomo di Chiesa pronto al martirio pur di non rinunciare all'obiettivo della sua crociata. Sacerdote temprato alle sofferenze,

ricco di spiritualità seppur privo di "divisioni armate" ha marciato laddove nessuno prima aveva osato.

Il dopo è storia più o meno recente ormai a tutti nota e che dà la misura dell'ecumenismo di questo Pontefice, riconosciuto come novello Salvatore da uno smisurato popolo di fedeli sparsi per il globo. Forte anche della sua capacità di comunicare col cuore oltre che nel segno di Cristo, messaggi sempre in difesa della libertà, del riscatto sociale, dell'affrancamento dai regime del terrore.

E tutto questo è vita.

Ripudio dei regimi del terrore e al contempo spallate al capitalismo, quando quest'ultimo diventa altrettanto pericoloso se al centro della sua ragione di esistere pone il mercato anziché l'uomo, la cui individualità deve trovare motivi di esaltazione nel nuovo ordine economico, anziché nuovi, sia pur diversi, motivi di massificazione e di sfruttamento.

A questo difensore della vita, intesa come sacro diritto all'esistenza sin dal concepimento ma

anche come dignitosa condizione dell'uomo, sento di dire grazie.

Grazie a nome di tutti i medici che si spendono per mestiere e per vocazione in difesa della vita, pronti a correre da chi è malato per curarlo, pronti a non risparmiarsi per essere d'aiuto a chi soffre.

Gratitudine che ho voluto esternare con un telegramma all'arcivescovo di Messina mons. Giovanni Marra a nome dell'Ordine tutto, anche

L'11 giugno '88 la visita del Papa a Messina. In queste immagini l'arrivo a Marisicilia accolto dall'ammiraglio Arena; sotto, la cerimonia al lungomare (da sinistra il presidente della Regione Rino Nicolosi, il sindaco Mario Bonsignore, il ministro Mattarella, l'arcivescovo Ignazio Cannavò e il cardinale Salvatore Pappalardo



Foto di Michelangelo Vizzini



nel ricordo della visita del Pontefice a Messina nell'88, di cui ripropiniamo in queste pagine alcune immagini e per l'attenzione riservata alla nostra Città con l'elevazione agli altari della Beata Eustochia prima e di padre Annibale poi.

Dalla lezione del magistero di Giovanni Paolo Secondo scaturisce un incoraggiamento a fare di più e meglio. Speriamo di saperlo raccogliere,

La cartolina commemorativa realizzata in occasione della cerimonia in onore della Beata Eustochia



In fase di definizione il programma del secondo Convegno nazionale



L'utente-paziente nella Sanità italiana

L'Ordine dei medici di Messina sta definendo il programma del secondo convegno nazionale sui temi della Sanità, dopo il lusinghiero esito dell'appuntamento 2004 che con la "Carta di Messina" ha messo a fuoco le questioni inerenti la centralità del paziente oncologico investendo del problema il Comitato nazionale di bioetica, attraverso il sottosegretario Antonio Guidi.

Questa volta si vorrebbe puntare agli aspetti organizzativi per contribuire a migliorare il rapporto paziente - struttura, sia essa ospedale o casa di cura privata, dal momento che molto c'è da innovare sui per-

corsi operativi nell'ottica di una auspicabile "customer satisfaction". A presiedere i lavori, ancora il sottosegretario al Ministero della Salute on, Guidi; moderatore, il presidente dell'Ordine nazionale dei

giornalisti Lorenzo Del Boca.

Appendice della manifestazione la consegna delle "Borse di studio Silvana Romeo Cavaleri che quest'anno interesseranno gli studenti dei due licei classici cittadini, Maurolico e La Farina.

Titolo del Convegno che si svolgerà il 28 maggio: "L'Utente-Paziente nella sanità italiana, ovvero: non tutto quello che può essere contato conta e non tutto quello che conta può essere contato".

La manifestazione avrà il patrocinio delle più alte cariche dello Stato.

Qui di seguito il programma preliminare.

Data 28 maggio 2005.

Sede Teatro Vittorio Emanuele.

09.30 - 09.40	Inaugurazione del Convegno e presentazione dei Relatori	(N. Romeo)
09.40 - 10.00	Introduzione del sottosegretario al Ministero della salute	(A. Guidi)
10.00 - 10.20	Il Paziente-Utente nella <u>realtà</u> universitaria - rettore università	(F. Tomasello)
10.20 - 10.40	L'umanizzazione dell'operatore sanitario: la giusta risposta nella relazione d'aiuto	(E. Parodi)
10.40 - 11.00	Il ruolo del Paziente-Utente: da numero a soggetto bio-psico-sociale	(A. Zucconi)
11.00 - 11.20	Identità etica della professione medica oggi - docente di bioetica	(f Trimarchi)
12.30 - 12.40	Conclusioni del Convegno	(on. GUIDI)
12.40 - 13.30	Premiazione Borse di Studio Silvana Romeo Cavaleri.	

15.00 - 18.30

**Tavola rotonda: moderatore pres. nazionale Ordine Giornalisti
dott. Lorenzo Del Boca**

La presa in carico del Paziente-Utente: proposta di gestione osmotica tra ospedali e territorio

Focus con la partecipazione di: dott. Finzi di Bologna; dei direttori generali di Asl 5, Policlinico Universitario, Ospedali Papardo e Piemonte.

Gli studenti di Medicina a scuola dai Medici di Famiglia

di Sebastiano **MARINO**

Anche presso la nostra Facoltà di medicina si è avviato il tirocinio professionalizzante in medicina generale per gli studenti del quinto anno.

L'ultima riforma del corso di laurea in medicina e chirurgia, DM 28/11/2000 GU 23/01/01, prevede che i laureati debbano svolgere delle attività professionalizzanti, per maturare 60 crediti formativi su 360 totali necessari per arrivare alla laurea.

Le attività formative professionalizzanti sono delle attività didattiche tutoriali che permettono allo studente di eseguire attività pratiche proprie della professione, con ampi gradi d'autonomia, in una situazione reale, ma protetta dalla presenza del tutore, in full immersion, vale a dire svolgendo tutte le attività connesse alla professione. Le Attività Formative professionalizzanti devono **facilitare l'acquisizione di competenze professionali**: quella che gli anglosassoni chiamano "Clerkship". Essa consiste nel facilitare lo sviluppo della capacità di comprensione, lo sviluppo e l'utilizzo d'abilità volte al riconoscimento e alla gestione dei problemi, la capacità d'apprendimento autonome e la comprensione dell'efficacia e dell'efficienza dell'atto medico.

Tra queste attività professionalizzanti il dispositivo prevede che lo studente debba acquisire un'adeguata *conoscenza della medicina di famiglia e del territorio anche mediante esperienze pratiche di formazione sul campo*.

La frequenza dello studio del Medico di famiglia rappresenta il logico completamento di un percorso nato un anno addietro con il nuovo esame d'abilitazione professionale, che prevede, per il laureato, tra l'altro, un tirocinio di un mese presso il Medico di famiglia, che alla fine darà una valutazione. Quest'ultima, in atto, avviene senza che il laureato, durante il periodo di formazione, abbia mai seguito un percorso formativo specifico.

Tale criticità è superata con l'avvio

dell'attività professionalizzante o tirocinio per-laurea. Quest'ultimo, così come l'avvio del nuovo esame di stato, è stato reso possibile grazie alla convenzione firmato lo scorso anno tra l'Ordine dei Medici della Provincia di Messina e l'Università di Messina.

Obiettivi

L'obiettivo didattico del tirocinio è quello di fare conoscere allo studente aspetti teorici e pratici della Medicina Generale affrontati in una realtà medica molto diversa da quell'ospedaliera, ponendo particolare attenzione all'integrazione tra le diverse strutture della Medicina del territorio.

In particolare lo studente dovrà acquisire i seguenti aspetti.

L'approccio al paziente orientato non solo all'individuo ma anche al contesto familiare e sociale.

I fondamenti del metodo decisionale in MdF che affronta i problemi di salute percepiti dal paziente in condizioni d'incertezza diagnostica e attraverso gradi successivi di negoziazione con il paziente;

La formulazione d'ipotesi diagnostiche basate sulla probabilità a priori dei sintomi (in Medicina di Famiglia) e sulla ricerca dei segni, integrata dalla conoscenza del paziente prolungata nel tempo; I criteri di scelta delle decisioni terapeutiche, basati non solo sulle prove d'efficacia ed appropriatezza ma anche su criteri d'economia. I principi, l'organizzazione, le modalità delle attività di prevenzione e d'educazione sanitaria. La medicina d'opportunità e d'iniziativa da affiancare alla medicina d'attesa (Percorsi Orientati alla Salute).

Le basi della normativa, della deontologia e dell'attività certificativa (medicina legale) in MdF L'attività professionale e manageriale del Medico di Famiglia, con particolare riguardo alle attività domiciliari (urgenzematattie acute, ADI, ADP, ADR), intese anche come fonte inestimabile d'informazioni sulla vita del paziente.

Il sistema informativo per la raccolta e la trasmissione dei dati.

Le modalità di gestione di proget-

ti, di valutazione delle fonti d'informazione e di ricerca in Medicina di Famiglia. L'Organizzazione ed il funzionamento del Ssn.

Organizzazione e Metodologia

Ogni studente del V anno è affidato ad un Medico di Medicina Generale Tutore, assegnato dal Corso di laurea, sulla base di un elenco fornito dalla Commissione Università di Messina - Ordine dei Medici di Messina.

Il corso in Medicina Generale ha la durata di **due settimane** con 12 ore d'attività organizzata per settimana, per un **totale di 24 ore corrispondenti a 3 crediti**.

Il percorso di formazione è articolato prevede l'attività **ambulatoriale e domiciliare e un seminario tenuto all'inizio del periodo formativo** di due settimane che avrà quale oggetto la presentazione dell'attività professionalizzante in MG, l'Organizzazione del Servizio Sanitario, La Medicina del Territorio e normativa.

Valutazione

Alla fine del tirocinio si eseguirà una valutazione delle attività svolte dallo studente da parte del docente tutore. In particolare dovrà esprimere un giudizio sui seguenti parametri:

- Capacità d'essere puntuale

Capacità di rapportarsi all'ambiente professionale

- Dimostrazione d'impegno
- Dimostrazione d'interesse

Al termine del tirocinio ogni studente compilerà in forma anonima una **scheda di valutazione e gradimento dell'attività tutoriale** comprensiva di una sezione dedicata ai suggerimenti ed alle proposte di miglioramento, che consegnerà alla segreteria universitaria. La formazione pre laurea rappresenta per il Medico di famiglia, nella sua veste di tutor, il completamento di un percorso formativo coerente dal Corso di Laurea alla formazione specifica, passando attraverso l'abilitazione professionale.

E' stata proprio quest'ultima esperienza a fare conoscere meglio al mondo universitario la Medicina Generale.



Dalla conoscenza si è quindi passato ad un vero riconoscimento della Specificità, con l'avvio del tirocinio pre laurea.

Ovviamente non è assolutamente tutto così semplice. L'impegno è forte, dal momento che tra la formazione pre laurea, per oltre 200 studenti, l'abilitazione professionale, per circa 220 laureati l'anno, e la formazione specifica, per oltre 30 medici, occorrono tantissimi tutori. La Medicina di famiglia di Messina, si è però subito attrezzata per fronteggiare questi gravosissimi impegni (la pre laurea e l'abilitazione a titolo completamente gratuito) aumentando il numero dei propri tutori attraverso un corso specifico della Scuola Nazionale di Formazione della FIMMG, arrivando ad avere 90 tutori su circa 500 convenzionati nella provincia.

E' sicuramente il rapporto più alto in tutta Italia. Il livello della Medicina di famiglia di Messina, riconosciuta su tutto il territorio nazionale, ha trovato certamente terreno fertile in Istituzioni sensibili e vogliose di fare crescere tutta la sanità come l'Ordine dei Medici e la stessa Università. In particolare un plauso va al Preside di Facoltà che ha avviato il processo, attuale Magnifico Rettore, Prof. Francesco Tomasello, all'attuale Preside Prof. Emanuele Scivano, al Prof. Alfredo Carducci, Presidente del Corso di laurea, ai Proff. Ferraù e Saitta ed a quei Mdf, che da anni lavorano per la crescita della categoria e della professione sotto l'egida del Presidente dell'Ordine dei Medici Nunzio Romeo.

Piena solidarietà dell'Ordine ai medici aventi diritto

Mancata pubblicazione delle zone carenti *di continuità assistenziale*

L'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina è intervenuto in merito alla mancata pubblicazione nella GURS delle zone carenti di Continuità Assistenziale che, oltre a concretizzare una evidente inadempienza contrattuale, ha di fatto impedito ad un certo numero di medici, che già da tempo avrebbero dovuto essere titolari di incarico, di conseguire una loro legittima aspettativa professionale e di carriera, con conseguente grave danno agli stessi, sia in termini di decoro e di dignità professionale, che in termini economici.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine esprime piena solidarietà ai colleghi che, pur non avvezzi per cultura e formazione alle azioni legali ed al ricorso alla magistratura, hanno chiesto all'Assessorato Regionale alla Sanità, mediante formale atto di diffida, di avviare urgentemente le procedure per la pubblicazione delle zone carenti di Continuità Assistenziale e di attribuire i relativi incarichi, poiché le stesse si sarebbero dovute pubblicare entro il mese di ottobre 2004. Con lo stesso atto di diffida, è stato chiesto, altresì, di avviare anche la pubblicazione degli incarichi delle zone carenti di Continuità Assistenziale individuati al 1° marzo ed al 1° settembre degli anni 2002-2003-2004.

Il Consiglio Direttivo, nella seduta del 21 marzo u.s., ha concordato unanimemente sul fatto che la denunciata omissione frustra la legittima aspettativa e l'affidamento degli aventi diritto, oltre a concretizzare una evidente inadempienza contrattuale.

Dopo che una delegazione di medici era stata ricevuta presso la sede ordinistica dal Presidente Dott. Nunzio Romeo, lo stesso è intervenuto sulle questioni sollevate dal ricorso dei medici, affermando che l'Assessorato Regionale alla Sanità non può rinviare ancora una volta la pubblicazione delle zone carenti, in quanto le stesse scaturiscono da una

specifica norma legislativa, che è l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - D.P.R. n. 270/2000 - il quale all'art. 49, comma 1, prevede che le Regioni, entro la fine dei mesi di Aprile e di Ottobre di ogni anno, sono tenute a pubblicare, in concomitanza con la pubblicazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria, gli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale, individuati a seguito di formale determinazione delle Aziende, rispettivamente alla data del 1 marzo e del 1 settembre dell'anno in corso, nell'ambito delle singole Aziende. La precisazione dei tempi e dei modi di attuazione delle procedure, costituiscono un segno chiaro ed inequivocabile della volontà del legislatore di escludere il verificarsi di possibili lungaggini, eventuali conflitti ed equivoci; né il divieto di attribuzione di nuovi incarichi previsto dall'art.3 del Decreto 12.08.2002 (modificato dal decreto 30.09.2002) può essere un alibi per l'amministrazione regionale, in quanto la citata normativa è da ritenersi strettamente temporale e relativa al solo anno 2002. La situazione professionale ed economica di questi Colleghi, prosegue Romeo, è per loro insostenibile, per noi inaccettabile: non hanno status giuridico né professionale visto che sono considerati "sostituiti", non hanno garanzie certe né un riconoscimento economico stabile e duraturo, adeguato alla qualità e quantità di lavoro che svolgono garantendo significative quote di prestazioni sanitarie all'interno del territorio della nostra provincia, incidendo di conseguenza sulla qualità dell'assistenza erogata alla popolazione.

L'Ordine ha già assunto iniziative di sostegno alle legittime rivendicazioni di questi Colleghi e pertanto dichiara di essere al loro fianco, perché le questioni che pongono riguardano il profilo della dignità e del decoro dell'esercizio professionale.

Il dibattito sulla Legge n. 40/2004 (Procreazione medicalmente assistita), fatta oggetto di richiesta di referendum abrogativo da ampi strati della pubblica opinione, s'è arricchita di prese di posizione ufficiali di categorie professionali e scientifiche.

Com'è noto, la Corte

dei partiti di sinistra, che tendono alla completa rielaborazione d'una legge sull'intera materia); alla abrogazione parziale, in particolare dei quattro punti indicati dalla Corte costituzionale come modificabili (è la proposta che trova appoggi nei partiti di governo ed in parte della pubblica opinione).

unico preposto alla realizzazione dell'opera, non è stata tenuta nel debito conto da chi di dovere.

Da qui pronunciamiento ufficiale del presidente della Federazione degli ordini dei medici, la massima autorità normativa della categoria, che così amaramente conclude:

“Nessun commento alla decisione della consulta sul referendum riguardo alla procreazione medicalmente assistita. Resta, in particolare, il disaccordo sulle parti della legge che intervengono sulle possibilità del medico di scegliere il

meglio per i propri pazienti”.

L'espressione, quasi sdegnata, del prof. Del Barone, si riferisce a quelle parti della legge che possono e devono essere riviste e non alla opportunità che una legge vi sia e sia osservata con il dovuto rigore. Chiede, in particolare, che sia rielaborata in senso più premiante per l'opera e la responsabilità del medico, impegnato in dettagli tecnici che hanno ancora molto di “sperimentale”.

Da tempo la classe medica ha sollevato riserve su alcune parti discutibili della legge 40/2004, a partire dalla palese inutilità di insistere in tentativi di fecondazione omologa dopo accertata infertilità maschile. A seguire, sul divieto di indagini genetiche pre-impianto di zigoti, in coppie in cui siano state accertate malattie genetiche trasmissibili, al fine di

evitarne la ricomparsa nella prole; ancora sull'obbligo assoluto d'impianto in utero di tutti gli zigoti ottenuti, anche nel caso d'un ripensamento ed un rifiuto da parte della donna, configurandosi in questo caso quasi un trattamento sanitario obbligatorio (Tso), che apposite leggi prevedono, ma solo in casi di malattie infettive ad alta diffusività.

Sono tutti aspetti squisitamente tecnici, che devono essere approfonditi e gestiti, in sede operativa, dall'équipe medica.

Di recente, il prof. Umberto Veronesi ha definito la legge 40 come “arretrata, anti-scientifica e illiberale”. Egli ha presentato alla stampa una raccolta di parere di insigni giuristi, che costituisce indubbiamente una lettura di utile approfondimento.

Ma c'è di più. Come è noto, la legge in parola prevede forti sanzioni pecuniarie per i sanitari che effettuassero prestazioni che la legge condanna, nonché sospensioni dall'attività sanitaria e chiusura, temporanea o definitiva, dei centri che avessero proceduto a questi interventi.

Ovviamente, le ripercussioni pratiche sono state immediate e sostanzialmente prevedibili, col ricorso a centri esteri ove queste cure si effettuano come normale routine.

Questi flussi migratori, secondo recentissime informazioni di stampa, hanno raggiunto cifre considerevoli, aggirandosi sui 5.000 casi. Si indirizza prevalentemente verso la Spagna (Madrid, Barcelona, Valencia,

In tema di *Procreazione medicalmente assistita*

*La ricerca scientifica sia concretamente
utile ai bisogni dell'uomo*

costituzionale l'approvò nel suo impianto di massima, facendo eccezione su quattro punti, che riguardano rispettivamente: i limiti della ricerca clinica e sperimentale sugli embrioni e sul loro utilizzo; obbligo del trasferimento in utero di tutti gli ovuli fecondati, ma non più di tre; non omologazione di eventuali diritti del concepito a quelli del già nato; divieto assoluto di fecondazione eterologa, cioè con seme estraneo alla coppia legittima o assimilata. L'esito del referendum, di prossima indizione, dovrà portare: al rigetto della richiesta per mancato raggiungimento del quorum necessario alla validità del referendum (è il parere, ormai ufficiale, della Chiesa cattolica che teme una riforma in peggio dell'attuale testo); al consenso abrogativo dell'intera legge (è la volontà



di Antonio **FERRARA**

I sondaggi – molto richiesti in questi tempi – hanno dato fin'oggi risultati incerti, non sufficienti a consentire previsioni. Unico dato percentuale che più si avvicina al 50% dei consultati, sarebbe quello dell'accettazione della fecondazione eterologa, soprattutto per i casi di accertata infertilità maschile. Dobbiamo constatare, purtroppo, che l'opinione del medico, che entra dapprima come consigliere di famiglia, per diventare poi il soggetto

Siviglia) ma meta dei più abbienti sono l'Inghilterra, il Belgio, gli Usa. S'affacciano anche nuovi orientamenti: la Grecia, la Turchia, Malta, Croazia, Ucraina, Grecia, Albania. Nettamente ridotti i trattamenti in Italia. Dai 2.400 casi del 2003 si è passati a 1.700 del 2004. Al calo delle gravidanze (del 15%) s'è aggiunto l'aumento degli aborti (dal 17,2% al 23,1%). I parti gemellari sono passati dal 14,2% al 18,6%, si dice, per l'obbligo d'impianto di tutti gli embrioni ottenuti. A questo punto si impone un appello alla ragionevolezza. Nessuno vuole sottovalutare i principi morali che hanno ispirato i promotori della attuale legge. Nella sua formazione ha prevalso il parere dei teorici (moralisti, filosofi, conservatori irriducibili) su quella dei tecnici del settore (ginecologi, psicologi, sociologi) attenti alle variazioni del costume ed alle irrinunciabili esigenze che i nostri tempi esprimono con forza. E che la coppia di

oggi è decisa a realizzare, anche a costo di sacrifici, una volta impensabili. Solo la procreazione d'un figlio riesce a stabilizzare l'equilibrio psico-fisico d'una donna, che è disposta a tutto per averlo.

Non lo vede come un dovere e forse neppure come un diritto, ma certamente non è un capriccio, è unicamente un (il) suo motivo di vita.

E qui veniamo al divieto assoluto dell'inseminazione eterologa, il punto chiave del contrasto normativo.

Al cospetto dell'impianto immunologico della madre (marito compreso) la componente maschile figure sempre come "eterologa", capace quindi di suscitare reazioni immunologiche di rigetto. Ne sono prova gli aborti spontanei delle primigravide, non di rado "recidivanti" o addirittura "abituati", dovuti a reazione avversa alla componente maschile dello zigote. Ma la placenta, provvidenzialmente, è un organo che dispone di strutture e

meccanismi in grado di avere ragione o quanto meno di minimizzare le conseguenze di tale impatto.

L'incontro con l'"eterologo" rientra quindi appieno nel meccanismo "naturale" della procreazione. Ed è bene che sia così, perché l'essere che deve nascere sarà una persona "nuova", che si diversifica da entrambe le componenti che l'hanno generato, che non sarà "copia" di ognuno di essi, anche se può richiamarne in sé qualche carattere. Ben diverso è il caso della "clonazione" che riproduce se stessa. La natura non lo prevede e non lo gradisce così come, giustamente, la morale la condanna senza appello. In altri termini, il corredo genico che il nascituro eredita conserverà certo il proprio valore "affettivo", ma sarà comunque quello d'una persona nuova, originale, semplicemente "unica", il che, alla fine, è quello che più conta, nel bene come nel male.

Considerato come

estraneo alla coppia genitoriale legittima o assimilata, com'è nella comune accezione, il concetto di "eterologo" perde in gran parte della propria valenza simbolica.

Oggi siamo entrati appieno nell'era dei trapianti, ed è il trionfo dell'"eterologo". Cellule, tessuti, organi, apparati, prima fra tutti il cuore, hanno ridato alla vita ed efficace rimedio a molte malattie. Siamo al punto di far considerare colpevole di comportamento omissivo di chi, potendolo e non facendovi ricorso, non lo sconsiglia e non mira a metterlo in atto.

La scienza apre sempre nuove possibilità di intervento e le mette a disposizione dell'uomo. Sta a noi saperne approfittare, perché la ricerca scientifica – come ha precisato Giulio Bizzozero, insigne patologo del primo ottocento e grande caposcuola, ha il dovere di essere utile all'uomo, se vuole dare significato agli sforzi ed ai sacrifici che essa stessa richiede.

Regolamento in materia di procreazione medicalmente assistita

Nella Gazzetta ufficiale n. 42 del 21 febbraio 2005 è stato pubblicato il decreto 16 dicembre 2004, n. 336 "Regolamento recante norme in materia di procreazione medicalmente assistita". Il decreto in esame è stato emanato ai sensi dell'art. 6, comma 3, della legge 19 febbraio 2004, n. 40, ai fini di determinare le modalità con le quali debba essere espressa la volontà di accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Nella specie il regolamento prevede all'art. 1 che gli elementi minimi di conoscenza necessari alla formazione del consenso informato in caso di richiesta di accesso alla procreazione medicalmente assistita concernono: la possibilità di ricorrere agli strumenti offerti dalla legge 184/1983 in tema di affidamento ed adozione, come alternativa alla procreazione medicalmente assistita; la disciplina giuridica della procreazione medicalmente assistita con riguardo ai divieti, alle sanzioni, alle tutele e alle conseguenze giuridiche per l'uomo, per la donna e per il nascituro; i problemi bioetici connessi all'utilizzo delle tecniche; le diverse tecniche impiegabili con particolare riguardo ai tempi di realizzazione e all'eventuale terapia farmacologica da seguire; gli effetti indesiderati o collaterali relativi ai trattamenti; le probabilità di successo delle diverse tecniche; i rischi per la madre e il nascituro accertati o possibili quali evidenziabili dalla letteratura scientifica;

Incontro sulla patologia feto-placentare "Il feto sorride e piange"

Presso l'auditorium dell'Ordine dei medici, su invito dell'Associazione mogli medici italiani (Ammi), la dottoressa Maddalena Grosso, ricercatore del Dipartimento di patologia umana di Messina, ha tenuto una conferenza sulla patologia feto-placentare.

Ha moderato l'incontro la dottoressa Luisa Barbaro, ginecologo dirigente dell'Asl 5 di Messina.

La dottoressa Grosso ha illustrato i risultati delle più recenti ricerche in questo importante settore dell'anatomia patologica, che hanno avuto la finalità di individuare le cause di aborto o di morte intrauterina e di definire un inquadramento nosografico dei vari tipi di malformazione congenita.

I progetti di studio, cui ha fatto riferimento la dottoressa Grosso, hanno coinvolto ricercatori anche di

altre discipline, quali epidemiologi, demografi e sociologi della nostra regione ed hanno reso possibile l'identificazione di cause e di aree, partico-



larmente a rischio, in grado di influenzare l'andamento di tali eventi.

Tali tipi di ricerca sono di estrema importanza proprio nella nostra Sicilia, regione nella quale, secondo i dati

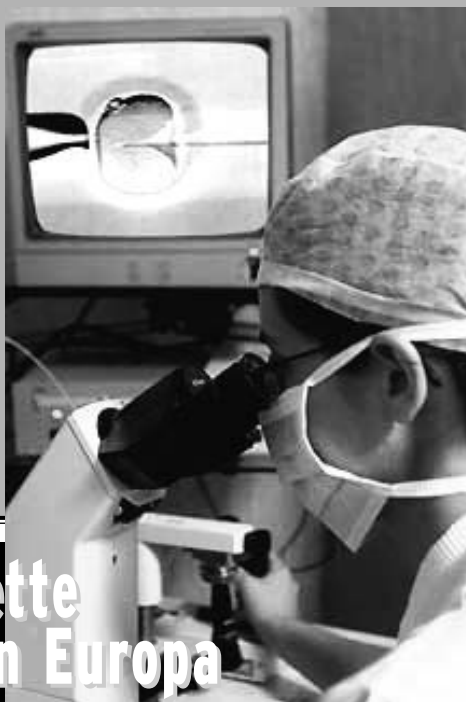
Istat, si sono osservati livelli elevati di abortività spontanea, nati-mortalità e mortalità perinatale.

Ha fatto seguito l'intervento della dottoressa Barbaro che ha messo in luce come sia di fondamentale importanza divulgare la cultura della prevenzione, anche durante la vita intrauterina, e in particolare si è soffermata sulle attuali cause conosciute dell'aborto spontaneo ricorrente e sulle prospettive future degli studi istologici della placenta... specchio del feto.

La dott. Luisa Barbaro, responsabile del consultorio "Via del Vespro" ha inoltre sottolineato come prevenire significa "intervenire prima che si verifichi l'evento sfavorevole che si vuole evitare", per cui i consultori, in quanto servizi deputati alla prevenzione, si attivano con interventi preventivi primari, secondari e terziari, secondo l'art. 32 della Costituzione italiana. La prevenzione dell'aborto ricorrente, deve considerare che si tratta di un rapporto tra medici e coppia, su dati che riguardano un terzo soggetto, il feto.

La prevenzione, e non solo del rischio abortivo, deve diventare una regola di vita perché è l'arma vincente del mantenimento del benessere psicofisico.

gli aspetti psicologici relativi ai singoli richiedenti, alla coppia e al nuovo nato; la possibilità di crioconservazione dei gameti maschili e femminili; la possibilità di revoca del consenso da parte dei richiedenti fino al momento della fecondazione dell'ovulo; la possibilità da parte del medico responsabile della struttura di non procedere alla procreazione medicalmente assistita esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario, motivata in forma scritta; la possibilità di crioconservazione degli embrioni qualora il trasferimento nell'utero degli stessi non risulti possibile per grave e documentata causa di forza maggiore relativa allo stato di salute della donna non prevedibile al momento della fecondazione (art. 14, comma 3, della legge n. 40 del 2004).



L'art. 1, comma 2, prevede che le strutture autorizzate siano tenute per il tramite dei propri medici a fornire ai richiedenti in maniera chiara ed esaustiva gli elementi informativi suesposti preliminarmente alla sottoscrizione del consenso informato ed al conseguente avvio del trattamento di procreazione medicalmente assistita.

Tale consenso deve essere acquisito unitamente al consenso relativo al connesso trattamento dei dati personali, qualora quest'ultimo atto di consenso non sia già stato precedentemente acquisito.

L'art. 2 stabilisce che la volontà di accedere al trattamento di procreazione medicalmente assistita debba essere espressa con apposita dichiarazione, sottoscritta e datata, in duplice esemplare, dai richiedenti congiuntamente al medico responsabile della struttura.

Paesi e provette a confronto in Europa

Una panoramica delle leggi degli altri Paesi europei sulla procreazione assistita.

- **AUSTRIA:** è ammessa sia la fecondazione artificiale tra coppie sposate o conviventi sia quella eterologa, ma non per le donne sole. Non sono consentiti l'inseminazione post mortem e l'utero in affitto. È inoltre ammesso l'accesso ai dati del donatore.

- **GERMANIA:** la legge del 1990 ammette l'inseminazione omologa e eterologa solo per le coppie sposate. La fecondazione in vitro è ammessa solo se omologa. L'articolo uno della legge vieta di trasferire nel corpo di una donna più di tre embrioni per un ciclo di inseminazione. Non sono ammessi l'inseminazione post mortem e l'utero in affitto.

- **GRAN BRETAGNA:** la legge del 1990 consente sia l'inseminazione omologa che eterologa a coppie sposate o con-

viventi e a donne singole. La legge del 1990 ammette l'utero in affitto, purché non ci sia passaggio di denaro. Gli embrioni congelati possono essere utilizzati solo se entrambi i potenziali genitori sono d'accordo. Due è il numero massimo di embrioni che si possono trasferire durante la fecondazione IVF eccetto per casi eccezionali.

- **SPAGNA:** l'accesso all'inseminazione artificiale, sia omologa che eterologa, è consentita alle coppie sposate, conviventi, nonché singole purché vi acconsentano in modo libero e cosciente. È possibile l'uso scientifico degli embrioni ma i genitori dovranno autorizzare per iscritto questo uso. La prima legge che regola la materia è del 1987.

- **SVEZIA:** è ammessa l'inseminazione omologa e eterologa per le coppie sposate o conviventi ma è vietato il ricorso al seme

di donatori anonimi. Non è ammessa per la donna sola. La fecondazione in vitro è ammessa solo con il seme della coppia, che deve essere sposata o convivente. Non è ammesso l'utero in affitto.

- **FRANCIA:** la legge del 1994 stabilisce che solo le coppie sposate o conviventi da almeno due anni possono accedere all'inseminazione artificiale. Non è ammesso l'utero in affitto. I componenti la coppia inoltre devono essere entrambi in vita. È ammessa l'inseminazione artificiale con donatore solo quando la procreazione assistita all'interno della coppia non abbia avuto successo. L'attuale governo di centrodestra è ripartito da quella legge proponendo numerose modifiche. Le coppie, ad esempio, potranno scegliere autonomamente se distruggere gli embrioni in sovrannumero, se destinarli alla ricerca a scopo terapeutico oppure se donarli a un'altra coppia sterile. Dal progetto di legge resta rigorosamente esclusa la clonazione, sia a scopo riproduttivo, sia a scopo terapeutico.

L'approfondimento nell'incontro svoltosi al Palazzo dei Leoni

Pari opportunità come risorsa...

Nasce spontaneamente il coordinamento pari opportunità della provincia di Messina, un comitato costituito da donne che rappresentano, ognuna per la propria categoria, il mondo delle professioni, dell'economia, della politica, della pubblica amministrazione, dei sindacati. Nasce dalla voglia di incontro e di confronto per dare nuovo impulso alle politiche di conciliazione lavoro-famiglia, dalla voglia di un consapevole protagonismo femminile nel mondo del lavoro, della società, della famiglia.

Il convegno *Pari opportunità come risorsa...* che ha avuto luogo al Salone degli Specchi del Palazzo dei Leoni a Messina il 15 marzo scorso, ha visto protagoniste Anna Tarantino consigliera di Parità della Provincia di Messina, Rosalba Ristagno coordinatrice del Comitato Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici, M. Isabella Celeste coordinatrice del Comitato Pari Opportunità dell'Ordine degli avvocati, M. Antonella Cocchiara coordinatrice del Comitato Pari Opportunità dell'Università, Alessandra Piccolo coordinatrice Comitato Imprenditoria Femminile della Camera di Commercio, Pina Pandolfino responsabile provinciale Pari Opportunità CGIL, Alda Iudicelli responsabile Pari Opportunità UIL. Ospite la Coordinatrice Nazionale del gruppo "Azioni Positive" del Ministero del Lavoro Donatella Ferrari.

La coordinatrice del Comitato per le pari opportunità dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Messina, dott.ssa Rosalba Ristagno, nella Sua relazione sulla condizione del medico donna ha fatto emergere



Rosalba Ristagno

l'immagine della donna sempre più protagonista e capace di cogliere le sfide della modernità e di farsene portatrice nel mondo del lavoro e nella società.

Nel corso degli ultimi decenni, le donne medico e odontoiatre sono

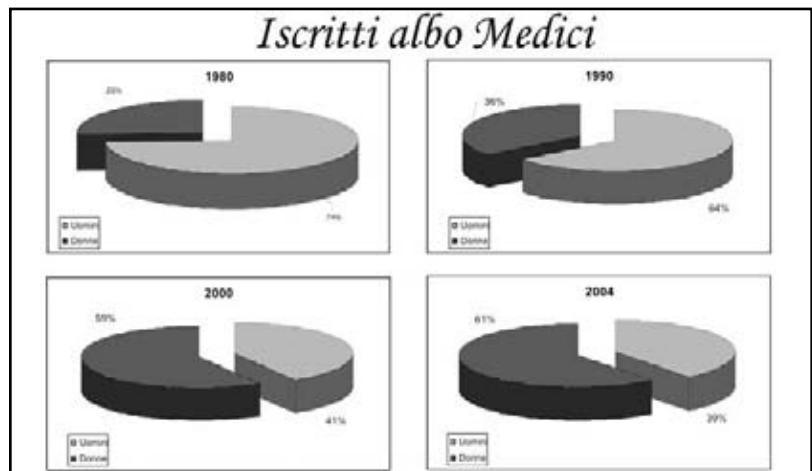
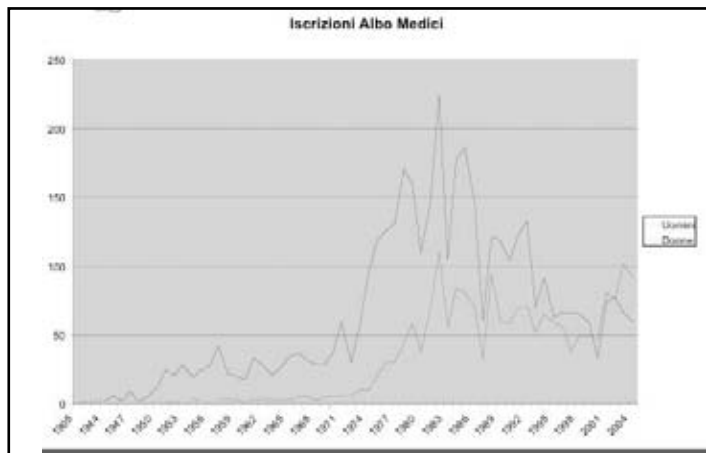
diventate una realtà numerosa e in crescita, ma è altrettanto vero che la loro visibilità in termini di luoghi e di potere decisionali è ancora tutta da costruire: è necessario incentivare una sempre maggiore partecipazione e presenza delle colleghe negli organismi di vertice, ancora quasi esclusivamente in mani maschili.

La prima donna laureata in medicina è nel 1678 all'Università di Padova, nel 1999 le donne medico erano oltre 93.000 corrispondenti a 1/3 dei professionisti medici e circa 8.000 erano le odontoiatre,

Pari opportunità un obiettivo o una realtà acquisita?

Un obiettivo se andiamo a guardare le disarmanti statistiche che documentano gli scarsi livelli dirigenziali occupati dalle donne a fronte di una popolazione lavorativa sempre più femminile; **una realtà acquisita** se andiamo ad analizzare le leggi e le normative che sulla carta

sanciscono la parità tra uomo e donna (alcuni esempi: Costituzione 1948 art.51 eguaglianza dei diritti tra sessi, legge 125/1991 concernente "Azioni positive per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro", decreto lgs.



196/2000 concernente “disciplina dell’attività delle consigliere e dei consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive”, il decreto lgsn.151/2001 “testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e paternità” che impone il divieto di discriminazione e ciò non è riferito solo alle donne).

Il linguaggio ancora oggi è maschile, le donne fino ad oggi sono state così lontane dal potere che non si è creata l’esigenza di coniare termini adatti a definire le donne dirigenti.

Ma questa è una questione

Faggella coordinatrice del CPP della FNOMCeC, hanno messo in evidenza 1999

Disparità di trattamento e penalizzazione sulle opportunità lavorative durante la gravidanza

Necessità di essere maggiormente informate sulle leggi sulle PP nonché sulle opportunità di lavoro

Maggiore sicurezza sui luoghi di lavoro - si ricorda il caso della collega di guardia medica che subì violenza e perse la vita durante l’espletamento del servizio.

L’ultimo numero del Il Sole 24 ORE Sanità titola in prima pagina “Mimosa amara per le donne

almeno i 2/3 dei dipendenti sono donne e sono presenti in tutti i settori sanitari particolarmente le donne medico che hanno superato i colleghi, tuttavia il fortino degli alti vertici decisionali rimane saldamente nelle mani degli uomini».

Ancora sono poche le donne che occupano i massimi livelli dirigenziali, esse trovano difficoltà a sfondare il **soffitto di vetro** che si trova sopra di loro.

Perché il “soffitto di vetro”?

Da una indagine campionaria (220 donne e 178 uomini) condotta dal gruppo di lavoro di Paola Vinay, è emerso che cause addotte sono: l’aver costruito la propria esperienza lavorativa in ambiti e professioni ritenute *meno importanti*, il minor accesso a *reti informali*, e a *personalità influenti*, *scarsa attitudine alla dirigenza*: in quest’ultimo caso c’è da chiedersi se si valorizza la capacità di dare ordini che siano poi acriticamente eseguiti, o se si valorizza la capacità di cooperare, ascoltare suggerimenti, prendere decisioni condivise: in effetti possono esserci differenze tra i due generi in questo senso.

Le intervistate hanno lamentato una non riconosciuta autorevolezza che merita la carica che ricoprono, e che le proprie competenze sono scarsamente valorizzate.

Dalla indagine è emerso che le donne che aspirano ad accedere nei ruoli decisionali quasi un terzo non ha figli e un altro 20% ha un solo figlio, pertanto in assenza di adeguati servizi sociali, di una più equa ripartizione fra i sessi dell’attività di cura ed in presenza di una organizzazione rigida del lavoro, le donne che hanno responsabilità familiari devono affrontare notevoli difficoltà per accedere ai ruoli decisionali.

Molte volte le donne non si sentono legittimate a proporsi, con conflittualità interna e sensi di colpa immotivati.

Un importante ostacolo riguarda la difficoltà di combinare impegno professionale e impegno nell’attività della cura familiare. I vincoli personali e le responsabilità familiari costituiscono uno dei principali ostacoli all’accesso delle donne a ruoli decisionali.



culturale (Aldo Pagni convegno FNOMeO maggio 1999) i cambiamenti di costume avvengono soltanto per una consapevolezza diffusa e distribuita.

Il concetto di pari opportunità che è andato sostituendosi alla nozione di “parità”, ha il significato di messa in atto di concrete iniziative che possano rimuovere tutti gli ostacoli che in passato hanno condizionato la figura femminile. Ormai la pari opportunità è un elemento acquisito, tant’è che è stato costituito un Ministero e ciò avvenne successivamente alla conferenza mondiale delle donne di Pechino, in particolare nel campo della medicina possiamo affermare che il concetto delle pari opportunità è andato facendosi strada autonomamente, incontrando favori e consensi.

Indagini tese ad individuare la situazione delle donne medico, da uno studio messo a punto da Piera

SSN” poiché i dati che emergono dagli studi dell’Agenzia dei servizi sanitari regionali sulla condizione femminile e pubblicati sul bimestrale MONITOR, fanno luce su: A) un sistema viziato dalla cosiddetta “bikini view” B) una ancora lontana parità nei ruoli dirigenziali

«A) sul fronte della salute le donne continuano a risultare penalizzate dalla “bikini view” cioè la tendenza a focalizzare cure ed assistenza soprattutto sugli organi e le fasi della vita legate all’attività riproduttiva; con l’effetto paradossale della volontà di proteggere la fertilità esclude la popolazione femminile dalla sperimentazione dei nuovi farmaci, che però le donne utilizzano eccome anche in gravidanza, nonostante i medicinali siano stati testati solo sugli uomini.

B) il SSN ormai è vestito di rosa anche in quei settori un tempo a netta predominanza maschile,

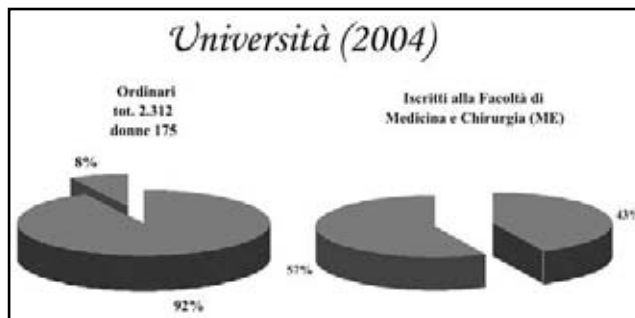
Studi condotti negli Stati Uniti hanno portato simili risultati.

Perché le donne nei processi decisionali in sanità?

Perché le donne dirigono dando ascolto alle diverse professionalità ed alla collegialità, questo modo di dirigere porta ad una conoscenza più completa delle problematiche, una maggiore capacità di comunicazione, ed infine perché le decisioni prese insieme e condivise sono poi più efficacemente portate avanti.

La presenza equilibrata di uomini e donne nel potere decisionale portano valore aggiunto.

La prospettiva per il 21° secolo proposta dal Direttore Generale dell'OMS nel 1999, Gro Brundtland una donna, è stata "Creiamo la differenza", la differenza di genere *gender*; dove eguaglianza non è in contraddizione con differenza, ma con disuguaglianza e



discriminazione.

Il Comitato per le Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina nasce nel 1997, con la prima presidenza dell'attuale Presidente Nunzio Romeo.

La nostra ricerca ha rilevato che non tutti gli ordini professionali hanno costituito il CPO. Nella nostra provincia è presente agli Ordini dei Medici e degli Avvocati, all'Università.

Hanno costituito un CPO le Aziende Sanitarie Piemonte e Papardo.

Il Comitato Pari Opportunità dell'Ordine dei medici di Messina ha in corso una indagine conoscitiva sulla condizio-

ne del medico donna, con la quale si vogliono evidenziare esempi di autorità femminili che si sono distinte nel settore medico pubblico e privato dai quali emerge la capacità del dirigente, o comunque del professionista referente di un progetto o iniziativa, di esercitare con autorevolezza

il potere che scaturisce naturalmente dal ruolo che riveste, coinvolgendo più uomini e donne quali collaboratori uniti pur nella differenza di genere, per la realizzazione degli obiettivi prefissati nell'ambito sanitario.

I colleghi o chiunque altro, se a conoscenza, può fare le segnalazioni sulla *Scheda di segnalazione di buona pratica* che può essere reperita sul sito dell'Ordine, compilata ed inviata per posta, per fax o e.mail presso la sede dell'Ordine agli indirizzi che si trovano su Messina Medica. Sul sito dell'Ordine www.omceo.me.it è dedicato uno spazio per le Pari Opportunità dove si potranno trovare notizie e inviare comunicazioni.



I componenti del comitato istituito dall'Ordine

- *Coordinatrice Dott.ssa Rosalba Ristagno*
- *Dott.ssa Palma Arezio*
- *Dott.ssa Teresa Ferrone*
- *Dott.ssa Erminia Grasso*
- *Dott.ssa Annamaria Marcazzò*
- *Dott.ssa Silvia Messina*
- *Dott.ssa Maria Luisa Paratore*
- *Dott.ssa Elvira Pellegrino*
- *Dott. Paolo Catanoso*
- *Funz. Dott.ssa Melania Miceli*

I compiti della commissione pari opportunità dell'Ordine

- Promuovere e svolgere indagini conoscitive e ricerche, autonomamente o in collaborazione con altre istituzioni, sulla condizione del medico donna, per individuare e superare gli ostacoli che si contrappongono al raggiungimento della parità;
- Predisporre piani di azioni positive per realizzare pari opportunità di lavoro, per incrementare le opportunità di lavoro, per incrementare le opportunità di aggiornamento e

- qualificazione professionale favorendo la progressione di carriera delle donne, e per conciliare vita professionale e vita personale;
- Dare impulso ad azioni atte a riconoscere l'autorità femminile e a posizionare le donne al centro della vita associativa e istituzionale per incoraggiare nuove idee, valori e comportamenti in vista di un mondo più giusto per uomini e donne;
- Promuovere in caso di discrimina-

- zioni o comportamenti lesivi della dignità della persona, gli opportuni provvedimenti volti alla loro rimozione per il successivo intervento del consiglio direttivo dell'Ordine, nonché fornire indicazioni circa le procedure da seguire ed assistenza tecnica ai soggetti che intendono agire in giudizio;
- Promuovere conferenze e pubblicazioni sulle condizioni femminili e l'immagine della donna medico.

Prevenzione luci e ombre in Sicilia

L'associazione "Femme Santé Santé Femme" ha presentato a Siracusa i risultati di un'indagine sugli ultracinquantenni

La prevenzione non è solo "rosa". Se, nell'immaginario collettivo, l'abitudine ad effettuare periodicamente gli esami salva salute è prerogativa femminile, in Sicilia gli uomini sembrano mostrare segnali incoraggianti verso una maggiore attenzione alla prevenzione, indicando un accorciamento delle distanze con l'universo femminile.

È quanto suggeriscono i risultati del questionario "Invecchierai bene? Invecchierai con successo?" - distribuito a 215 uomini e donne tra i 50 e i 70 anni nella città di Siracusa - da cui emerge, ad esempio, che il 58,7% degli uomini intervistati effettua annualmente la visita prostatica, mentre solo il 48% delle donne effettua regolarmente il Pap test e il 56,9% la mammografia, percentuali sensibilmente più basse rispetto alla media nazionale.

I dati emersi sono stati presentati durante l'incontro/dibattito dal titolo "Longevi? Sì grazie" che si è tenuto a Siracusa, presso la Sala Borsellino di Palazzo Vermexio in Piazza Duomo, lunedì 14 marzo, alla presenza del **Ministro per le Pari Opportunità, Stefania Prestigiacomo**. L'incontro è stato promosso dall'Associazione Internazionale *Femme Santé Santé Femme (Donne Salute Salute Donna)* che, con il sostegno costante di Pfizer Italia, ha avviato dal 2003 il Progetto "Donne in politica e in salute" con l'obiettivo di promuovere la cultura della salute attraverso il coinvolgimento di numerose donne impegnate in ruoli istituzionali.

"L'invecchiamento della popolazione - sottolinea il Ministro Prestigiacomo - pone, e porrà sempre più in futuro, il problema di un ripensamento della organizzazione sociale che tenga conto di questo fenomeno. Il nostro obiettivo deve essere da un lato quello di assicurare agli anziani le migliori condizioni di vita e di salute, considerandoli una risorsa e non un peso per la società, dall'altro quello di tarare i servizi a misura d'anziano, incrementando ad esempio quelli domiciliari, puntando ad assicurare la migliore qualità di vita"

Tema portante del progetto nel corso di tutto il 2005 sarà quello della longevità, che verrà affrontato attraverso dibattiti sul territorio e con l'apporto di dati sulla popolazione locale raccolti tramite questionari diffusi grazie al coinvolgimento diretto delle donne che hanno aderito al progetto.

Dai questionari di Siracusa è emerso inoltre che il 91,1% delle donne intervistate misura la pressione almeno una volta l'anno contro l'85,9% degli uomini, mentre il 79,7% delle donne e l'88% degli uomini misura il colesterolo. Meno attente le siracusane alla vaccinazione antinfluenzale, solo il 48% la effettua contro il 67,4% dei siracusani, mentre è maggiore la propensione femminile a misurare gli ormoni della tiroide, il 42,3% contro il 19,6% degli uomini. Allarmante il dato sugli eventi cardiovascolari: un uomo su cinque del campione intervistato ha riferito di aver subito un infarto o un ictus, mentre ottimo



Il ministro Stefania Prestigiacomo

sembra essere, sia nelle donne che negli uomini, il programma di "allenamento" per restare giovani: abitudine al movimento e sana alimentazione. Infine la depressione, che sembra colpire un'alta percentuale di persone, il 37,4% delle donne e il 35,9% degli uomini.

Alla conferenza/dibattito sono intervenuti, con **Rosanna Lambertucci** nel ruolo di moderatore, il **Sindaco Giambattista Bufardecì**, il **prof. Roberto Bernabei**, Ordinario di Geriatria presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, il **Dott. Mario Leto**, Direttore Generale ASL 8 di Siracusa, il **Dott. Pier Luigi Rossi**, specialista in Scienza dell'Alimentazione e il **Dott. Michele Stornello**, Direttore U.O. di Medicina Interna "Luigi Scapellato" dell'Azienda Ospedaliera Umberto I di Siracusa.

Medici ospedalieri: Rimanere in Ospedale fino a 70 anni

di Marco PERELLI ERCOLINI

Diversi medici ospedalieri chiedono se anche per loro sia possibile, avendo maturato il diritto alla pensione, di poter godere del superbonus.

Il superbonus cioè la corresponsione dei contributi previdenziali, tra l'altro non soggetti a trattenute fiscali, a chi avendo maturato l'anzianità per un trattamento di pensione continua l'attività lavorativa chiedendo, con trattamento economico di pensione congelato, di poter usufruire direttamente della corresponsione dei contributi previdenziali non più versati nelle casse dell'ente di previdenza, non è previsto per il dipendente pubblico.

Il medico pubblico dipendente ha invece diritto, dando una semplice comunicazione al proprio ente datore di lavoro, prima della cessazione dall'attività lavorativa per il compimento del 65esimo anno di età, di rimanere in servizio per ulteriori due anni (articolo 16 del D.Lgs. 503/92) e cioè sino al compimento del 67esimo anno di età, nel qual caso sarà poi posto d'ufficio in quiescenza col 1 giorno del mese successivo al compimento del 67esimo anno.

Questo periodo è utile a far maturare ulteriori due anni di anzianità ai fini di un più vantaggioso calcolo economico del trattamento di pensione e dell'indennità premio di servizio.

Il medico pubblico dipendente e in particolare l'ospedaliero, può anche chiedere di proseguire il rapporto di lavoro

fino ai 70 anni (articolo 1-quater del D.L. 136/2004 convertito in legge 186/2004).

Tuttavia la possibilità di rimanere in servizio sino al compimento del settantesimo anno di età non costituisce un diritto del dipendente, ma è una facoltà dell'amministrazione di appartenenza per interessi organizzativi dell'ente.

Durante il periodo di opzione della prosecuzione del rapporto di lavoro fino ai 70 anni non vi sono versamenti contributivi per la pensione che rimane congelata a quanto maturato al compimento del 67esimo anno e non c'è neppure alcun diritto al superbonus, cioè questa ulteriore permanenza in servizio non dà luogo alla corresponsione di incentivi per il posticipo del pensionamento.

In questo periodo, mancando per legge la copertura assicurativa, non scatta neppure l'ottenimento da parte del dipendente di un trat-



tamento pensionistico privilegiato o di inabilità, tranne che l'insorgenza dell'infermità sia imputabile a periodo precedente.

Va ricordato che per le sentenze della Corte costituzionale n. 282 del 18 giugno 1991 e n. 90 del 9 marzo 1992, è data la possibilità di restare in servizio sino al 70esimo anno allo scopo di maturare i requisiti contributivi minimi per la pensione di vecchiaia.

Per inciso ricordiamo che il trattenimento in convenzione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (articolo 8 D.Lgs. 502/99) sino al compimento del 72esimo anno (riconosciuto con sentenze ad alcuni medici e pertanto con efficacia solo per questi casi), in base all'articolo 15-nonies del D.Lgs 502/92 introdotto dal decreto legislativo 229/99 (legge Bindi) è collegato, e pertanto reso operante, all'attuazione del provvedimenti previsti nel comma 3.

Riportiamo il programma formativo, relativo al primo semestre 2005, che la Fondazione Cultura e salute ha preparato per i colleghi che operano nell'area medica medica dell'urgenza-emergenza territoriale (Continuità Assistenziale, Emergenza Territoriale e Medici di pronto soccorso).

Assistenziale, Emergenza Terri-

geo, Maschera laringea-fastrach, Combitube, Respiratore automatico, Settricotrotomia e TTIV, Pulsiossimetro, Capnometro) saranno disposti in quattro stazioni nelle quali, sotto la supervisione di tutor esperto, con l'ausilio di manichini (2 adulti e due pediatriche), verranno mostrate le corrette procedure di utilizzo. I corsisti, divisi in quattro

4 maggio - Auditorium Ordine dei medici Messina

APPROCCIO CLINICO IN URGENZA - EMERGENZA OCULISTICA (Trauma bulbare; Causticazione e corpo estraneo; Occhio rosso)

Alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di:- riconoscere i segni e i sintomi delle urgenze-emergenze oculistiche trattate- condividere protocolli finalizzati all'efficientizzazione delle procedure per ottenere cioè il miglior risultato per il Paziente utilizzando il minor numero di risorse del SSN- pianificare, nell'emergenza-urgenza pre-ospedaliera, l'utilizzazione dei più attuali protocolli terapeutici per la gestione del paziente.

Un corso particolarmente gradito ai partecipanti dell'edizione scorsa, i quali hanno molto apprezzato, oltre all'ormai consolidata interattività, l'ottima coniugazione tra una vasta iconografia e le relazioni teoriche. (Valutazione e supporto vitale di base) Taormina Ospedale S. Vincenzo - prima decade di giugno

Esperto di contenuto: dott. Filippo Bellinghieri.

Per maggiori particolari http://omceo.me.it/sportello/catalogo_corsi.php?prov=fcs

Stefano Leonardi (stefanoleonardi@omceo.me.it), Responsabile dell'area formativa "urgenza-emergenza territoriale".

Programma formativo 1° semestre 2005 *area medica dell'urgenza-emergenza territoriale*

toriale e Medici di pronto soccorso).

28 aprile - Taormina Ospedale S. Vincenzo

PRIMO SOCCORSO NELL'EMERGENZA-URGENZA AL PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA (Gestione avanzata delle vie aeree)

Esperto di contenuto: dott. Dario Salvo Alla fine del corso i partecipanti saranno in grado di:- riconoscere i segni ed i sintomi dell'insufficienza respiratoria acuta;- determinarne la gravità attraverso l'approccio clinico e l'uso degli strumenti disponibili; - conoscere ed utilizzare gli strumenti disponibili per la gestione avanzata delle vie aeree;- pianificare, nell'emergenza-urgenza, in base alla gravità, l'utilizzazione dei più attuali protocolli per il più idoneo approccio farmacologico strumentale nella gestione del paziente con I.R.A.;- monitorare il paziente dopo il trattamento farmacologico

Sono previsti:

a) Esercitazione all'uso di mezzi e strumenti (esecuzione diretta da parte di tutti i partecipanti di attività pratiche o tecniche - 120 mm). I presidii strumentali menzionati nella relazione (erogatori di O₂, cannula Guedel e Cannula nasofaringea, Pallone ambu e ventilazione in maschera, Laringoscopia, Pinza di Magill, Tubo endotracheale, Tubo larin-

gruppi, sosterranno in ogni stazione ed ognuno di loro, dopo l'esposizione del tutor, avrà la possibilità di provare praticamente le procedure trattate.

b) Intervento simulato con Role-playing (30 minuti). Prevede l'impiego di un manichino e servirà a valutare la corretta applicazione, da parte di un equipaggio composto da partecipanti al corso che risponde ad una ipotetica chiamata in codice rosso, dei protocolli, d'urgenza-emergenza previsti, dall'arrivo sul posto dell'intervento sino all'ospedalizzazione.

Nuova ricetta standardizzata, il termine slitta al 1° maggio

Il tavolo tecnico per la specialistica Convenzionata Esterna dell'Azienda U.S.L. n.5 di Messina, ha predisposto il documento sulle Linee Guida per la compilazione della nuova ricetta standardizzata, in applicazione alla Circolare assessoriale n.1157 del 4 gennaio 2005 (pubblicata nella GURS - Parte Prima - n.4 del 28.01.2005). Al fine di dare ampia diffusione al documento, che rappresenta un valido strumento per tutti i Medici prescrittori, erogatori di prestazioni, è possibile visualizzare il testo e consultare la circolare assessoriale n.1157/2005 con tutti gli allegati di interesse, cliccando le icone nel sito dell'Ordine. Links & allegati: Le Linee Guida predisposte dal Tavolo Tecnico

La Circolare assessoriale n.1157 del 04.01.2005 e l'Allegato n.1
Gli Allegati n. 2 e 3 della Circolare assessoriale n.1157 del 04.01.2005.

All'ultima ora apprendiamo che il termine slitta al 1° maggio.

Collegati con l'Ordine



Consulta il sito www.omceo.me.it e per accedere alla parte riservata agli iscritti registrati nel sito dell'Ordine www.omceo.me.it.

Il sito dell'Ordine provinciale dei medici chirurghi e odontoiatri di Messina ha una nuova veste grafica ed editoriale. Il suo contenuto si aggiornerà costantemente nel tempo grazie all'attività degli organismi preposti e dei colleghi che contribuiranno con i loro suggerimenti. Obiettivo del sito è quello di essere un valido supporto per i medici e gli odontoiatri ma anche uno strumento per il cittadino per ottenere informazioni sulla sanità e la medicina. Il sito è stato arricchito da numerosi link con enti e organismi attinenti la professione medica e già dal mese di gennaio 2005 è partita un'area riservata agli iscritti all'Ordine, che invitiamo vivamente a registrarsi al sito.

La registrazione permetterà all'iscritto di richiedere certificati di iscrizione on line; trasmettere all'Ordine, attraverso un modulo da compilare, le autocertificazioni delle specialità conseguite, i cambi di indirizzo ed altre tipologie di comunicazioni.

Inoltre è stata già avviata la sperimentazione sulla gestione dei crediti formativi, saranno introdotte nuove modalità d'interazione con l'Ordine tese a migliorare la qualità dei servizi per gli iscritti. Una newsletter periodica informerà gli iscritti al sito sulle attività dell'Ordine.

Rettifica codice di esenzione

Con riferimento all'Allegato 3 alla Circolare n. 1157/05, pubblicata sulla GURS n. 4 del 25/01/2005 su "Codifica delle condizioni di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria" e la rettifica di cui alla nota prot. Dirs/2/312 del 04/02/2005, il Ministero della Salute, con nota prot. Dirs/2/312 del 04/02/2005, ha provveduto alla modifica del codice alfabetico "H" associato alle "Prestazioni diagnostiche a soggetti a rischio di infezione da HIV" con il codice alfabetico "B".

Pertanto, nell'Allegato 3 alla circolare n. 1557/05 il codice "H" di cui ai punti 33 e 34 è sostituito dal codice "B".

Tale modifica con decorrenza 1 aprile 2005.

Nasce il Ccm

Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie

Il sottosegretario alla Sanità Antonio Guidi ha annunciato la creazione del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie che porrà l'Italia all'avanguardia in Europa per l'organizzazione e il coordinamento dei piani di sorveglianza e prevenzione sanitaria.



Specializzandi

la retribuzione è diritto perfetto

fissato dall'Ue

Le direttive Ue "attribuiscono agli specializzandi un diritto perfetto a un'adeguata remunerazione, da tutelarsi in forma risarcitoria secondo i principi enunciati dalla giurisprudenza della Corte di giustizia". Le Sezioni unite civili della Cassazione (sentenza n.2203, depositata il 4 febbraio), tornano a ribadire la "natura incondizionata e sufficientemente precisa" delle norme Ue sulla formazione medica specialistica, già riconosciuta nel 2002 (sentenza n.5125) e nel 2003 dalla terza sezione civile (sentenza n.7630). Chiarendo che spetta dunque al giudice ordinario la competenza in materia, a maggior ragione dopo la pronuncia n.204/2004 della Consulta.

A rivolgersi alle Sezioni unite è stato un medico siciliano, che ha frequentato a tempo ridotto la scuola di specializzazione dal 1990 al 1994, non percependo alcuna retribuzione (il Dlgs 257/2001, che ha recepito le direttive Ue 75/363/Cee e 82/76/Cee, limitava infatti ai soli specializzandi a tempo pieno il diritto alla borsa di studio). Nel 1994 il dottore ha citato in giudizio l'Università di Palermo e i ministeri della Ricerca, della Sanità e del Tesoro, chiedendo che gli fosse riconosciuta per il quadriennio una borsa non inferiore a 11.103 euro annui. Ma sia il tribunale sia la Corte d'appello di Palermo hanno respinto la richiesta, sostenendo il difetto di giurisdizione del giudice ordinario per la non immediata applicabilità delle direttive comunitarie.

Non è d'accordo però la Cassazione. Due sentenze del 1999 e del 2000 della Corte Ue (cause C-131/1997

e C-371/1997) hanno affermato che dalle direttive "deriva l'obbligo incondizionato e sufficientemente preciso di retribuire la formazione del medico specializzando".

Se lo Stato è inadempiente, come l'Italia, perché ha tardato nel recepimento delle norme, l'obbligo "deve essere assicurato mediante gli strumenti idonei previsti dall'ordinamento nazionale". O con l'applicazione retroattiva delle norme di trasposizione oppure, se non fosse possibile, «attraverso il risarcimento del danno da mancato adempimento, da parte dello Stato membro», agli obblighi derivanti dal Trattato Ce.

È questa l'interpretazione da condividere, che la Corte di merito non ha seguito. Errando due volte: non ponendosi il problema del diritto alla retribuzione dello specializzando, che "scaturisce direttamente dall'ordinamento comunitario" e non considerando "che, anche se si dovesse ricostruire la disciplina interna in modo da subordinare l'erogazione del compenso a valutazioni discrezionali dello Stato membro, tale disciplina sarebbe contraria al diritto comunitario e dovrebbe, pertanto, essere disapplicata".

In gioco non c'è dunque l'interesse legittimo, perché così la nascita del diritto "verrebbe subordinata all'esercizio di poteri amministrativi discrezionali", ma un diritto soggettivo. La cui esatta qualificazione giuridica spetta al giudice ordinario. La questione è ora rinviata al primo giudice.

Due posti di dirigente all'ausl 6 di Palermo

Scadrà il 28 aprile il termine per la presentazione delle domande relative al concorso per due incarichi quinquennali di direttore di struttura complessa dell'Ausl 6 di Palermo. Si tratta di un posto di Dirigente medico (ex 2 livello) di direzione medica di presidio del P.O. «Dei Bianchi» di Corleone ed uno di Dirigenza medico (ex 2 livello) di psichiatria presso il dipartimento di salute mentale - modulo dipartimentale 8 di Lercara-Corleone. Il bando completo è stato pubblicato sulla Guri n. 25 del 29 marzo scorso ed è consultabile sul sito dell'Azienda all'indirizzo www.ausl6palermo.org



Aprire sito per raccontare

"il toner mi ha causato il cancro"

«Il toner mi ha causato il cancro. E per questo ho pubblicato un sito. Per far conoscere le conseguenze drammatiche del nero fumo». Ha lavorato per molti anni come tecnico dei fotocopiatori e, sostiene, a causa del nerofumo o carbonblack, una particolare sostanza contenuta nel toner, ha contratto un tumore uroteliale, in conseguenza del quale ha subito prima l'asportazione del rene destro e poi di una parte della vescica.

L'uomo, Francesco Rollo, di Carapelle, ha iniziato una battaglia per far conoscere quali danni questa sostanza cancerocena può causare alla salute di chi ne è in continuo contatto. E per questo ha aperto un sito internet: www.malattienefumo.net

«Il mio primo desiderio è di informare medici e lavoratori di quello che può accadere», afferma Rollo. «Non sono barzellette - afferma - se è vero che ben 42 persone a Genova hanno avuto il riconoscimento della malattia professionale, sempre l'identico tumore, collegato al nerofumo».

Convention

Cardiologia

tre anni di traguardi e prospettive

di Giuseppe **FRANCIO**

Un abbraccio di cuore, questa frase pronunciata dal dott. V. Mazzei a chiusura dei lavori sintetizza la I Convention della Cardiologia di Messina (tre anni di cardiologia traguardi e prospettive) che si è svolta presso l'Aula polifunzionale al Papardo Facoltà di Scienze dell'Università degli studi di Messina.

Tale evento ha stabilito un nuovo confronto medico - utente che ha visto la testimonianza dei pazienti sottoposti ad intervento cardiologico e la partecipazione di Autorità civili - politiche e religiose.

Il convegno aveva lo scopo di relazionare sia sull'aspetto scientifico che sociale cercando di creare un connubio tra Scienza e Solidarietà umana, uno sviluppo scientifico rivolto al servizio dell'uomo pronto a trovare soluzioni e nel frattempo garantire una qualità di vita ottimale. La Cardiologia dell'A.O. Papardo rappresenta, per i traguardi raggiunti, un punto fermo della realtà del territorio non solo Siciliano ma anche Calabrese costituendo un ponte tra la Sicilia e la Calabria.

I saluti delle Autorità sono stati rivolti dal Presidente dell'Ordine dei Medici Nunzio Romeo; dal prorettore in rappresentanza del Rettore, dall'on. Antonino Beninati, dal sen. Sebastiano Sanzarello. Il Presidente

Romeo ha rinnovato a nome di tutti i Medici messinesi la fiducia verso la CCH del Papardo dichiarando che il polo cardiologico - cardiocirurgi-

stasi ha sottolineato l'importanza di una attiva collaborazione tra l'Università di Messina e la Cardiologia dell'Azienda Osp. Papardo

L'on. Beninati ha descritto la storia dell'apertura dell'Azienda Ospedaliera Papardo, ribadendo l'impegno necessario per creare una Azienda Sanitaria di rilevanza nazionale.

Il sen. Sansarello nel porgere i saluti ha definito necessario per la realtà Siciliana potenziare le cardiologie già esistenti, evitando di crearne delle altre, al fine di razionalizzare il fabbisogno del territorio, ridurre gli sprechi, porgere

all'utenza un servizio specialistico adeguato alle esigenze.

I relatori: dott. G. Ragona, dott. G. Parisi prof. A. M. Calafiore dott. V. Mazzei. Il dott. G. Ragona, già

Il dott. Valerio Mazzei premiato dal direttore generale dott. Giuseppe Parisi



direttore Amministrativo A. O. Papardo ha relazionato sull'impegno intrapreso con il direttore generale avv. A. Paino, per realizzare la Cardiocirurgia al Papardo e renderla altamente competitiva instaurando una collaborazione scientifica con il prof. A. M. Calafiore direttore della cardiocirurgia dell'Università di Chieti, in qualità di consulente, e con il dott. V. Mazzei come direttore, U.O. Cardiocirurgia Papardo.

Il dott. G. Parisi D. G. della A. O. Papardo ha sostenuto che la cardiocirurgia è da considerarsi un fiore all'occhiello dell'Azienda ed ha tracciato un itinerario per creare una svolta nel panorama sanitario stabilendo i parametri per superare gli immobilismi delle burocrazie sanitarie attraverso una adeguata formazione di personale capace di coordinare le varie U.O. per snellire le liste d'attesa.

Il prof. A. M. Calafiore ha relazionato brillantemente sullo stato dell'arte della cardiocirurgia dagli albori ai giorni nostri.

Momento particolarmente carico di sentimento ed emotività è stato quando alcuni pazienti hanno portato la loro testimonianza ed hanno parlato della loro esperienza umana nel periodo di degenza presso l'U.O. Cardiocirurgia del Papardo.

Ha concluso la Convention il dott. V. Mazzei che ha analizzato i risultati raggiunti in tre anni dal suo arrivo a Messina dopo aver presentato proiezioni e filmati sull'attività svolta dall'equipe cardiocirurgica

riguardante le rivascolarizzazioni miocardiche con l'ausilio di tecniche chirurgiche all'avanguardia quali By - Pass a cuore battente, mini circolazione extra corporea (MECC), riducendo lo stress chirurgico e garantendo tempi di guarigioni più rapidi, minore impiego di trasfusioni di sangue e loro derivati. Si affianca con risultati

lusinghieri la ricostruzione della valvola mitralica che permette con tecniche moderne (Sliding del lembo posteriore della valvola, impianto di nuove corde tendinee...) di mantenere la valvola nativa ed assicurare al paziente un breve decorso post-operatorio non sottoponendolo a terapia anticoagulante che è d'obbligo per tutti i pazienti che necessitano di sostituzione valvolare. L'attività diagnostica terapeutica, si svolge in collaborazione con i colleghi medici dell'U.O. di cardiologia del Papardo. Da quanto emerso la cardiocirurgia del Papardo è stata considerata dall'Istituto superiore di Sanità tra i migliori centri in tutto il territorio nazionale.

A conclusione dei lavori, il dott. V. Mazzei ha tracciato gli itinerari e le prospettive future quali l'impianto di cellule staminali, la riabilitazione post- cardiocirurgica e il trattamento chirurgico della Fibrillazione atriale cronica... (G.F.)

I laureati in Medicina e chirurgia possono iscriversi al corso universitario in Odontoiatria senza nessuna restrizione dovuta al numero chiuso. A loro va anche riconosciuto il diritto di partire dal secondo anno, perché molti degli esami sostenuti risultano essere analoghi a quelli previsti per il primo anno di Odontoiatria.

Il verdetto espresso dal TAR Lombardia, terza sezione di Milano (sentenza n.220 del 4 febbraio), accoglie in pieno i ricorsi di alcuni studenti contro le delibere del Rettore dell'Università che annullava le loro immatricolazioni, perché in eccesso rispetto al numero prefissato dall'ateneo.

Illegittima anche una delibera del Consiglio di corso di laurea in Odontoiatria che non riconosceva gli esami precedentemente sostenuti e respingeva le richieste di ammissione al secondo anno per i laureati in medicina.

Il TAR, pur evidenziando la validità delle disposizioni di legge (Dpr 135/1980) che consentono di razionalizzare l'adesione a particolari corsi universitari, ha confermato che questa eventualità "non può essere prevista a scapito dei laureati in Medicina" i quali possono iscriversi senza sottoporsi a prove preliminari di ingresso "avendo già dimostrato con il conseguimento del diploma di laurea il possesso dei requisiti necessari per accedere al corso universitario in Odontoiatria". Inoltre, "hanno sostenuto anche una serie di esami che risultano in comune con quelli del primo anno del percorso professionale" e per il collegio giudicante (presidente, Italo Riggio, estensore Daniele Dongiovanni) la conoscenza di queste materie attribuisce loro "i requisiti qualitativi per iniziare il corso di laurea in Odontoiatria a partire dal secondo anno".

Nella recente sentenza del TAR lombardo ci sono anche altre prescrizioni per le Università che volessero avvalersi del numero programmato. È necessario che l'ateneo rediga un provvedimento per rendere pubbliche le motivazioni alla base del contingentamento, come la ristrettezza delle strutture disponibili (cliniche e didattiche). La stessa Università, qualora non volesse accettare delle iscrizioni, dovrà aprire un apposito procedimento amministrativo e comunicare ai destinatari l'inizio dello stesso.

Quindi, sono illegittime tutte quelle deliberazioni per le quali l'ateneo non ha dato comunicazioni agli interessati, limitandosi a notificare solo l'esito finale di non iscrizione.

Tar Lombardia: Odontoiatria, accesso libero per i medici

Epatite C screening nella Polizia di Stato

*Parte da Sicilia e Calabria
il primo progetto pilota.
Coinvolti 6.000 agenti*

L'Italia è uno dei Paesi dell'area mediterranea con il maggior numero di persone affette da epatite C e si stima che siano 2 milioni gli italiani affetti da questa patologia.

La Sicilia, la Calabria, la Campania e la Puglia, sono le regioni italiane a più elevata circolazione del virus dell'epatite C.

Un ruolo importante per prevenire questa infezione è giocato dallo screening.

È per questo motivo che l'Università di Palermo, in collaborazione con l'Università di Catanzaro, e la Polizia di Stato daranno il via ad un progetto pilota che coinvolgerà

6.000 agenti delle Regioni Sicilia e Calabria.

Il personale della Polizia di Stato sarà così oggetto di uno studio clinico epidemiologico al fine di valutare la prevalenza di infezione da virus C (HCV), la principale causa di malattia epatica cronica e di trapianto del fegato in Europa e negli Stati Uniti.

Il progetto è stato messo a punto dal professore **Silvio Tripi**, direttore del Servizio di Prevenzione e Cura delle Malattie Epatobiliari dell'Università di Palermo, dal generale **Salvatore Pernice**, direttore dell'ufficio di coordinamento sanitario

della direzione interregionale Sicilia-Calabria della Polizia di Stato, con la collaborazione del professore **Vincenzo Guadagnino**, ordinario di malattie infettive e direttore della scuola di specializzazione in malattie infettive dell'università di Catanzaro "Magna Graecia" e il sostegno di Roche Italia.

Lo studio è mirato ad una categoria di persone che per la loro tipologia di servizio (soccorso a soggetti infetti vittime di incidenti stradali o calamità, accidentali punture di aghi di siringhe, in occasioni di perquisizioni personali, colluttazioni con soggetti portatori del virus, ed altro) corrono un rischio particolare di contrarre l'infezione da virus C.

Nel periodo 1 aprile -

31 ottobre 2005, i soggetti appartenenti alla Polizia di Stato (quattromila in Sicilia e duemila in Calabria) saranno esaminati nei poliambulatori sanitari della Polizia di Stato operanti nelle due regioni, attrezzati per la raccolta e lo stoccaggio del sangue venoso prelevato. Ai fini dell'arruolamento nello studio, saranno convocati soggetti di entrambi i sessi di età compresa tra i 18 e i 65 anni.

Centro coordinatore dell'indagine sarà il Servizio di Prevenzione e Cura delle Malattie Epatobiliari dell'Università di Palermo, diretto dal professore **Silvio Tripi**.

A tutti i soggetti convocati presso i poliambulatori della Polizia di Stato, verrà chiesto di prendere visione e firmare un modulo di consenso informato, relativo alla partecipazione all'indagine e ad un prelievo di sangue per l'esecuzione di un test per la ricerca degli



anticorpi contro il virus dell'epatite C, esame che indica se il soggetto è entrato in contatto con l'HCV. Va sottolineato che, per quanto riguarda il virus dell'epatite C, il fatto che il sistema immunitario abbia dato una risposta, producendo anticorpi anti-HCV, non significa protezione contro l'agente virale. Gli anti-

corpi si associano quasi sempre ad uno stato di epatite acuta e cronica.

I soggetti ai quali verrà riscontrata l'infezione da virus dell'epatite C, verranno invitati a presentarsi al Centro coordinatore per un inquadramento diagnostico della malattia epatica e per l'inizio di un'eventuale terapia antivirale.

Psicoterapia e ipnosi *impegno della SMIPI*

Maria teresa Tomasello e Rosa Anna Tomasello sono state nominate delegate della Serata nella Regione siciliana con il compito di rappresentare la Società medica italiana di psicoterapia e ipnosi (SMIPI) e di fornire informazioni e chiarimenti sulle iniziative

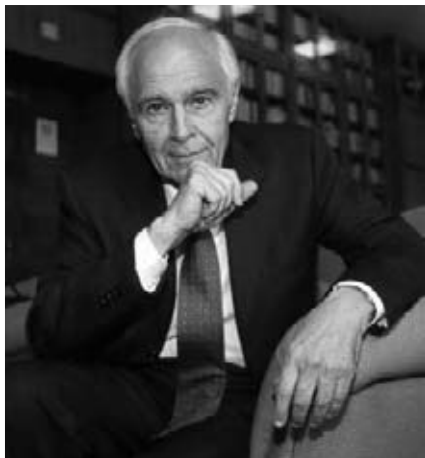
della Società e sulle sue attività.

Presidente SMIPI è il dott. Riccardo Arone di Berlino - Bologna (tel. 051 573046) Recapito della dott.ssa Tomasello tel. 090 695610 rotomasello@libero.it Sito internet: www.smipi.it

SBA Boker s.r.l.

**Consulenza
e analisi
preventiva
su polizze
per qualsiasi
ramo medico
con premi
assicurativi
e condizioni
vantaggiose**

Sea Broker s.r.l. - Catania offre un servizio di consulenza agli iscritti agli albi professionali al fine di agevolare nella ricerca di coperture a condizioni vantaggiose. Il servizio è offerto a costo zero a tutti gli iscritti all'Ordine dei medici e odontoiatri - Messina. Per informazioni contattare: Sea Broker s.r.l. - Corso Italia, 135 - 95127 Catania (CT) - tel. 095.372615 - fax 090.371903 - Dott. Previtali Dimitri.



Sirchia: non sarebbe male *un prontuario per infanzia*

Il nuovo prontuario farmaceutico ha portato tutti i medicinali indispensabili in fascia A, a totale carico del servizio sanitario nazionale. Lo ha detto il ministro della salute Girolamo Sirchia alla commissione bilancio della Camera sottolineando che «forse è ancora scoperto il settore dei farmaci che riguarda i bambini». «Alcuni non sono inclusi nel prontuario e se volessimo fare un prontuario per l'infanzia, questa potrebbe essere la maniera per superare questa mancanza, per affrontare il fenomeno», ha aggiunto ricordando che i farmaci in fascia C (a carico del cittadino) «non sono indispensabili anche se - ha risposto ad una domanda in commissio-

ne Bilancio - è possibile che alcune persone non comprino questi farmaci perchè non hanno i soldi». Sirchia ha ricordato che la spesa farmaceutica in Italia nel 2004 si è attestata a 11.980 milioni di euro con un incremento di 885 milioni di euro (+8%) rispetto all'anno precedente. Per il 2005 il finanziamento della spesa raggiungerà 11.465 milioni di euro, in luogo dei 10.639 fissati (13% del tetto) con oltre 826 milioni di scarto in più. E, già i dati dei due primi mesi di quest'anno hanno fatto registrare una spesa netta inferiore rispettivamente del 4,5% e del 2,7% nei confronti dello stesso periodo del 2004.

Medicinali non coperti da brevetto

È disponibile sul sito del Dipartimento ispettorato regionale sanitario dell'assessorato alla sanità (www.regione.sicilia.it/sanita/irs.htm) la Circolare n. 1162 del 24/02/2005, in corso di pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale su "Aggiornamento dell'elenco dei medicinali non coperti da brevetto".

Censis, "post consumisti" e armadietti medicine vuoti

Cambia il rapporto degli italiani con il farmaco: meno consumisti e più informati. Non pensano affatto che le medicine siano caramelle e, anzi, nutrono per queste un riverente sospetto, anche se la prescrizione la fa il medico.

Le ultime ricerche del Censis confermano che gli italiani si fanno delle domande anche sulle prescrizioni.

«Il 46% assume i farmaci prescritti dal proprio medico solo dopo un attento vaglio» ha spiegato il vice direttore del Censis, Carla Conticelli, in una video intervista che sarà disponibile sul sito Ansa Salute.

Cade anche un vecchio luogo comune. «Nell'armadietto dei medicinali di casa il 60% degli italiani - rivelano i dati del Censis - ha solo farmaci di pronto soccorso necessari per le esigenze urgenti della famiglia» ha aggiunto Collicelli.

Insomma un rapporto definito "post-costumista".

Ma cambia anche il rapporto del paziente con il medico di famiglia: ci si fida sempre molto del loro parere ma la ricerca va avanti e i pazienti se ne rendono conto tanto da essere i primi a chiedere informazioni sulle cure innovative.

Il forum per la ricerca biomedica, come osservatorio privilegiato del mondo farmaceutico, ha verificato che ci sono 400 nuove molecole allo studio. «I medici oggi considerano il farmaco uno strumento fondamentale per accompagnare le patologie croniche» ha aggiunto Collicelli, e l'interesse è rivolto ai nuovi prodotti proprio perché capaci di ridurre gli effetti collaterali.

L'obiettivo è quello di riuscire a mettere a punto cure sempre più su misura.

Insomma, un rapporto in evoluzione e a doppio binario, nel quale la figura del paziente è ormai lontana anni luce da quella passiva e totalmente accondiscendente di appena pochi lustri fa.

«Cresce infatti anche l'informazione fra i cittadini e cresce moltissimo anche la domanda di informazione da parte del medico - ha aggiunto Collicelli - che utilizza internet navigando su siti internazionali in lingua inglese, apprezzando molto i congressi e le pubblicazioni scientifiche di settore».



Medaglie al merito della Sanità pubblica

Conferite dal Capo dello Stato Carlo Azeglio Ciampi

Il Presidente della Repubblica Carlo Azeglio Ciampi, in occasione della Giornata Mondiale della Sanità, su proposta del Ministro della Salute, prof. Girolamo Sirchia, ha conferito le seguenti Medaglie d'oro al «Merito alla Sanità Pubblica»:

Fratel Ettore Boschini - alla memoria;
Coniugi Cav. di Gran Croce e del Lavoro
Romeo Invernizzi e Ig.ra Enrica Pessina - alla
memoria;

Dott. Fabrizio Pantè - alla memoria;
Sig.ra Zaira Spreafico - alla memoria-
Presidente all'Associazione «La Nostra
Famiglia»;

A.I.L. Associazione Italiana contro le
Leucemie, Linfomi e Leiomia O.N.L.U.S.;
Fondazione Banca degli occhi del Veneto
O.N.L.U.S.;

Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti;
Istituto Figlie di N.S. della misericordia
Santa Maria Luseppa Rossello;
Dott. Giovanni Azzaretti;
Dott. Guido Bertolaso;
Gen. Isp. Capo CSA RN Manlio
Carboni;

Dott. Giuseppe Casale;
Avv. Giuseppe Castronovo;
Prof. Antonio Cicchetti;
Dott.ssa Francesca Crippa Floriani;
Prof. Cesare Fieschi;
Padre Eligio Gelmini;
Avv. Giuseppe Guzzetti;
Marchesa Amalia Litta Modignani;
Dott. Franco Locatelli;
Prof. Gino Luporini;
Prof. Alberto Malliani;
Prof. Pier Mannuccio Mannucci;
Dott. Gianbattista Martinelli;
Amm. Isp. Capo (SAN) Vincenzo
Martines;

Dott. Cristiano Martini;
Prof. Michele Masellis;
Prof. Antonio Randazzo;

Dott. Rino Rappuoli;
Prof. Gianfranco Silvestrini;
Prof. Francesco Schittulli;
Bandiera della Polizia di Stato - Servizio Sanitario.

Madre e bambino *al centro della* **Giornata mondiale** *della sanità*



Dedicata quest'anno alla salute della madre e del bambino, la Giornata mondiale della sanità, appuntamento che cade, ogni anno il 7 di aprile. Lo slogan scelto è "mother and child health: make every mother and child count", "fai contare ogni madre e ogni bambino".

«A nome del Gruppo rene e gravidanza della Società italiana di nefrologia - ha detto Dario Manfellotto, coordinatore nazionale del Gruppo rene e gravidanza della società italiana di nefrologia, presso il centro di fisiopatologia clinica dell'ospedale Fatebenefratelli - ho proposto che in tutta Italia venissero organizzati, in collaborazione con ostetrici, ginecologi e con gli altri specialisti coinvolti nella gestione dei casi di gravidanza complicata, riunioni pubbliche per far conoscere le tematiche più importanti della salute della mamma e del bambino e delle complicanze che possono verificarsi in una gravidanza. A questo scopo, il 6 aprile, all'Isola Tiberina si è svolto un convegno-tavola rotonda su queste tematiche. L'evento è orientato a coinvolgere anche i non addetti ai lavori e gli amministratori sanitari».

Tra i temi trattati la gravidanza a rischio, il ruolo dell'ostetrico/a nell'assistenza, il neonato prematuro, l'assistenza integrata ai casi complessi, gravidanze a termine nelle donne dializzate.

Il tumore al colon retto è il secondo big killer tra i tumori che colpiscono gli italiani dopo quello al polmone per gli uomini e al seno per le donne: "Nel nostro Paese l'incidenza della malattia è in aumento: ogni anno si registrano 34,000 nuovi casi. Sono colpiti sia uomini

che donne sopra i 50 anni, soprattutto nel Nord e nel Centro Italia" precisa il Prof. Emilio Bajetta (Direttore dell'Oncologia Medica 2 presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano). "Una dieta non equilibrata, l'obesità, l'età e la storia familiare sono tutti fattori di rischio

domanda se inibendo la crescita dei vasi sanguigni del tumore si possa prevenire la crescita e la diffusione maligna, e quindi aumentare la sopravvivenza dei pazienti", ha detto il Professor Angelo Raffaele Bianco (Professore ordinario presso l'Università degli Studi "Federico II" di Napoli). "Bevacizumab ha dimostrato quest'ipotesi, portando così un miglioramento reale nel trattamento del tumore".

Tumore al colon retto

In arrivo in Europa bevacizumab, l'unico farmaco che funziona bloccando l'apporto sanguigno

Nel 2004 il cancro del colon-retto è stato la seconda forma di cancro più diffusa in Europa, con 376.400 nuovi casi. Si stima che oltre il 50% delle persone, cui viene diagnosticato il cancro coloretale, muoia a causa di questa malattia. Oggi i pazienti con tumore metastatico del colon retto in Europa potranno disporre di bevacizumab, un nuovo farmaco unico per il suo meccanismo d'azione, frutto del lavoro del ricercatore italiano Napoleone Ferrara (Genentech). In seguito alla recente approvazione da parte della Commissione Europea, bevacizumab sarà presto lanciato nella maggior parte degli Stati membri dell'UE nel corso dei prossimi mesi. Bevacizumab, quando somministrato in associazione alla chemioterapia, ha mostrato di aumentare le aspettative di vita dei pazienti con una riduzione del rischio di decesso del 30% rispetto alla sola chemioterapia.

per una malattia insidiosa che spesso si presenta con scarsità o assenza di sintomi". I trattamenti finora disponibili sono rappresentati dalla chirurgia, dalla radioterapia e dalla chemioterapia. Bevacizumab inaugura oggi una nuova classe di farmaci, quella degli inibitori dell'angiogenesi. Risultato di anni di ricerca scientifica, il farmaco funziona diversamente dalla chemioterapia tradizionale poiché è il primo trattamento che inibisce la crescita della rete di vasi sanguigni che fornisce il nutrimento e l'ossigeno al tumore, inibendone la crescita o la diffusione in altri distretti corporei (metastasi). Nello studio registrativo di Fase III, sul quale si è basata l'approvazione da parte dell'UE, i pazienti trattati con bevacizumab e chemioterapia (irinotecan/5-fluorouracil/leucovorin) sono vissuti significativamente più a lungo rispetto ai pazienti sottoposti alla sola chemioterapia, con una riduzione del rischio di decesso del 30%. Inoltre, l'aggiunta di bevacizumab ha prolungato del 70% il periodo di tempo libero da progressione della malattia, rispetto ai pazienti sottoposti alla sola chemioterapia (10,6 mesi rispetto a 6,2).

"Per molti anni, i ricercatori hanno tentato di rispondere alla

In un secondo studio di fase III, condotto da Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), è stato dimostrato che bevacizumab migliora significativamente la sopravvivenza quando aggiunto ad un altro regime chemioterapico ampiamente prescritto (oxaliplatino/5-fluorouracile/leucovorin). Con bevacizumab, i pazienti con stadio avanzato di malattia e un precedente fallimento terapeutico hanno registrato un significativo prolungamento della sopravvivenza rispetto a quelli che hanno ricevuto la sola chemioterapia.⁴

Le persone con tumore coloretale in fase molto avanzata, che non sono in grado di tollerare la tradizionale chemioterapia a due o più farmaci, hanno comunque tratto beneficio da bevacizumab. L'aggiunta del farmaco ad un regime di chemioterapia meno aggressivo (5-fluorouracile/leucovorin) ha dimostrato di incrementare del 67% la sopravvivenza libera da progressione di malattia.⁵

Bevacizumab è il primo trattamento che sopprime il rifornimento di sangue al tumore. Questo anticorpo monoclonale ha come bersaglio una proteina normalmente presente in natura, chiamata VEGF (acronimo di Vascular Endothelial Growth Factor, ovvero fattore di crescita vascolare endoteliale), un mediatore chiave dell'angiogenesi, sopprimendo in tal modo l'apporto di nutrimento essenziale per la crescita del tumore e la diffusione in altre parti dell'organismo (metastasi).

In Europa bevacizumab sarà uti-

lizzato come trattamento di prima linea in pazienti affetti da cancro metastatico del colon o del retto in associazione ai regimi chemioterapici comunemente impiegati a base di 5-fluorouracile/acido folinico o di 5-fluorouracile/acido folinico/irinotecan. Roche ha ottenuto l'approvazione accelerata dall'FDA statunitense ed il farmaco è già stato lanciato negli Stati Uniti nel febbraio 2004.*Roche e Genentech stanno realizzando un programma di sviluppo clinico globale per esaminare l'impiego di bevacizumab nel cancro coloretale avanzato con altri chemioterapici, ipotizzando inoltre un suo potenziale impiego come trattamento adiuvante (post-operatorio). Poiché il meccanismo d'azione di bevacizumab potrebbe essere applicato ad un'ampia serie di tumori maligni, Roche e Genentech stanno studiando il beneficio clinico potenzialmente offerto dall'uso di questo farmaco per altre forme di cancro, tra cui il cancro al polmone non a piccole cellule, il carcinoma pancreatico, il tumore al seno e quello renale. Si prevede che circa 15.000 pazienti nel mondo verranno arruolati in tali sperimentazioni cliniche nei prossimi anni.

Roche in Oncologia

Negli ultimi cinque anni, il Gruppo Roche, che comprende Genentech negli Stati Uniti e Chugai in Giappone, è diventato leader mondiale nell'ambito dei trattamenti antitumorali, della terapia di supporto e nel settore diagnostico. Il suo portfolio oncologico include una serie senza precedenti di cinque prodotti in grado di offrire benefici in termini di sopravvivenza in diverse importanti indicazioni oncologiche: tra gli altri capecitabina e trastuzumab nel carcinoma mammario in fase avanzata, rituximab nel linfoma non-Hodgkin, bevacizumab e capecitabina nel carcinoma coloretale e erlotinib nel cancro al polmone non a piccole cellule e nel carcinoma pancreatico.

Negli Stati Uniti trastuzumab, rituximab, bevacizumab ed erlotinib

L'Italia e i trapianti

Resta alto il numero di pazienti in lista di attesa

Sono solo gli Stati Uniti e la Spagna a precederci nella classifica dei trapianti e delle donazioni di organo. Resta però alto il numero dei pazienti in lista di attesa, quasi 9.000 alla fine del 2004 a causa di una scarsa cultura della donazione che non va ancora oltre il 30%. È quanto emerge dal Report 2004 presentato dal Ministero della salute, che dimostra anche come nel nostro Paese la sopravvivenza a un anno dell'organo trapiantato sia superiore alle medie europee. Un buon riconoscimento per medici e sanità pubblica.



sono commercializzati sia da Genentech, sola o in partnership con le aziende Biogen Idec Inc. (per rituximab) e OSI (per erlotinib). Al di fuori degli Stati Uniti, sono responsabili dell'immissione in commercio di questi farmaci Roche e la sua partner giapponese Chugai.

Roche dispone di quattro siti di ricerca (due negli Stati Uniti, uno in Germania e uno in Giappone) e cinque siti di sviluppo (nel Regno Unito, in Svizzera, in Australia e due negli Stati Uniti).

Per maggiori informazioni: - su Roche: www.roche.com - su Genentech: www.gene.com -sul tumore:

www.health-kiosk.ch

Per avere accesso al materiale video è possibile collegarsi al sito: www.thenewsmarket.com

Comunicazione Roche:

Dario Francolino Tel: 039 2474445 Fax: 039 2474416
dario.francolino@roche.com

Silvia Cocha Tel: 039 2474466 Fax: 039 2474416
silvia.coha@roche.com

Nota: * Negli USA, bevacizumab è approvato per l'utilizzo in combinazione con regimi di chemioterapia a base di 5-FU endovenoso, per il trattamento di prima linea dei pazienti affetti da tumore metastatico al colon o al retto.

**Offerta
collaborazione**

Odontoiatra specialista in ortognatodonzia offre collaborazione presso studi dentistici per casi di ortodonzia e auxologia craniofaciale applicata. Tel. 338.9036809.



Sono indette le elezioni dei rappresentanti dei Comitati consultivi del fondo di previdenza della libera professione "Quota B" del Fondo generale, del Fondo dei medici di medicina generale, del Fondo specialisti ambulatoriali e del Fondo specialisti esterni.

Come è noto, ciascun Comitato consultivo è formato da 21 componenti scelti fra gli iscritti attivi ed i titolari di pensione ordinaria o di invalidità del Fondo.

Il Comitato consultivo del Fondo dei medici di medicina generale è integrato da ulteriori tre componenti, eletti fra gli iscritti attivi al Fondo, di cui: un rappresentante nazionale per la categoria dei medici di medicina generale di assistenza primaria; un rappresentante nazionale per la categoria dei medici pediatri di libera scelta; un rappresentante nazionale per la categoria dei medici di medicina generale addetti al servizio di continuità assistenziale e/o emergenza territoriale.

Le elezioni dei delegati avranno luogo, su tutto il territorio nazionale, domenica 8 maggio 2005.

Gli iscritti titolari di posizioni contributive presso più Fondi possono presentare una sola candidatura; i pensionati titolari di più trattamenti possono presentare la loro candidatura soltanto per il Comitato consultivo del Fondo che eroga la pensione di importo più elevato. In tal senso è stato predisposto apposito elenco; i relativi tabulati verranno spediti in tempo utile.

Gli iscritti al Fondo dei medici di medicina generale possono concorrere anche per l'elezione dei rappresentanti nazionali di categoria; tale candidatura è tuttavia incompatibile con

quella a rappresentante regionale. Ritengo, altresì, di dover precisare che i pensionati del Fondo non possono presentare la propria candidatura a rappresentante nazionale.

Gli iscritti attivi hanno diritto al voto per l'elezione dei componenti dei Comitati consultivi di tutti i Fondi presso i quali sono titolari di posizioni contributive, mentre i pensionati possono votare soltanto per il Comitato del Fondo che eroga loro il trattamento di importo più elevato.

Hanno diritto al voto tutti gli iscritti, i quali, pur non essendo compresi negli elenchi trasmessi dall'Enpam all'Ordine provinciale, dimostrino con idonea documentazione – rilasciata dalle competenti strutture del Servizio sanitario nazionale o di altro ente – che sia in corso un rapporto di convenzione o di accreditamento. Per il Comitato consultivo del Fondo di previdenza della libera professione – "Quota B" del Fondo generale, hanno diritto al voto tutti i soggetti che dimostrino, mediante la presentazione della relativa ricevuta, di aver effettuato il versamento del contributo proporzionale al reddito libero professionale, eccedente il minimo esente, per almeno un reddito prodotto negli anni 2001, 2002 e 2003.

La comunicazione all'ufficio elettorale centrale, costituito presso l'Enpam, delle candidature dei rappresentanti nazionali in seno al Comitato consultivo del Fondo di previdenza dei medici di medicina generale, va fatta entro l'8 aprile; ciò al fine di consentire la predisposizione alle relative liste, che devono pervenire a tutti gli Ordini almeno entro il successivo 28 aprile.

Elezioni dei comitati consultivi dei fondi di previdenza per il quinquennio 2005-2010



Disponibile la 1ª Guida al Corso di Formazione in Medicina Generale

Esempi reali di quiz, già presentati ai concorsi dei precedenti anni (tutti i quiz relativi ai precedenti concorsi suddivisi per anno), cui si affianca una serie di quiz di nuova elaborazione, con metodi e test inediti di autovalutazione, con validi consigli per affrontare l'esame di ammissione al corso.

Tale Guida fornisce ai medici candidati al concorso relativo all'ammissione al Corso di Formazione triennale Medicina Generale, un orientamento completo per ottimizzare la cultura acquisita nei corsi accademici.

Il medico candidato, troverà in questo volume i quiz già presentati ai concorsi dei precedenti anni (tutti i quiz relativi ai precedenti concorsi suddivisi

per anno), cui si affianca una serie di quiz di nuova elaborazione (metodi e test inediti di autovalutazione). La Guida è già disponibile dallo scorso mese di dicembre ed è stata realizzata anche in CD-ROM, supporto che ne favorisce la fruibilità, per-

mettendo l'utilizzo e la gestione dei dati per operazioni di mailing, di ricerca o quant'altro.

Per informazioni e/o prenotazioni contattare l'Azienda curatrice, ai sottoriportati numeri telefonici.

**Prossima
la pubblicazione
di un nuovo bando
di concorso,
che dovrebbe
essere
pubblicato
nel febbraio 2005**

MULTIMEDIA CONGRESS
Giuseppe Trischitta
Relazioni Esterne
Tel. e Fax 090.2934048
Cell. 347.5207122
98123 Messina (ME)

È il 20 giugno 2005 il termine entro il quale vanno presentati gli esempi di "buone pratiche" sperimentate per prevenire o ridurre i rischi per i lavoratori derivanti dal rumore. Si

causa infortuni, concorre allo stress associato al lavoro e, insieme ad altri fattori presenti sul luogo di lavoro, può causare problemi di salute.

Al concorso possono partecipare aziende individuali in cui si sono svolte le attività, imprese ed organizzazioni che operano nell'ambito della fornitura di prodotti, macchinari o personale, organizzazioni di

Le proposte che verranno presentate devono dar prova di buona gestione dimostrando l'effettiva valutazione del rischio e l'efficacia dei metodi utilizzati contro i rischi a cui i lavoratori possono essere soggetti.

Gli esempi di buone pratiche dovrebbero focalizzarsi sull'eliminazione di forti rumori dal luogo di lavoro, sul controllo del rumore alla fonte, incidendo, ad esempio, sulle attrezzature di lavoro, sulle misure collettive di controllo, sulla forma-

Verranno presi in considerazione anche esempi di buone pratiche provenienti da produttori di attrezzature o macchinari che hanno preso efficaci misure per ridurre il rumore prodotto da que-

sti apparecchi, e da organizzazioni che facilitano l'acquisto di apparecchiature a bassa rumorosità, soprattutto se i produttori hanno collaborato con i datori di lavoro ed i lavoratori per trovare una soluzione.

Il premio, per i vincitori del concorso, consisterà in un encomio a livello europeo del ruolo svolto per il miglioramento delle condizioni di lavoro in Europa. Inoltre i rappresentanti delle aziende od organizzazioni selezionate saranno invitati alla premiazione che si svolgerà a Bilbao in concomitanza con la cerimonia di conclusione della Settimana europea 2005; gli esempi di buone pratiche saranno inoltre pubblicati sul sito internet dell'Agenzia e su uno specifico opuscolo.

Premio UE "buone pratiche" contro il rumore

tratta della sesta edizione del Premio, organizzato dall'Agenzia europea per la salute e la sicurezza sul lavoro di Bilbao, che coinvolge ogni anno tutti i Paesi europei. La premiazione per il 2005 interesserà imprese e organizzazioni che hanno contribuito in modo rilevante ed innovativo alla riduzione dei rischi associati al rumore. Scopo dei riconoscimenti è dimostrare, con esempi pratici, a tutti i datori di lavoro ed ai lavoratori europei i vantaggi delle buone pratiche in termini di sicurezza e salute.

Ogni anno l'Agenzia europea di Bilbao individua un tema cruciale nella sicurezza sul lavoro, che sarà l'argomento della Settimana europea e delle "buone pratiche": quest'anno il tema riguarda i rischi da rumore, che non causa unicamente perdite di udito ma può essere un fattore occasionale che

datori di lavoro, associazioni commerciali, sindacati, servizi di prevenzione della salute e sicurezza sul lavoro, regionali o locali.