

in questo numero



Il ministro Storace a Milazzo

Farmacovigilanza, registro di reazioni avverse

Questionario malattia inguaribile

La depressione nell'anziano

Donazioni d'organi in calo

Convegno nefrocardiologico



Ricerca sugli ormoni tiroidei materni

Le urgenze nella età evolutiva

5

**Giugno
2005**

**Messina
medica**

Publicazione 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

SEGRETARIA di REDAZIONE



**Europa Due
media & congress**

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

Politici amministratori ed esperti concordi sulla proposta



Migliorare il rapporto tra utente e struttura ospedaliera

Il tasso di crescita della spesa sanitaria ha avuto, in questi ultimi decenni, uno sviluppo notevole, tanto che, già nel 1977, si paventava una "medicalizzazione del bilancio", a cui siamo puntualmente arrivati. Alla base di questa "rapida e costante ascesa" della spesa sanitaria l'invecchiamento della popolazione e le accresciute esigenze degli anziani, molti dei quali non autosufficienti. E' importante garantire la qualità del servizio sanitario al cittadino. Come? Intanto "non spendere meno, ma spendere meglio". L'equazione "scarse risorse ridimensionamento dei diritti" rende il diritto alla salute un diritto "finanziariamente condizionato". E allora, è possibile conciliare un approc-

cio manageriale che miri al contenimento della spesa sanitaria e contestualmente all'ottimizzazione dell'uso delle risorse e quindi dei servizi? Questo è l'aspetto più importante di un'ampia e complessa problematica che coinvolge "l'utente-paziente nella Sanità italiana" di cui si è parlato nel corso del 2° convegno nazionale dell'Ordine dei medici presieduto dal sottosegretario sen. Cesare Cursi, tenutosi al Teatro Vittorio Emanuele sotto l'alto patronato del presidente della Repubblica e con il patrocinio del presidente del Senato e della Camera dei deputati. Un Convegno evento che ormai costituisce un appuntamento capace di richiamare il pubblico delle grandi occasioni.

Il presidente dell'Ordin-

ario Nunzio Romeo in apertura dei lavori ha sottolineato come "l'utente-paziente si trovi spesso stritolato all'interno di un'organizzazione che lo fa sentire semplicemente un numero senza individualità, senza dignità umana. L'intero sistema appare oggi alquanto obsoleto e ormai superato sia nella qualità di talune prestazioni, sia nell'accoglienza della persona malata. La situazione ospedaliera ha aggiunto Romeo - presenta "punti di criticità" per carenze strutturali (anche in day hospital). Occorre "spendere meglio e utilizzare la tecnologia in modo più appropriato, umanizzando la medicina". Il binomio utente paziente - ha poi detto il viceministro. Nanni Ricevuto nel rivolgere il saluto del

Governo, è "conciliare l'universo dei diritti con l'esigenza del contenimento della spesa sanitaria per garantire una buona qualità del servizio". La "centralità della persona-paziente - ha affermato l'assessore regionale Antonio d'Aquino - è nella vocazione del governo regionale".

Si è passati quindi alle relazioni e del processo evolutivo del pianeta sanitario di aziendalizzazione ha parlato il rettore Francesco Tomasello: "è incompiuto e contraddittorio". Bisogna "ritornare alla persona, alla centralità del paziente". Nello scenario meraviglioso del progresso scientifico occorre riflettere sui limiti enormi della medicina. Particolare attenzione merita la farmacologia la quale ha un ruolo importante nella



Da sinistra: Trimarchi, Zucconi, Castiglione, Corsi, Tomasello, Falconi, Amato, e Romeo. Sotto: l'arcivescovo Marra, il viceministro Ricevuto, il pres. del consiglio comunale Bonanno, l'ammiraglio Molaschi, il comandante della capitaneria De Michele, il questore Giuffrè e il comandante Gdf col. Lolli.

della salute è "eticamente e politicamente scorretto che un cittadino sia penalizzato solo perchè residente in una regione trascurata». L'on. Corsi ha quindi parlato di erogazioni per cure palliative non utilizzate; alcune regioni hanno speso soltanto il 24% delle risorse assegnate contro il 100% di altre!". L'uomo di governo ha quindi riaffermato il "fondamentale ruolo del medico di famiglia in un rinnovato rapporto etico-morale con il paziente". Certo, la medicina ha fatto passi da gigante - ha detto lo psicologo Alberto Zucconi ma non altrettanto nella cura della persona, per la quale siamo rimasti all'età della pietra". Una medicina centrata sulla persona ottiene migliori livelli di "compliance" e di trattamento terapeutico". L'esercizio della professione medica contrassegnata dall'empatia conduce all'efficacia! Da semplice numero il paziente deve diventare "soggetto bio-psico-sociale". Secondo l'endocrinologo Francesco Trimarchi "l'identità etica è fonda-

mente, prevenire, curare e soprattutto deve saper fronteggiare gravi situazioni». malati non sono "consumatori di un centro commerciale!". Il valore etico della solidarietà e della umanizzazione della cura nella professione medica è stato sottolineato dal presidente dell'Ordine dei medici di Roma Mario Falconi: "un sorriso, una carezza al malato può valere più di un farmaco". Di notevole valenza etico-scientifico-sociale gli interventi sulla situazione della sanità regionale del vicepresidente nazionale della federazione degli ordini dei medici Salvatore Amato, dell'europarlamentare Giuseppe Castiglione e del sen. Sebastiano Sanzarello, componente della Commissione Sanità del senato. Certo, la vita media si è allungata "grazie alla moderna biomedica, all'ingegneria genetica, alle tecnologie diagnosticoterapetiche e riabilitative; ma il rischio che si deve scongiurare è che i progressi della medicina non diventino privilegi per pochi!".



dimensione universitaria". Il ruolo centrale del cittadino-paziente sul suo stato di salute (o di malattia) nel sistema sanitario è stato focalizzato dal direttore esecutivo Pfizer Maria Pia Ruffilli, la quale ha invocato "maggiore attenzione del medico sia nella cura

ma soprattutto nel prendersi cura» del paziente". C'è "l'esigenza che lo Stato recuperi la logica dell'equità regionale - ha poi affermato il sottosegretario di Stato al ministero della Salute sen. Cesare Corsi che ha presieduto i lavori. Sulla tutela

mentale nella professione medica oggi". La formazione permanente è obbligo morale, deontologico. Il medico ha affermato il prof. Trimarchi deve "ascoltare, consolare, infor-

A conclusione del convegno la consegna del premio speciale al prof. Antonino Ferrara e la cerimonia delle borse di studio agli studenti dei licei Maurolico e La Farina.

“L’Utente Paziente nella Sanità italiana”

Premio speciale ad Antonino Ferrara



Il Ministro per le pari opportunità on. Stefania Prestigiacomo ha messo a disposizione una targa della presidenza del Consiglio dei ministri, che l'Ordine dei medici in sintonia con la "Borsa di studio Cavaleri" ha assegnato all'unanimità al prof. Antonino Ferrara "per avere dedicato la sua vita professionale di anatomo-patologo alla ricerca scientifica, agli studi di bioetica, all'assistenza con alto senso etico rappresentando un esempio per docenti e discenti".

*Il prof.
Antonino
Ferrara
premiato
dai presidenti
Amato
e Romeo.
Accanto il
direttivo fem-
minile della
Croce Rossa.*



di Nunzio **ROMEO**

L'Ordine dei medici ha voluto questo secondo convegno nazionale, che nei nostri propositi costituirà un appuntamento fisso di primavera, per trattare temi della Sanità di particolare interesse per i cittadini, nell'intento di contribuire a individuare possibili nuovi percorsi; modelli organizzativi capaci di rispondere meglio alle attese degli utenti, e assecondare un cambiamento da tutti sentito; operatori della sanità per primi.

La salute pubblica è passata nel giro di pochi anni da un sistema in cui tutto veniva garantito, a un approccio manageriale che tende al contenimento della spesa in uno all'ottimizzazione dei servizi. Obiettivi talvolta stridenti e non soltanto per quantità delle risorse disponibili ma per modalità e tempi di impiego.

Siamo ancora fermi a schemi burocratici vecchi di decenni, a tipologie operative ospedaliere non più rispondenti a criteri dell'accoglienza largamente applicati in altri settori e che a maggior ragione dovrebbero





gono ancora obiettivi da conseguire dell'accordo di programma del 2002:

- * il completamento della rete ospedaliera con particolare riguardo alle specialità localizzate nelle aree metropolitane, attraverso la realizzazione di strutture di eccellenza (che nella nostra città dovrebbe essere il Centro oncologico);
- * il potenziamento della rete dei servizi territoriali;
- * il potenziamento delle strutture in day hospital;
- * gli interventi per le isole minori, volti a colmare la condizione di marginalità.

E poichè sappiamo di dover fare i conti con prospettive poco incoraggianti, ecco allora che si impone un'accelerazione ai processi di cambiamento perchè ciò che si può spendere venga speso al meglio.

Da qui, l'auspicio che ogni investimento venga nella debita considerazione la centralità dell'utente, non solo la sua malattia.

Si interagisce poco tra strutture pubbliche. E si interagisce ancor meno con l'e-

essere recepiti dalle nostre strutture, perchè il cittadino che a loro si rivolge è ovviamente una persona che versa in uno stato momentaneo di bisogno, di vulnerabilità, di disagio. E tale condizione non può essere aggravata ulteriormente da una trafila talvolta stressante in cui si imbatte chi accusa patologie particolari e al suo arrivo in ospedale deve migrare da una parte all'altra, prima di arrivare davanti al medico che deve prendersene cura.

Il calendario auspicato di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico procede a rilento; le scelte vagano tra accordi di programma; manca un definitivo Piano mentre gli annunci sembrano destinati a rimanere tali nel tempo portandosi dietro, di volta in volta, un appesantimento di problemi che aggrava il compito di chi deve gestire, con l'ovvia conseguenza di non poter contare su finanziamenti bastevoli, posta l'inevitabile espansione di costi a fronte del dilatarsi dei tempi di attuazione dei programmi.

Al quadro complesso dei rapporti Stato - Regione che ha modificato le



L'europarlamentare Castiglione, il sottosegretario Cursi e il rettore Tomasello

competenze, si somma adesso un quadro economico non florido; e una situazione ospedaliera che presenta punti di criticità: con carenze strutturali, mancata realizzazione di 140 mila posti letto

previsti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio, carenze di posti letto anche nei presidi di emergenza

Mentre riman-





L'arcivescovo Marra,
il giornalista Cavaleri
e il rettore Letteri.

sterno. Ad esempio con il medico di famiglia, primo riferimento assistenziale, che rimane infatti estraneo al percorso successivo del suo malato.

Un "tavolo tecnico" per provincia, che metta insieme tutti i direttori generali e sanitari, potrebbe essere un utile momento di analisi e valutazione, in grado di intercettare le possibili sinergie operative e individuare correttivi praticabili.

So bene che si tratta di questioni complesse che scontano decenni di ritardi e che si scontrano con "protocolli consolidati", spesso frutto di un "agire per fotocopia" difficile da modificare.

Ci tentiamo.

Come abbiamo fatto l'anno scorso con la "Carta di Messina" richiamando tutti, operatori della sanità e giornalisti, a cancellare quei termini codificati nel nostro lessico e spesso utilizzati con leggerezza ma che a un paziente oncologico fanno male, e pesano come macigni.

Mi riferisco a espressioni come: malato terminale, cure palliative, male inguaribile.

Abbiamo lanciato un messaggio, non da molti raccolto; perché in verità se ne continua a fare largo uso su giornali e in tv – approfitto per sottolinearlo, al presidente nazionale dell'Ordine dei giornalisti.

È così anche per la modulistica del Servizio sanitario e

nella denominazione di alcuni reparti ospedalieri – e in tal senso chiedo al Sottosegretario di volerci aiutare. Parlando nel convegno dell'anno scorso della terminologia medica rivolta al paziente oncologico, riteniamo di aver posto un problema non marginale.

Così come centrale è il rapporto tra utente e struttura ospedaliera,

almeno quel disagio degli adempimenti legati a pagamento di ticket, prenotazioni e quant'altro e che spesso comportano il dover migrare da una parte all'altra. Ma non soltanto.

Aspetti che abbiamo condensato in un "Decalogo" e che vorremmo chiamare, "Carta di Messina 2005".

Intendiamo lavorare per il futuro. Con la consapevolezza che è necessario il massimo coinvolgimento per radicare una diversa filosofia di approccio che riporti il paziente, con la sua individualità, al centro della nostra attenzione.



I manager
degli ospedali
e la
Commissione
delle Borse
di studio.
Qui accanto:
Amato,
Falconi,
Del Boca e
Romeo



nel senso di rivedere i percorsi di ricovero e di assistenza. Di attrezzare front-office che si prendano cura di chi arriva, risparmiandogli



Un momento
della Tavola
Rotonda

Un "Decalogo" per cambiare l'accoglienza negli ospedali

di Salvo **ROTONDO**



L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Messina, al termine del Convegno dal titolo "L'Utente-Paziente nella Sanità Italiana", che ha registrato la partecipazione di manager della sanità, giornalisti, medici ed esponenti del mondo del volontariato, ha proposto il seguente documento quale "Carta di Intenti" cui dovrebbero ispirarsi gli operatori del SSN a tutti i livelli per la tutela della dignità umana degli utenti che per loro intrinseca situazione si trovano in una condizione di bisogno, di debolezza e di fragilità.

Gli obiettivi principali sono quelli di riconoscere agli utenti del SSN il rispetto della persona con i suoi inviolabili diritti di buona organizzazione che, se non prodotta, va ad aggiungersi alle sofferenze indotte dallo stato di malattia peggiorando ulte-

riormente la qualità della vita.

Il processo di management aziendale prevede una razionalizzazione delle spese parallelamente ad una riduzione delle risorse. Esistono percorsi, indicazioni e raccomandazioni all'interno del Piano Sanitario Nazionale e nei corrispettivi Regionali orientati verso la tutela dell'utente. Troppo spesso, però, sono

presenti evidenti criticità nella fruizione dei servizi attribuibili a carenze organizzative ed alla assenza di percorsi diagnostico-terapeutici codificati all'interno dei processi integrati nella rete del Sistema Sanitario Nazionale. Aspetti su cui si sono soffermati nella tavola rotonda, moderata dal presidente nazionale dell'Ordine dei giornalisti, Lorenzo Del Boca, i manager Carmelo Caratozzolo (Policlinico), Salvatore Furnari (Asl 5), Giuseppe Cardella (Papardo); e ancora, Stenio Marino (Fondazione Cultura e Salute), Mario Cavaleri (Gazzetta del sud), Salvo

Rotondo (Segretario dell'Ordine), Gustavo Barresi (Ospedalità privata), Sebastiano Sanzarello (Commissione Sanità del Senato), Adolfo De Meo (Croce Rossa).

IL DECALOGO

È fondamentale impegnarsi alla generazione di procedure politico-organizzative che tendano alla "presa in carico del Paziente", il quale, afferente ad

lenze specialistiche in tempi e con modalità preferenziali. In modo da garantire una maggiore appropriatezza delle richieste, il contenimento delle liste di attesa e soprattutto si evita che il Paziente "rimbalzi" dal medico di famiglia ai vari specialisti o ambulatori con grave discomfort per l'utenza e scadimento della qualità dei servizi. Abbandonando la

falsa logica di mercato che induce a vendere malattia piuttosto che promuovere la salute.

È indispensabile realizzare linee guida e protocolli finalizzati all'umanizzazione ed alla dignità della Persona bisognosa di salute

e non solo della sua malattia nella sua individualità. E' infatti sempre più sentito il bisogno di declinare un "pensiero progettuale unico", orientato all'utenza per la realizzazione di risultati soddisfacenti di eccellenza con il minimo utilizzo di risorse in un ambiente omogeneo per compatibilità e sinergie propendente al miglioramento continuo. Una



Salvatore Furnari



Carmelo Caratozzolo

un qualunque specialista della struttura territoriale o ospedaliera abbia la possibilità di essere seguito lungo tutto il percorso diagnostico-terapeutico dallo stesso specialista che per competenza lo ha preso in carico. Il modello organizzativo deve prevedere quindi che vengano "attivati canali preferenziali" in grado di consentire l'esecuzione di esami e consu-

visione unitaria e sistemica dell'organizzazione, l'attenzione ai segnali di cambiamento come espressione della centralità del cittadino e del contesto sociale di riferimento, la definizione di obiettivi e strategie unificanti, sono i capisaldi di una progettazione dello sviluppo organizzativo che si propone non solo la definizione di regole, ma anche un'attenzione necessaria per un reale cambiamento, la cultura e l'etica per un nuovo sistema di valori. C'è qualità solo se questa è percepita dall'utente coinvolto attivamente nella gestione progettuale del suo problema: il servizio cresce nella "relazione tra utente e operatori", in particolare nel campo del "consenso informato", un consenso oggi quasi sempre poco informato ed ancor meno consapevole.

Dedicare il massimo sforzo verso la produzione di procedure organizzative che evitino "autoreferenziazione" da cui si generano solo "diseconomie" attraverso cui si instaurano pericolosi bug del sistema organizzativo della Sanità capaci di determinare una richiesta di procedure inutili, costose e talora pericolose, avanzate dagli operatori sanitari a discapito di processi di ottimizzazione, di protocolli e linee guida, in una parola: di qualità. Hanno fini diversi in situazioni diverse, a volte sono secondarie ad asimmetrie conoscitive (e quindi nasce il meccanismo secondo cui "richiedo esami a tappeto, tanto qualcosa uscirà fuori"), a



Marino, Furnari, Cavaleri, Falconi, Sanzarelli, Caratozzolo, De Meo e Barresi durante la tavola rotonda. Qui accanto l'intervento di Maria Pia Ruffilli

volte rappresentano artifici per incrementare la produttività (richiedo esami o consulenze per giustificare, artatamente o meno, la presenza di risorse umane e non). Bisogna quindi tendere a costruire organizzazioni

delle risorse umane e nel miglioramento del clima e degli ambienti di produzione. Un clima di lavoro positivo induce ad una migliore qualità nella realizzazione dei servizi. La gestione dei conflitti interni rappresenta il punto nodale irrinunciabile per la realizzazione di percorsi di qualità in una politica di

una politica sanitaria fatta di emergenze garantisce solo un sistema volto alla soluzione incompleta di problemi capace di generare solo criticità e soluzioni parziali. E' fondamentale che nell'agenda della programmazione venga lasciato adeguato spazio a soluzioni integrate attraverso un reengineering complessivo del sistema, avendo cura di coinvolgere tutti gli attori che agiscono all'interno del sistema stesso tenendo conto delle procedure e dei percorsi da intraprendere attuando un adeguata motivazione del personale e degli utenti. E' quindi necessario ripensare la professione sanitaria su base etica al fine di restituire potere decisionale a chi sta in prima fila e che conosce le realtà quotidiane, mediante una partecipazione decisionale di tipo clinico-professionale. In atto, più che verso l'aziendalizzazione si va verso una burocratizzazione né efficiente né efficace, sempre più lontana dalla stessa percezione dei bisogni.

Realizzare procedure volte alla verifica dei risultati ed all'ottimizzazione dei percorsi procedurali. Posto che qualunque risultato va



Gustavo Barresi



Giuseppe Cardella



Mario Cavaleri



Lorenzo Del Boca



Adolfo De Meo



Stenio Marino



Sebastiano Sanzarelli

non autoreferenziali che abbiano un SENSO CONdiviso con gli utenti e che creino giorno per giorno CONSENSO.

Impegnarsi nell'ottimizzazione della gestione

reale "governo clinico".

Adoperarsi per la realizzazione di percorsi di Progettualizzazione della politica sanitaria. Vivere

verificato, vanno soprattutto analizzati i percorsi che non raggiungono i risultati attesi sulla base dello studio di indicatori virtuosi preliminarmente stabiliti. Il danno maggiore nelle politiche sanitarie oggi è che raramente esistono reali procedure di verifica dei risultati e conseguenti opere di correzione e di aggiustamento. E' quindi indispensabile abbandonare la logica della prestazione per orientarsi ai "processi" intesi come successione di iniziative coordinate e denotate da specifici indicatori: questo sia nella presa in carico dell'utente (soprattutto se cronico o in una ottica di prevenzione), sia nella creazione, gestione e monitoraggio dei servizi.

Configurare percorsi orientati verso la prevenzione degli errori in medicina. Diventa imprescindibile la realizzazione di percorsi orientati verso la prevenzione degli errori in medicina a tutti i livelli (politici, sanitari e non ultimi amministrativi) che il più delle volte derivano da discrasie procedurali non previste, sottovalutate o peggio ignorate.

Realizzare percorsi di formazione orientati. La formazione ECM (in tutte le sue componenti: residenziale, FAD, "sul campo"), piuttosto che un impegno da ottemperare da parte degli operatori e delle Aziende Sanitarie rappresenta, se se ne da una corretta chiave di lettura, un'opportunità per l'attuazione di percorsi formativi finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi, del lavoro, del clima e degli ambienti. Attraverso questi sistemi innovativi di "culturalizzazione sanitaria" è possibile orientare le conoscenze degli operatori verso procedure, protocolli o linee guida virtuosi da implementare, realizzare o applicare.

Il diritto alla salute è un principio inalienabile della Costituzione della Repubblica Italiana. Parallelamente ai LEA, alle garanzie di prevenzione, di efficacia, efficienza, appropriatezza vanno garantiti agli utenti percorsi condivisi che siano in grado di assicurare il massimo dell'assistenza a chi, per i propri bisogni di salute, si trova in condizioni di fragilità

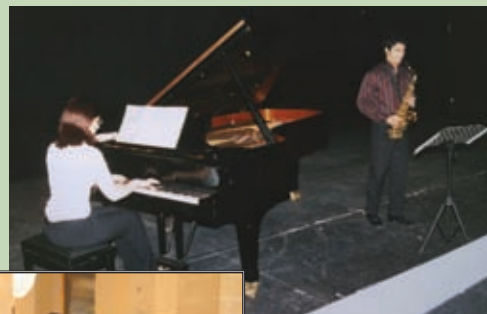
Le borse di studio Silvana Cavaleri



Gli aspetti sociali del tema hanno impegnato nelle settimane precedenti al convegno gli studenti dei licei classici cittadini Maurolico e La Farina, su iniziativa della "Borsa di studio Silvana Romeo Cavaleri" (nella foto) e in occasione del convegno si è proceduto alla premiazione dei vincitori: Rita Faranda, Salvatore Salpietro, Francesco Lo Iacono, Manuela Boncaldo, Giuseppe Cicero, Giuseppe Giuffrida, Claudia De Francesco, Zeudi Migliara, Giselda Campolo Federica Morabito, Francesca D'Arrigo. Il ministro per le Pari opportunità Stefania Prestigiacomo in un messaggio ha sottolineato l'importanza del convegno e della Borsa di studio nel ricordo di una donna che si è dedicata con passione alla famiglia e al sociale, costituendo per tutti un esempio da seguire. La premiazione è stata presieduta dai presidi Antonino Grasso e Pio Lo Re.



La premiazione dei ragazzi presieduta dai professori Grasso e Lo Re; Il duo Vera Lizio (pianoforte) e Fabrizio Torrisi (sassofono) che ha introdotto il convegno-evento e un momento del buffet nel foyer del Teatro, curato da Carmelo Picciotto, titolare de "La dolce vita".



Inaugurata l'Unità complessa di pneumologia all'Ospedale di Milazzo

Storace: Sanità da riorganizzare per restituire serenità a medici e utenti

MILAZZO – Il ministro della salute Francesco Storace ha inaugurato domenica 19 giugno l'Unità complessa di pneumologia e allergologia diretta dal prof. Vincenzo Fogliari e ha presieduto la cerimonia con cui il presidio ospedaliero è stato intitolato al prof. Giuseppe Fogliari, sindaco della cittadina nel Dopoguerra e artefice della realizzazione.

Presenti il viceministro Nanni Ricevuto, l'assessore regionale alla sanità Giovanni Pistorio, il direttore dell'asl 5 Salvatore Furnari, il presidente dell'Ordine dei medici Nunzio Romeo, il preside di medicina Emanuele Scribano e il direttore sanitario dell'Ospe-



dale Francesca Parrinello. Si è parlato nell'occasione di "Educazione e formazione in medicina. Gli ospedali di insegnamento: una strada percorribile?"

L'Ospedale sede di Formazione

Possibili sinergie con l'Università

di Emanuele SCRIBANO

È un dato di fatto che la formazione sanitaria da effettuarsi, come previsto dalla norma, in ambito ospedaliero non si è realizzata ostenta a trovare autonome strade attuative.

L'esperienza maturata nella nostra realtà è comunque un esempio di come le più qualificate strutture deputate ad erogare assistenza possano integrarsi in un virtuoso processo di formazione del personale medico e paramedico.

Da sempre in Italia l'Università e per essa la Facoltà di Medicina per vocazione e compito istituzionale ha riservato le sue energie per la formazione di medici e di specialisti e, fatte salve poche eccezioni, gelosamente ha difeso tale nobile compito.

Il diffondersi sempre più sul territorio di strutture ospedaliere dotate di personale qualificato e di tecnologie all'avanguardia, merito di cospicui investimenti da parte di una moderna politica sanitaria, il continuo processo di aggiornamento professionale (ECM), anch'esso propi-

ziato ed "imposto" da una normativa attenta alla salute dei cittadini,



L'arrivo del Ministro accompagnato dall'on. Carmelo Briguglio. (foto Isolino)



nonché l'esigenza che a tutte le figure impegnate, anche in sedi periferiche, nella sanità venga garantita una solida e continua informazione e formazione ha reso indispensabile individuare, nella nostra come in altre provincie, un modo comune di partecipazione a tale irrinunciabile compito sociale.

Il felice rapporto, innanzitutto, con l'Ordine dei Medici è stato determinante nel dare credibilità a questo straordinario progetto di collaborazione formativa tra le varie

strutture assistenziali, incluse in parte anche quelle private. A tale proposito va rimarcato come la Facoltà Medica abbia stipulato convenzioni con gli ordini dei medici di Messina e Reggio Calabria per tirocini pratici degli studenti del cdl in Medicina presso i medici di famiglia al fine di integrare percorsi formativi tradizionali con le realtà ambulatoriali. In atto l'offerta formativa della Facoltà di Medicina e Chirurgia di Messina si concretizza nelle tradizionali lauree magistrali (specialistiche) di "Medicina e Chirurgia" e "Odontoiatria e Protesi Dentaria" ed in quelle di nuova istituzione: "Scienze e Tecniche delle attività motorie preventive e adattate"; "Scienze delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione"; "Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche" ed in sedi Corsi di Laurea Triennali. A queste si aggiungono i Corsi di Laurea Interfacoltà di "Scienze motorie e sportive" e di "Biotecnologie". Completano l'offerta formativa cinquantadue Scuole di Specializzazione oltre a dodici Dottorati di ricerca e alcuni Masters.

Di fatto l'Azienda ospedaliero-universitaria policlinico "Gaetano Martino" ospita circa cinquemila

studenti e specializzandi in un vero e proprio campus in cui si sviluppa una delle più ampie offerte formative in ambito sanitario.

Tutto ciò si è reso possibile grazie alla presenza di oltre cinquecento docenti della Facoltà e di decine di figure professionali, anch'esse abilitate al ruolo formativo. Ma non tutto si risolve con la disponibilità di un gran numero di docenti. A cominciare dalle strutture didattiche, presenti in discreto numero e di varia tipologia nel nostro Policlinico, ma che in alcuni periodi dell'anno si dimostrano insufficienti per il sovrapporsi di manifestazioni convegnistiche assai frequenti in un

ambito universitario; i piani e gli ordinamenti didattici hanno subito, negli ultimi anni, profonde trasformazioni, a cui spesso non ha corrisposto un tempestivo adeguamento della classe docente, sovente oberata di compiti assistenziali sempre più numerosi e pressanti; anche l'invecchiamento della classe docente, particolarmente in un momento caratterizzato da uno



Il prof. Fogliani e il viceministro Ricevuto. In alto la scoperta della targa.

straordinario incremento di domanda di formazione, è motivo di affanno nell'adeguamento della risposta formativa; la nuova filosofia di formazione a "piccoli gruppi", che interessa svariate decine di corsisti, è complessa da gestire in corsie pensate per poche presenze, ecc... Solo con una integrazione intelligente tra le varie strutture sanitarie esistenti sul territorio si è in parte affrontata questa improvvisa crescita di domanda formativa. Da sempre, per peculiari esigenze formative, convenzioni in tal senso erano state attivate tra alcune Scuole di Specializzazione della Facoltà e qualificate realtà ospedaliere ed in minor misura con case di cura. Con l'ASL 5 e con l'Azienda Papardo sono stati attivati tirocini pratici del corso di laurea in "infermieristica" che, a partire già dal primo anno delle lauree triennali, si svolgono in ambito ospedaliero uti-

La riconoscenza di Milazzo

a Giuseppe Fogliani

L'ospedale di Milazzo viene intitolato a Giuseppe Fogliani che fu l'infaticabile sostenitore e artefice di questa realtà sanitaria che oggi serve un comprensorio che va da Villafranca a Monforte San Giorgio passando per tutti i comuni del

Mela; polo di riferimento anche per le Isole Eolie. Giuseppe Fogliani, sindaco di Milazzo per moltissimi anni nel Dopoguerra, fu il primo presidente dell'ente ospedaliero e protagonista della posa della prima pietra il 16 gennaio 1966.

Domenica il figlio, prof. Vincenzo, primario di pneumologia nello stesso ospedale e presidente della Fondazione internazionale di pneumologia, è stato accanto al ministro per condividere una gioia personale ma anche un'importante soddisfazione per l'intera classe sanitaria provinciale che si arricchisce di un'Unità operativa specializzata in un territorio con problemi di inquinamento.



lizzando professionalità di indiscusso prestigio e per alcuni settori certamente prevalenti rispetto alle realtà universitarie. Sempre nell'ambito del corso di laurea in "Infermieristica" con

disponibilità di 460 posti, 320 sono collocati a Messina, 80 a Reggio Calabria, 30 a Caltagirone e 30 a Priolo. Tali canali distaccati rappresentano realtà in cui strutture ospedaliere o consorzi che si appoggiano a strutture sanitarie del territorio erogano formazione in sinergia con la Facoltà di Medicina con affidamento della maggior parte delle materie caratterizzanti a medici e paramedici reclutati in loco tra il personale ospedaliero. Frequentemente pervengono alla Facoltà richieste per stipulare convenzioni per canali decentrati per svariati corsi di laurea professionalizzanti. Alcune di queste richieste si concretizzeranno in esperienze formative sovrapponibili a quelle già attivate.

La necessità di garantire numeri si deve però coniugare a qualità ed in tale ottica la Facoltà si è imposta di esaminare con rigore tutte le proposte per non svalutare il titolo formativo erogato. Allo stato attuale, ritenere che strutture ospedaliere possano, in tempi contenuti, affrontare problemi di organizzazione e di governo dei momenti formativi, non avendone per storia pregressa e

tanto meno per finalità istituzionale sviluppato una precisa vocazione, è semplicemente utopistico. Organizzare una didattica moderna, adeguata alle attuali esigenze mette già in crisi una Facoltà medica, che in atto con estrema umiltà si mette in discussione per sostituire l'anacronistica autoreferenzialità con procedure più credibili di valutazione esterna. Ciò anche in relazione a meccanismi di erogazione di risorse economiche ed accreditamento dei corsi da parte del MIUR rispondenti a modelli di tipo "aziendale". Le facoltà mediche sono consapevoli di non potere garantire una formazione sul campo adeguata in tutti gli ambiti disciplinari e contestualmente hanno perfetta coscienza che esistono realtà ospedaliere più adeguate, oltre che sul piano assistenziale, anche sul piano culturale e quindi formativo.

L'ospedale, nella sua accezione più nobile, gioca un ruolo fondamentale, ma complementare all'Università nella educazione e formazione del personale sanitario.

In sintesi l'attuale strada da percorrere deve vedere privilegiate azioni di sinergismo e di complementarità nei processi di formazione.

L'ospedale, così come già realizzato in alcuni ambiti diagnostico-terapeutici, deve sempre più creare nicchie di eccellenza sanitaria, dove si possano completare ed esaltare percorsi educazionali-formativi inizialmente avviati ed impostati nel naturale alveo universitario.

Caudo confermato segretario provinciale

Sabato 11 giugno la Fimmg provinciale di Messina ha eletto in maniera plebiscitaria Giacomo Caudo Segretario Provinciale Generale per il quadriennio 2005/09. Praticamente riconfermato in blocco l'organigramma precedente con le sole novità dei dott. Umberto Alecci, Pietro Giorgianni e Giovanni Rizzo, elementi di sicura competenza, di spessore umano e professionale, che col loro entusiasmo e voglia di impegnarsi sapranno rappresentare un ulteriore valore aggiunto per il sindacato. Un sincero augurio di buon lavoro soprattutto per loro.

Le elezioni sono sempre un importante test democratico di verifica per l'attività sindacale svolta durante il mandato. Il risultato conferma che gli iscritti hanno voluto testimoniare la rinnovata fiducia e l'apprezzamento per l'opera svolta per la crescita professionale ed economica della categoria in questo ultimo triennio.

Certo non sono mancate le difficoltà ma, nonostante un quadro di riferimento quanto mai sfavorevole, il bilancio, pur se perfettibile, è ampiamente positivo. Un accordo regionale che, nonostante le diffidenze e lo scetticismo, non solo è stato portato a conclusione ma presenta contenuti economici e normativi che ne fanno un modello a cui guardano con interesse le altre regioni d'Italia. Un accordo che, una volta reso esecutivo e "metabolizzato", si rivela sempre più innovativo e significativo perché



valorizza con i fatti il ruolo e la professionalità del MdF, la sua centralità nel territorio con un peso complessivo paragonabile ad un contratto convenzionale nazionale.

Un'attività di concertazione con l'azienda territoriale svolta instaurando un clima improntato alla franca collaborazione, che ha tenuto conto delle reciproche esigenze, ed ha permesso, anche con la regolarità dei riconoscimenti economici, una serena attività professionale.

Infine, il recente rinnovo dell'ACN che rappresenta una garanzia dei LEA della medicina generale, stimola i sistemi organizzativi della Medicina di Famiglia, garantisce adeguamenti economici significativi.

Partire da questi risultati non spaventa il nuovo consiglio che, pur essendo consapevole che non sarà facile ripetere i risultati raggiunti, ha l'entusiasmo, la grinta, l'ottimismo e la convinzione per raggiungere sempre nuovi ambiziosi obiettivi.

Questa consapevolezza è confortata dalla compattezza della cate-

goria che ha dimostrato la grande capacità di sapersi mobilitare per supportare i propri rappresentanti in caso di necessità come dimostrato dalle azioni sindacali svolte (scioperi, manifestazioni di piazza, azioni divulgative, ecc) comprese le massicce marce su Roma che hanno visto ogni volta la presenza di ben 50 medici di famiglia di Messina.

Anche durante questo mandato non mancherà

l'umiltà e la concretezza di un continuo contatto e confronto con la base, tutti gli iscritti che lo vorranno sono invitati a partecipare attivamente e paritariamente alla vita sindacale, saranno considerati tutti i suggerimenti che ci giungeranno e si cercherà di implementare ancor di più la comunicazione ed il dibattito.

L'impegno sarà al massimo delle nostre possibilità.

Il direttivo

Riconfermato alla guida della FIMMG di Messina il Dott. Giacomo Caudo (*nella foto*).

Il nuovo organigramma, rinnovato nel segno della continuità, risulta così costituito:

Nunzio Romeo: Presidente

Esecutivo

Caudo Giacomo Segretario Provinciale

La Tella Salvatore (Vice-Segretario)

Toldonato Francesco (Vice-Segretario)

Maccarone Francesco (Seg. Amm. Tesoriere)

Cincotta Gaetano (Segretario Organizzativo)

Consiglio Direttivo

Alecci Umberto, Caminiti Giovanni, De Domenico

Giuseppe, Di Tommaso Giuseppe, Fazio Santino,

Giorgianni Pietro, Lembo Aurelio, Marino Sebastiano

Collegio dei Revisori dei Conti

Bonomo Edoardo, Crisafulli Vincenzo, Peditto

Francesco, Saccà Felice

Collegio dei Probiviri

Inferrera Santi, Luraschi Daniele, Rita Giovanni

Fiduciari di Distretto

TAORMINA: Giardina Eligio;

MESSINA SUD: Naso Giuseppe

MESSINA NORD: Di Biasi Aldo

MILAZZO: De Gaetano Carlo

BARCELLONA: Saija Giuseppe

PATTI: Pollicita Mario

CAPO D'ORLANDO: Monastra Antonino

SANT'AGATA M.: Reitano Antonino

MISTRETTA: Nigrelli Carmelo

Per la costituzione di un registro regionale di reazioni avverse

Farmacovigilanza, oncologi e medici di famiglia insieme

Dal Convegno svoltosi all'Università sulla Farmacovigilanza un appello ad una maggiore collaborazione fra oncologi e medici di famiglia per monitorare la tossicità dei farmaci. L'incontro, promosso dal prof. Giuseppe Altavilla ha visto la partecipazione del preside di Medicina Emanuele Scribano, del direttore generale del Policlinico Carmelo Caratozzolo; del direttore sanitario Giovanni Matera; del presidente dell'Ordine dei Medici Nunzio Romeo; dei prof. Natale D'Alessandro ed Achille Caputi neo eletto presidente della Società Italiana di Farmacologia.

L'AIOM regione Sicilia ha ritenuto di doversi spendere in questa organizzazione insieme al centro regionale per la Farmacovigilanza ed il centro regionale di consulenza ed informazione sugli effetti tossici da farmaci antitumorali, perché gli oncologi sono da sempre sensibili agli effetti collaterali dei farmaci che si utilizzano per il trattamento dei nostri pazienti, ed in maniera speciale quando si utilizzano farmaci citotossici. "Nel richiedere il consenso informato alla esecuzione della Chemioterapia al paziente ci sforziamo, sempre, di indicare - ha detto Altavilla - quali possano essere gli eventuali effetti tossici del trattamento e siamo particolarmente attenti a non determinare scadimenti di quella qualità di vita, che molto spesso rappresenta

l'unico obiettivo perseguibile con una cura medica. Eppure molto spesso ci confrontiamo con reazioni avverse da farmaci, che per esempio segnaliamo con la massima attenzione quando si verificano in pazienti inclusi in protocollo di terapia sperimentale secondo le norme di Good Clinical Practice. Ma nonostante ciò è molto strano verificare come le segnalazioni di ADR inviate al centro regionale di farmacovigilanza sono molto rare. Nel 2003 solo 29 segnalazioni in totale. Questo perché avviene? Cosa si può fare per intervenire su questa scarsa sensibilità alla segnalazione. È necessario il coinvolgimento operativo di tutte le figure professionali (Oncologi Medici, Medici di Medicina Generale, Farmacisti) che sono coinvolte nella gestione della malattia del paziente".

Moderatori del convegno sono stati i prof. Nicola Gebbia (ordinario oncologia medica Un. Palermo) e Mario Del Tacca (ordinario farmacologia Un. Pisa)

La lettura del prof. Ronald Meyboom Direttore del Centro per il Monitoraggio Internazio-

nale dei Farmaci della OMS: relazione di elevato



Beppe Altavilla

profilo scientifico che passa in rassegna la situazione relativa alla segnalazione di eventi avversi nelle varie nazioni e correla la importanza della segnalazione con il ritorno, in termini di informazio-

ni sullo stato della tossicità del farmaco, oggetto di segnalazione, e il relativo utilizzo da parte del medico per l'esecuzione del trattamento al paziente

Altra lettura del Prof. Romano Danesi (ordinario di farmacologia Un. Pisa). Riconosciuto esperto dei farmaci a bersaglio molecolare (nuova classe di farmaci utilizzati nel trattamento dei tumori) esegue un'aggiornata revisione sull'impiego clinico di questi nuovi farmaci, segnalando i risultati incoraggianti da essi ottenuti, ma sottolineando le nuove tossicità con cui l'oncologo deve confrontarsi. E ancora la lettura del prof. Natale D'Alessandro (ordinario di farmacologia Un. Palermo): dopo avere indicato come le segnalazioni di reazioni avverse da farmaci antitumorali siano nella nostra regione molto basse, ha analizzato le cause del fenomeno ed indicato le strade per otte-

nere un'inversione di questo fenomeno: formazione alla farmacovigilanza nei corsi di laurea in medicina e nelle scuole di specializzazione, informazione continua ai medici di medicina generale e agli specialisti oncologi

Nel corso della tavola rotonda conclusiva, moderata dai Prof. Caputi ed Altavilla, il punto di vista degli oncologi medici è stato sostenuto dal prof. Adamo dal dott. Caruso e dal dott. Iacono, segretario nazionale della Associazione Italiana di Oncologia Medica; la prof.ssa De Sarro ha messo in guardia sui pericoli di reazioni avverse dovute ad interazioni fra farmaci di origine vegetale. Il dott. Rapisarda, presidente della sezione siciliana della Soc. Ital. Farmacisti Ospedalieri ha evidenziato le necessarie interazioni fra medici e farmacisti sia per quanto attiene alla evidenziazione che la segnalazione degli eventi avversi da farmaci antitumorali. Il sott. Santi Inferrera, pres. provinciale della Società Italiana Medici di Medicina Generale, ha invitato ad una maggiore cooperazione fra specialisti e medici di famiglia, stimolando ad intraprendere iniziative concrete

A conclusione dell'incontro il prof. Caputi ed il prof. Altavilla hanno invitato i presenti alla partecipazione ad uno studio finalizzato alla costituzione di un registro regionale di reazioni avverse da farmaci antitumorali.

PIEMONTE, Santo Conti direttore sanitario

Il dott. Santo Conti 57 anni già apprezzato come dirigente dell'Azienda territoriale 5, è il nuovo direttore sanitario dell'Azienda Ospedaliera Piemonte. La sua nomina voluta dal manager Eugenio Croce si accompagna a quella del direttore amministrativo Lidia Scuderi



Su iniziativa della COT si è svolto all'Ordine un seminario su "Trattamento dell'insufficienza venosa e sue complicanze: aspetti medici e chirurgici. Il corso ha interessato medici specialisti in discipline vascolari. Si è articolato in sei relazioni scientifiche e discussione finale. Le tematiche affrontate sono di particolare interesse per chi si accinge alla pratica della nuova scleromousse, efficace

Insufficienza venosa e sue complicanze

non solo nel trattamento delle teleangiectasie quanto nella rimarginazione di vere ulcere flebostatiche resistenti alla convenzionale terapia, medica e chirurgica. Scopo non ultimo di tale evento è coinvolgere il personale infermieristico al quale è affidata la medicazione, spesso domiciliare, e la gestione del bendaggio, linfo-drenaggio e presso terapia del linfoedema e delle ulcere flebostatiche. Nella seconda sessione sono stati affrontati argomenti di particolare interesse inerenti la posturologia e baropodometria che vantano ormai una originale interdisciplinarietà con l'angiologia ed altre branche specialistiche.

Consegnate le Borse di Studio della Fondazione Carrozza San Leonardo Pollicino

Un contributo alla ricerca in oncologia

Consegnate nell'aula magna dell'Università le Borse di studio della Fondazione Carrozza San Leonardo Pollicino.

A ricevere la somma in denaro stanziata dal cda per quest'anno sono state Eugenia Quartarone e Rosalba Rossello, entrambe potranno proseguire le loro ricerche in ambito oncologico grazie all'apprezzamento dei progetti presentati che è stato fatto dalla commissione composta dai prof. Tomasello, Giuseppe Girbino e Dino Bramanti e dallo stesso avv. Wrzy.

La prima è stata seguita dalla professoressa Musolino; la seconda dal prof. Adamo, entrambi docenti del Policlinico.

Il rettore Franco Tomasello aprendo la cerimonia ha sottolineato il merito particolare della Fondazione presieduta dall'avv. Giuseppe Wrzy che, in un territorio povero quanto a liberalità di privati destinate alla ricerca, costituisce un nobile esempio per le finalità che persegue.

L'avv. Wrzy ha tratteggiato la

figura dell'avv. Francesco Pollicino, professionista stimato in città, che insieme con la moglie Michelina Carrozza ha offerto tutto il patrimonio a beneficio della collettività.

Dall'anno prossimo, come ha sollecitato il preside di Medicina Emanuele Scribano, la consegna delle Borse coinvolgerà le varie scuole di specializzazione in Medicina anche per il messaggio incentivante che iniziative del genere rappresentano per i giovani, specie quelli più meritevoli.



*Le borsiste
Eugenia
Quartarone
e Rosalba Rossello
con il preside
Scribano,
il rettore
Tomasello
e l'avv. Wrzy
presidente
della Fondazione*

Il Glaucoma: imparare a conoscerlo!

Il glaucoma è una importante malattia oculare, caratterizzata da una sofferenza morfologica e funzionale del nervo ottico. Tale condizione può essere favorita o aggravata da fattori oculari, fra cui il più importante è rappresentato da una elevata pressione dell'occhio, e da fattori generali, fra cui quelli di tipo vascolare giocano il ruolo predominante.

Clinicamente il glaucoma è una malattia subdola, poiché procede nel suo percorso in maniera lenta ed insidiosa ed il paziente affetto si rivolge all'oculista solo quando la patologia è già avanzata e si manifesta soggettivamente. Alla luce di tali considerazioni è di estrema importanza sottoporsi ad un attento screening oculistico preventivo allo scopo di raggiungere una diagnosi quanto più precoce possibile ed impostare una adeguata terapia che prevenga e controlli nel tempo i danni causati da tale malattia, tanto debilitante per il sistema visivo.

Come riconoscerlo?

Solitamente il glaucoma è asintomatico nelle fasi iniziali e con il passare del tempo determina dei danni al campo visivo sempre più ingravescenti, fino ad un completo restringimento del campo visivo stesso, tale da compromettere la vita di relazione del paziente affetto. Fra i sintomi che possono spingere il paziente a rivolgersi all'oculista ricordiamo: la visione di aloni colorati intorno alle sorgenti luminose, la sensazione di dolore e pesantezza oculare, una visione annebbiata e talvolta una lieve cefalea. Una



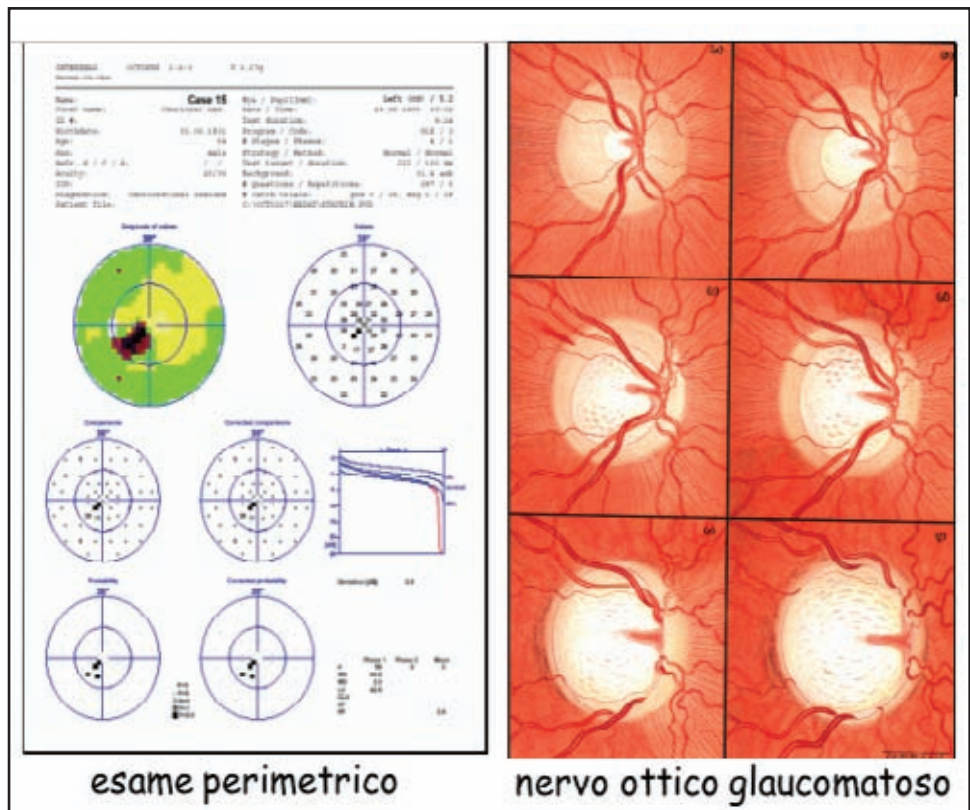
di Domenico D'ANDREA*

completa visita oculistica consente una diagnosi precoce ed un attento controllo nel tempo dei danni provocati dal glaucoma!

Cos'è una visita oculistica per glaucoma?

La visita consente al medico di accertare la presenza di glaucoma, stabilirne la tipologia (glaucoma ad angolo aperto, ad angolo chiuso o glaucoma secondario) e monitorar-

ne la progressione nel tempo. La visita si articola inizialmente in un esauriente colloquio con il paziente al fine di individuare l'esistenza ed il peso di fattori di rischio sia oculari che generali. Si procede poi con la valutazione della acuità visiva, il controllo della refrazione, l'osservazione con la lampada a fessura delle strutture anteriori dell'occhio (cornea, iride, cristallino), e con la misurazione della pressione oculare (*tonometria*), il più importante fattore di rischio che influenza il decorso della malattia. Altre indagini di completamento diagnostico da effettuare sono rappresentate dalla gonioscopia, metodica che consente di esaminare, previa l'applicazione di una lente a contatto, il sistema di drenaggio interno dell'occhio, e dalla valutazione dell'*aspetto del nervo ottico* ed in particolare della papilla, di cui si esamina la forma, il colore, i margini ed il grado di escavazione. La valutazione morfologica





Progressione del danno al campo visivo

dell'occhio glaucomatoso deve essere poi necessariamente accompagnata e completata da una valutazione funzionale, rappresentata dall'*esame del campo visivo*. La tecnica con cui è effettuato tale esame è detta perimetria, che con l'ausilio di strumenti computerizzati, è in grado di valutare la sensibilità di ciascun occhio a stimoli luminosi uniformi proiettati all'interno di una apposita cupola. Il risultato viene poi rappresentato in una mappa cromatica e numerica che consente la possibilità di individuare la presenza di eventuali difetti, valutarne la topografia, l'entità e la profondità degli stessi, e soprattutto di valutarne l'evoluzione nel tempo. Sono necessari pertanto diversi esami perimetrici e la frequenza degli stessi è in funzione di diversi fattori ed è l'oculista la persona che lo stabilisce.

Quali sono i fattori di rischio ?

Chi soffre di glaucoma si deve sottoporre a controlli specialistici ad intervalli prestabiliti per tutta la vita. Un corretto e necessario dialogo con il paziente stesso e con il medico di base rappresenta un importante passo nella gestione della malattia glaucomatosa. Questo perché il glaucoma è una malattia complessa in cui il seguire la sola pressione oculare non è sufficiente. Uno stesso valore della pressione oculare può causare effetti differenti in soggetti diversi e quindi ciascun paziente deve essere valutato considerando tutti gli

esami a disposizione.

La pressione alta dell'occhio costituisce la condizione di rischio più importante nella genesi del danno. Accanto a questa però è necessario valutare l'importanza dei fattori vascolari sistemici, che sono alla base della scarsa irrorazione sanguigna del nervo ottico glaucomatoso.

La presenza di una diatesi vasospastica, che clinicamente si manifesta con i segni della cefalea, della sensazione di mani e piedi freddi e con ronzii auricolari, e di una condizione di ipotensione sistemica, sia essa primaria che iatrogena (uso di farmaci anti-ipertensivi che riducono eccessi-

vamente la pressione arteriosa minima), rappresenta un valido motivo per sottoporsi a visite oculistiche preventive di controllo. La presenza di familiari affetti da glaucoma, l'età superiore ai 40 anni, il diabete ed altre condizioni devono essere valutate con la stessa attenzione.

Come possiamo combatterlo?

Una volta presenti, i danni sono solitamente irreversibili, e la terapia ha soprattutto lo scopo di prevenirne l'insorgenza e di impedirne gli ulteriori aggravamenti, ed è basata sull'uso di farmaci, su trattamenti laser ed in ultima analisi su interventi chirurgici.

I farmaci antiglaucomatosi sono

Vademecum del paziente glaucomatoso

1. Assumi i farmaci secondo la prescrizione dell'oculista: non cambiare il dosaggio, non dimenticare la somministrazione e ricorda di instillare i colliri alla stessa ora.
2. Non cambiare medicinali prima di aver consultato il tuo oculista. Discuti con lui ogni effetto collaterale che alteri il tuo benessere o limiti la capacità di eseguire le tue normali attività quotidiane.
3. Assicurati di avere con te un adeguato rifornimento di farmaco quando sei lontano da casa.
4. Rispetta la scadenza dei controlli concordati con il tuo oculista
5. Uno stesso trattamento farmacologico per glaucoma può non essere adeguatamente efficace nel tempo! Solo i regolari controlli oculistici sono in grado di stabilirlo!
6. Il glaucoma va considerato nel quadro delle condizioni generali di salute del paziente e non come malattia isolata: informa lo specialista se assumi altri farmaci locali o generali.
7. La presenza di fattori di rischi vascolare (ipotensione arteriosa, diatesi vasospastica), ti impongono un controllo oculistico regolare: sono infatti fattori predisponenti all'insorgenza del glaucoma.
8. Se vieni sottoposto a visite mediche per altri eventuali problemi di salute, ricordati sempre di far presente al tuo medico curante che sei affetto e sei in trattamento per il glaucoma.
9. Poiché il glaucoma può essere ereditario, incoraggia tutti i tuoi familiari adulti a sottoporsi a controlli oculistici preventivi.
10. Il tuo ruolo nel trattamento non deve essere sottovalutato. L'impegno di seguire i consigli dell'oculista per tutta la vita è fondamentale per preservare la tua vista.

rappresentati da sostanze che vengono somministrate localmente sotto forma di colliri, una o più volte durante l'arco della giornata, singolarmente o in associazione, che hanno il compito di ridurre la produzione dell'umore acqueo o di migliorarne il drenaggio. E' di fondamentale importanza che tali farmaci vengano assunti regolarmente, in modo continuativo, e che non vengano sospesi senza il parere dell'oculista. I tempi di somministrazione ed il tipo di farmaco usato possono essere personalizzati in base alle esigenze od alle caratteristiche del paziente. L'obiettivo primario dei colliri per il glaucoma è il controllo soddisfacente della pressione oculare mantenuto nel tempo, garantendo una buona tollerabilità da parte del paziente. I controlli periodici e l'esame del campo visivo permetteranno all'oculista di valutare se la terapia medica iniziata è adeguata, sufficiente, se va modificata o se deve essere sostituita da quella chirurgica.

Progetto Glaucoma

Dall' 1 giugno 2005, è attivo presso il Servizio di Oculistica dell'Istituto Ortopedico del Mezzogiorno d'Italia "F. Scalabrino" di Messina, il **Progetto di Prevenzione, Diagnosi e Cura del glaucoma**. Tale progetto, ideato e coordinato dal responsabile, dott. Domenico D'Andrea, e supportato da enti privati, si articola in visite specialistiche ambulatoriali gratuite ed in moderni esami strumentali atti ad ottenere una diagnosi precoce ed un attento monitoraggio nel tempo della progressione di tale malattia, sempre più diffusa nella popolazione, e tanto debilitante per il sistema visivo.

Chi deve sottoporsi a visita oculistica per glaucoma? Soggetti in cui sono presenti uno o più fattori di rischio di tipo oculare (aumento della pressione dell'occhio, miopia elevata, etc.), o generale (familiarità,

Ogni anno in Sicilia quindicimila persone sono colpite da infarto. Di queste duemila non sopravvivono. Nell'isola come nel resto d'Italia le sindromi cardiache acute

In Sicilia, ogni anno 15 mila infartuati

costituiscono la causa più frequente di ricovero ospedaliero: 8.000 ogni anno i ricoveri per infarto cardiaco acuto, con un'incidenza di recidiva infartuale e di mortalità del 15% entro il primo anno. La fotografia dello stato di salute cardiovascolare e il quadro

organizzativo delle strutture cardiologiche italiane, sono stati illustrati nel Convegno dell'ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), che ha riunito a Mondello, i cardiologi ospedalieri della regione. Nel corso del convegno sono stati presentati i risultati di uno studio regionale, coordinato da Augusto Canonico del

l'ospedale Cervello», sul comportamento dei cardiologi nel trattamento e sindromi coronariche acute in

19 cardiologie. Nell'80% dei casi la lotta terapeutica adottata dai cardiologi ospedalieri italiani risulta appropriata e aderente alle Linee Guida, quindi con una percentuale di aderenza anche superiore alla media nazionale. L'impiego di nuovi farmaci e di procedure invasive per il trattamento delle sindromi coronariche acute, ha dimezzato i giorni di degenza riducendo la mortalità intraospedaliera - afferma Michele Gulizia, Presidente dell'ANMCO Sicilia direttore dell'Unità Cardiologia dell'Ospedale S. Luigi di Catania.



età superiore a 40 anni, fattori vascolari, ipertensione arteriosa, alterazioni vasospastiche, diabete, etc.), allo scopo di ottenere una diagnosi precoce e prevenire il danno glaucomatoso

Soggetti con glaucoma già diagnosticato, al fine di valutare se la terapia a cui sono sottoposto risulti adeguata a mantenere un buon equilibrio funzionale o se debba essere modificata o potenziata.

Il Progetto Glaucoma ha inoltre come obiettivo il divulgare quanto

più possibile la cultura della malattia glaucomatosa sul territorio, organizzando dibattiti, seminari ed incontri informativi sia con i pazienti che con i medici di base e con gli specialisti oftalmologi al fine di rendere il Centro Glaucomi un punto di riferimento importante nella gestione dei pazienti affetti da questa patologia.

* Iomi "Scalabrino" - Ganzirri Servizio di Oftalmologia

I colleghi sono invitati a collaborare con "Messina Medica" inviando articoli e notizie alla Segreteria di redazione

Corso di aggiornamento l'8 luglio al Policlinico

Carcinoma midollare della tiroide

"Diagnostica e Timing del trattamento"

di Maria Grazia **LO SCHIAVO**

"Il carcinoma midollare della tiroide. Diagnostica e Timing del Trattamento", è il tema che verrà trattato nel Corso di Aggiornamento, che si svolgerà all'Azienda Ospedaliera Universitaria - Policlinico "G. Martino", nell'aula al 1° piano del Pad. F, l'8 luglio, a partire dalle ore 9.

L'incontro, organizzato dalla Cattedra di Chirurgia Generale dell'Università di Messina, diretta dal Prof. Giovanni Sturniolo, in collaborazione con l'Università di Barcellona (Spagna) e con la Cattedra di Endocrinologia dell'Università di Messina, prevede fra l'altro la partecipazione di due Illustri Esperti del Settore del Vall d'Hebron Hospital di Barcellona (Spagna).

La Commissione Nazionale per l'Educazione Continua in Medicina ha accreditato l'Evento con n° 5 Crediti formativi.

Dopo il saluto del prof. Giovanni Sturniolo, organizzatore dell'Incontro, e delle autorità accademiche, il prof. Francesco Trimarchi, ordinario di endocrinologia, aprirà i lavori.

Enrique Gemar, professore di endocrinocirurgia del Vall d'Hebron Hospital di Barcellona, terrà una relazione sulla "Epidemiologia e Diagnostica" del carcinoma midollare della tiroide.

Subito dopo il prof. Jorge Mesa, anch'egli del Vall d'Hebron Hospital di Barcellona, terrà una relazione sul "Timing del trattamento" di questo tipo di tumore maligno della tiroide.

Seguirà una discussione moderata dal prof. Francesco Vermiglio, associato di endocrinologia.



Università degli Studi di Messina
Dipartimento di Discipline Chirurgiche
Generali e Speciali
CATTEDRA DI CHIRURGIA GENERALE
U.O. C. di Chirurgia Generale
ad Indirizzo Endocrino
Direttore Prof. Giovanni Sturniolo

Corso di Aggiornamento

**IL CARCINOMA MIDOLLARE
DELLA TIROIDE**
DIAGNOSTICA E TIMING DEL TRATTAMENTO



Venerdì 8 luglio 2005
Auletta del 1° piano Pad. F
A.O.U. Policlinico «G. Martino» - Messina



Prof. Sturniolo

massimi esperti del settore, come il prof. J.P. Travagli, endocrinocirurgo dell'Istituto Gustave Roussy di Parigi, in occasione dell'Incontro Didattico su: "Il Carcinoma Differenziato della Tiroide", organizzato a Messina il 29 giugno 2002 ed i massimi esperti di endocrinocirurgia italiani e stranieri al Simposio internazionale su "La Chirurgia della Tiroide. Attualità e prospettive" svoltosi a Taormina-Giardini Naxos dal 29 al 31 luglio 2004.

Questo costante impegno ha fatto diventare il loro centro, uno dei più importanti punti di riferimento per la Endocrinocirurgia della Sicilia e della Calabria.

Lusinghieri risultati li ottengono nella terapia chirurgica dei carcinomi tiroidei, con la esecuzione di delicati interventi di tiroidectomia radicale allargata e, in caso di metastasi, con interventi di linfadenectomia del collo e del mediastino, anche con l'ausilio della radiofrequenza per la ricerca di metastasi occulte.

Il trattamento del gozzo, malattia endemica nella nostra provincia, viene ormai da loro eseguito con tecniche mininvasive ed in regime di ricovero breve, con grande soddisfazione dei pazienti che sono in grado di lasciare il reparto entro tre giorni dall'intervento chirurgico.

Il medico di famiglia e la malattia di difficile guarigione

di Cettina **BAELI**

La Lega Italiana per la lotta contro i tumori di Reggio Calabria, nell'ambito del Servizio A.D.I. dell'AUSL n. 5 di Messina, si sta occupando della formazione del personale medico-infermieristico e del controllo di qualità sulle prestazioni erogate, a tal fine ha elaborato un questionario rivolto ai Medici di Medicina Generale per un coinvolgimento partecipativo al progetto assistenziale e per valutare l'interesse nei confronti delle Cure Palliative.

Il questionario dal titolo "Il medico di famiglia e la malattia inguaribile" articolato in 15 domande chiuse ha come obiettivo il determinare l'influenza dei fattori socio-demografici in grado di orientare atteggiamenti etici e scelte a favore del malato terminale. Si intende, soprattutto, suscitare un maggiore interesse dei Medici di Medicina generale verso le Cure Palliative ed il malato terminale, così da contribuire ad elevare la qualità assistenziale in un progetto integrato con il Servizio di Assistenza domiciliare offerto sul territorio di Messina dall'AUSL n.5.

L'indagine statistica

La ricerca ha riguardato la popolazione statistica dei Medici di Medicina generale dell'ausl n.5 del Comune di Messina e la tecnica di campionamento statistico utilizzata è stata quella del campionamento random stratificato.

Prima di procedere all'estrazione si è suddivisa la popolazione in due gruppi secondo una caratteristica conosciuta sulle unità statistiche; la selezione dei gruppi è stata determinata nel nostro caso dalla presenza o meno di una casella di posta elettronica. Successivamente si è proceduto all'estrazione casuale dei campioni su un determinato gruppo.

La ricerca è stata condotta per mezzo di questionari rigorosamente anonimi e somministrati tramite internet.

Ogni unità del campione ha ricevuto un messaggio di posta elettronica in cui era invitato a compilare il questionario disponibile su un sito internet di appoggio su cui è stato installato e configurato un sistema software per la gestione di indagini statistiche. Ciò ha consentito di gestire la non ripetibilità della compilazione per ogni unità del campione e di produrre rapidamente le decodifiche in formato elettronico delle risposte.

L'elaborazione statistica ha solo comportato il calcolo di percentuali e la costruzione di grafici perchè essendo poco significativo il numero effettivo del campione, ovvero delle singole risposte pervenute, non è stato possibile eseguire ulteriori analisi statistiche utili in indagini di questo tipo.

Di seguito vengono riportate tabelle e grafici.

Questionario per i Medici di base del Comune di Messina

Tab. n. 1

Sesso di appartenenza

Femmina	12.50%
Maschio	87.50%

Tab. n. 2

Classe d'età d'appartenenza

minore di 30	12.50%
fra 30 e 40	87.50%
fra 41 e 50	66.67%
fra 51 e 60	20.83%
fra 61 e 70	4.17%
maggiore di 70	0.00%

Tab. n. 3

Numero di abitanti del comune in cui esercita la professione

meno di 1000 abitanti	4.17%
tra 1000 e 9500 abitanti	37.50%
tra 9500 e 15500 abitanti	12.50%
tra 15500 e 25500 abitanti	4.17%
tra 25500 e 35500 abitanti	8.33%
tra 35500 e 45500 abitanti	4.17%
tra 45500 e 95500 abitanti	4.17%
tra 95500 e 195000 abitanti	0.00%
più di 195000 abitanti	25.00%

Tab. n. 4

A vostro giudizio, nella pluralità dei casi, alla base del rapporto medico/paziente si verifica:

un'alleanza terapeutica	75.00%
una dissociazione tra il bene operato nei riguardi del paziente e la decisione di quest'ultimo	8.33%
è prevalente il bene offerto dal medico sulla medesima decisione formulata dal paziente	16.67%

Tab. n. 5

Con quale frequenza siete chiamati a fornire informazioni al malato oncologico e ai propri familiari sulle cure palliative e sulla medesima qualità della vita

spesso	45.83%
con una moderata frequenza	45.83%
quasi per nulla	8.33%

Tab. n. 6

Secondo voi una migliore "Qualità assistenziale" da offrire al malato terminale dipende:

dalla proficua progettualità legata alle tecniche manageriali in sanità	0.00%
da una maggiore informazione/formazione nel rapporto medico/paziente	4.17%
da un lavoro sinergico medico-équipe di cura all'interno di una rete assistenziale	95.83%

Tab. n. 7

Suggerireste ai familiari del malato oncologico durante la fase depressiva della malattia di supportarlo e comprenderlo in ogni momento

Sì	87.50%
No	12.50%

Non so	0.00%
Tab. n. 8	
Nel malato terminale la fase psicologica del “mercanteggiamento” si configura come:	
un'accettazione globale delle proprie condizioni cliniche	8.33%
una negazione del proprio stato clinico	12.50%
un'accettazione parziale della realtà della malattia	79.17%
Tab. n. 9	
Nelle problematiche dell'etica di fine vita quando si parla di “qualità della vita” intendete:	
offrire nell'ultima fase della vita del malato terminale un supporto assistenziale:	
fisico-psicologico-spirituale	83.33%
offrire un'altra possibilità terapeutica per migliorare le prospettive della vita nel malato terminale	4.17%
offrire al malato terminale, nell'ultima fase della sua vita, un'assistenza più costante sotto il profilo medico	12.50%
Tab. n. 10	
Ritenete che la centralità del malato nelle cure palliative intesa come “volontarietà delle cure” sia ottenibile:	
in relazione all'acquisizione di tutti i requisiti del consenso informato forniti al paziente	4.17%
in relazione alle modalità di acquisizione del consenso informato offerte al paziente	4.17%
attraverso un'efficace comunicazione e un'attenta informazione attraverso il consenso informato	91.67%
Tab. n. 11	
Secondo voi nell'ultima fase di vita del malato terminale è sempre lecito intervenire con delle misure straordinarie quali: la ventilazione, l'idratazione e la nutrizione artificiale?	
sì, fino all'ultimo è giusto salvare la vita del paziente	29.17%
no, in certe situazioni l'uso di misure straordinarie potrebbe comportare una inutile forma di accanimento terapeutico	62.50%
non so	8.33%

Tab. n. 12	
A vostro giudizio la figura dell'eticista in relazione al rapporto medico/paziente, si propone di:	
accrescere la capacità dialogica/relazionale tra le figure citate	91.67%
operare, in modo disgiunto, dall'aspetto specialistico per offrire una maggiore chiarezza nella scelta di autonomia formulata dal paziente	8.33%
creare una netta distinzione tra: il principio di beneficiabilità promosso dal medico e il principio di autonomia formulato dal paziente	0.00%
Tab. n. 13	
Nella valutazione costi/benefici quanto ritenete che i trattamenti oncologici gravati da effetti collaterali siano effettivamente utili per il malato terminale:	
Si prospettano sempre utili sino alla fine	4.17%
no, non sono utili	0.00%
sono utili solo se in grado di alleviare i sintomi altrimenti non controllabili	95.83%
Tab. n. 14	
Ritenete giusto interrompere qualsiasi tipo di trattamento qualora il paziente lo richiedesse e lo pretendesse, in virtù del suo ruolo centrale nella malattia	
sì, sarebbe giusto che fosse lo stesso paziente ad autorizzare la somministrazione di qualsiasi terapia	45.83%
no, sarebbe giusto comunque intervenire per salvare la vita del paziente perché, questo è il compito del medico	54.17%
sì, sarebbe giusto intervenire perché il medico così, come i familiari, nell'offrire sempre un aiuto al paziente si sentirebbero a posto con la loro coscienza	0.00%
Tab. n. 15	
Come definireste il ruolo del medico nelle cure palliative	
come colui che fa diagnosi di malattia	0.00%
come colui che cura	16.67%
come colui che è parte della cura	83.33%

Dalla scuola di endocrinologia dell'Università di Messina importante ricerca nel campo delle patologie

Ormoni tiroidei materni

Creato un topo transgenico per studiare nuovi effetti sul sistema nervoso

Il lavoro è stato realizzato dal dott. Carmelo Nucera

I risultati di una ricerca relativa a un modello sperimentale di topo transgenico responsivo all'azione degli ormoni tiroidei materni durante lo sviluppo embrio-fetale sono stati presentati al 31° Congresso della Società Italiana di Endocrinologia svoltosi a Genova dal 4 al 7 Maggio scorsi.

La ricerca, selezionata come "topic highlight" tra gli oltre 300 studi congressuali, è stata condotta dal reggino dott. Carmelo Nucera, specializzando endocrinologo del gruppo di ricerca del professore Francesco Vermiglio della Sezione di Endocrinologia del Dipartimento Clinico Sperimentale di Medicina e Farmacologia dell'Università di

Messina, diretta dal professore Francesco Trimarchi.

Lo studio è stato effettuato in collaborazione con la equipe di ricerca del prof. Alfredo Pontecorvi, direttore della Cattedra di Endocrinologia dell'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma, con la dottoressa Antonella Farsetti dell'Istituto di Neurobiologia del CNR di Roma, con il centro Telethon-Istituto Regina Elena di Roma e con il professore Alessandro Vercelli, neuroanatomico dell'università di Torino.

E' stato per la prima volta dimostrato come, nelle fasi precoci dello sviluppo fetale del topo, il differenziamento cellulare di alcuni tessuti

primordiali, tra cui il tessuto nervoso centrale e periferico e gli organi di senso, siano strettamente dipendenti dall'azione biologica degli ormoni tiroidei materni. Questi ultimi esplicano la loro azione prima che la tiroide fetale diventi funzionalmente autonoma, attraverso la cooperazione con alcune proteine nucleari legate al DNA. L'azione degli ormoni tiroidei materni durante la gravidanza del topo è stata svelata grazie ad una "spia molecolare interna", clonata per la prima volta dal dott. Nucera nel DNA del topo e denominata gene rivelatore.

I risultati di questa ricerca aggiungono un nuovo tassello alla conoscenza dei meccanismi dell'azione molecolare degli ormoni tiroidei materni sullo sviluppo precoce ambrio - fetale e forniscono un modello sperimentale di topo transgenico che potrà rappresentare un importante strumento per l'ulteriore comprensione dei meccanismi responsabili del danno neurologico nei nati da madri con insufficienza funzionale tiroidea in gravidanza.



Si svolgerà il 18-19 novembre al Castello di Milazzo il primo "Convegno Nefrocardiologico del Capo".

Questo il programma definito dal dott. Ricciardi primario di Nefrologia all'Ospedale di Milazzo.

Presidenti: Prof. Guido Bellinghieri – Dott. Biagio Ricciardi ore 10 Saluto ed apertura lavori: Dott. Salvatore Furnari, Direttore Generale A.U.S.L. 5;

Dott. Andrea Italiano, Sindaco Comune di Milazzo;

Prof. Francesco Tomasello, Rettore Università di Messina; Dott. Nunzio Romeo; Presidente Ordine dei Medici; Dott. Antonino Abate, Presidente Ordine dei Farmacisti.

Lettura Magistrale, *Relazioni*: Il concetto di Cardiopatia nella Storia Naturale delle Nefropatie, Prof. Mario Timio (Assisi) Rischio Cardiovascolare

Moderatore: Dott. Nando Avella – Dott. Vito Sparacino; Rischio Cardiovascolare e danno d'organo, Prof. Alessandro Antonelli (Lucca); Rischio Cardiovascolare e ESRD: dati epidemiologici, Prof. Guido Bellinghieri (Messina), Problematiche Cardiovascolari nel Trapianto renale, Prof. Sergio Stefoni (Bologna)

Discussione, ore 13 break

Flogosi Vascolare Sistemica - Moderatori: dott. Ugo Rotolo (Palermo), Dr. Silvio Maringhini (Palermo); La Disfunzione Endoteliale e le Patologie Cardiovascolari: ruolo delle citochine, Prof. Antonio Dal Canton (Pavia) Meccanismi di aterosclerosi accelerata nel paziente nefropatico; Prof. L. Gesualdo (Foggia), Albuminuria e Malattia Coronarica: Dati su Popolazione; Prof. Massimo Cirillo; Metabolismo Ca/P e danno Cardiovascolare: Nuove metodiche d'Indagine; Prof. Diego Braccaccio (Milano). Discussione:

Il Rene e lo Scompenso Cardiaco - Moderatori: Dott. L. Vasquez (Milazzo) Dott. Gabriele Liuzzo (Catania)

Fisiopatologia dello scompenso cardiaco sisto-diastolico. Cardiologo: Dott. Rosario Evola (Taormina), L'IRA nel cardiopatico scompensato - Dott.ssa Santina Castellino (Taormina); Terapia Farmacologia dello Scompenso Cardiaco nell'Insufficienza Renale Cronica, Evidence

base medicine - Gennaro Cice (Napoli);

Effetti dell'anemia nell'evoluzione della cardiopatia nel pz neuropatico - Pietro Castellino

Discussione

19 Novembre - Studio ECG grafico del nefropatico - Moderatori: Andreucci - Favazzore; ore 9, Distonia ed alterazioni elettrocardiografiche in pre e post HD, Biagio Di Iorio (Avellino) - L'ECG Holter nello studio delle alterazioni elettrocardiografiche nel dializzato: metodiche a confronto - Dott. Biagio Ricciardi (Milazzo) – dott. Franco Badessa (Milazzo); Eventi cardiovascolari in corso di seduta HD: emergenza terapeutica - Prof. Di Landro (Catania); Rivascolarizzazione coronarica nella prevenzione nell'infarto miocardio acuto nell'uremico emodializzato - Prof. R. Tarchini (Mantova); Terapia cardioprotettiva nel paziente in HD

Dott. Salvatore Cesare (Palermo).

Tavola rotonda - Moderatori: Guido Bellinghieri, Biagio Ricciardi - Un network sul Rischio Cardiovascolare è pensabile? Il Nefrologo: Dott. Biagio Ricciardi L'Università - Azienda: Prof. Vincenzo Savica

Il Cardiologo: Dott. L. Vasquez

Il Medico di Base: Dott. Giacomo Caudo.

La struttura Privata: Dott. Ascanio de Gregorio

Quale Ruolo delle Istituzioni? - Presidente Commissione sanità A.R.S. assemblea regionale siciliana: On. Santi Formica; Componente Commissione Sanità Camera dei Deputati: On. Francesco Stagno D'Alcontres; Componente Commissione Sanità Senato: Sen. Sebastiano Sanzarello; Componenti commissione Sanità Assemblea Regionale Sanità - Discussione: L'organizzazione Territoriale dei processi d'integrazione: Dott.ssa Francesca Parrinello – Direttore Sanitario P.O. di Milazzo; Analisi Prospettive e conclusioni: Dott. G. Pistorio Assessore Regionale alla Sanità - 12.40. Chiusura del convegno

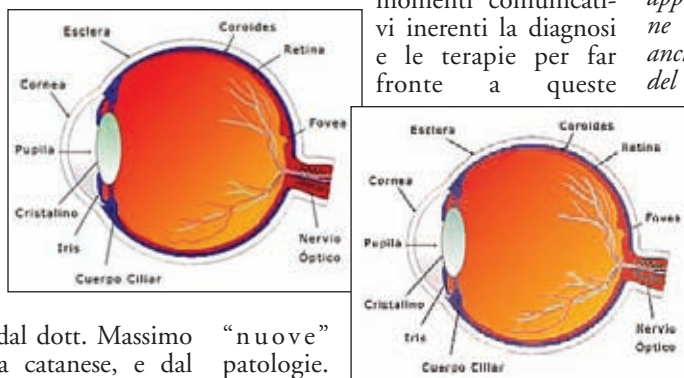
Segreteria ECM e organizzativa: Europa due Media & Congress tel. 090 5726604 Messina.

europadue@europadue.191.it

Quinto corso di topografia corneale e chirurgia refrattiva

Catania si prepara ad ospitare il V Corso di Topografia Corneale e Chirurgia Refrattiva che quest'anno punterà l'attenzione su "Cheratocorno" e "ectasia Iatrogena", patologie particolarmente diffuse da alcuni anni a questa parte soprattutto tra i giovani. L'evento, organizzato e coordinato dal dott. Massimo Di Maita, oculista catanese, e dal dott. Alessandro Mularoni di Bologna, si terrà il 2 luglio, dalle 8,30 alle 19,15, nella sala pinacoteca del Museo Diocesano e vedrà nel capoluogo etneo la presenza d'oltre duecento tra oculisti, oftalmologi e studiosi provenienti da tutta Italia, che

per l'intera giornata saranno impegnati in tavole rotonde, dibattiti e momenti comunicativi inerenti la diagnosi e le terapie per far fronte a queste



“nuove” patologie. Il programma prevede a partire dalle 8,30, e sino alle 19,15 interventi sul “Cheratocorno”, malattia congenita determinata da uno sfiancamento della parete interna dell'apparato corneale che provoca un astigmatismo irrever-

sibile, e sull' "Ectasia Iatrogena", di fatto patologia analoga alla precedente, conseguenza però di un trattamento laser ad eccimeri per la correzione di difetti visivi, in particolare della miopia. "Siamo certi - ha spiegato il dott. Di Maita - che la quinta edizione di questo corso a cadenza biennale, che ormai è divenuto un appuntamento atteso per la divulgazione e la condivisione scientifica, ma anche per l'aggiornamento degli esperti del settore, non potrà che prospettare nuovi scenari positivi nel sempre più variegato campo in cui gli oculisti operano". All'intensa giornata di lavori, durante la quale si parlerà anche delle nuove frontiere dell'oftalmologia per ridurre o correggere in modo permanente i difetti visivi, quali miopia, ipermetropia e astigmatismo, prenderanno tra gli altri anche il prof. Alfredo Reibaldi, Direttore della Clinica Oculistica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Catania, e il dott. Antonio Rapisarda, Vicepresidente della Società Oftalmologica Italiana.

La depressione nell'anziano

di Alessandro GRIPPA*

La patologia depressiva nell'anziano non viene solitamente trattata dal punto di vista diagnostico e classificativo alla stregua della depressione del soggetto adulto; ciò in ragione del fatto che i fattori psicologici ed ambientali che ne condizionano la comparsa in età geriatrica fanno assumere nell'anziano un quadro clinico particolareggiato.

E' quindi necessario dapprima comprendere quali siano le problematiche inerenti la psicologia dell'anziano.

Con il passare degli anni molti individui (in particolare coloro che hanno assunto un ruolo importante dal punto di vista professionale o nell'ambito familiare, o che comunque hanno mostrato un certa intraprendenza in ambito sociale) percepiscono la compromissione delle loro capacità fisiche, per cui, ritenendo di essere ormai "inferiori" alla loro vita passata, sviluppano un certo disadattamento all'ambiente di vita.

In particolare ciò che l'anziano sente di perdere è il "ruolo" all'interno di una società sempre più in mano ad individui più giovani ed efficienti di lui, in poche parole non si sente più "utile".

Tale situazione può essere esacerbata dal pensionamento, in seguito al quale anziani in precedenza molto attivi ed occupati durante la giornata si ritrovano improvvisamente con molto tempo libero a disposizione; se però il tempo non viene trascorso con attività costruttive sarà un tempo "vuoto", condizionando un probabile declino psicocognitivo.

Inoltre il disgregarsi col tempo del nucleo familiare, dovuto al fatto che i figli formando a loro volta nuove famiglie lasciano casa, aumenta la solitudine e la possibili-

tà di insorgenza di episodi depressivi. A ciò si aggiunge che l'eventuale perdita di una persona amata e l'esclusione e l'emarginazione da parte della società aggravano ancor di più il sentimento depressivo associato alla diminuzione o alla perdita della stima di sé.

Dal punto di vista epidemiologico è da notare come solo il 25-30% delle sindrome depressive vengono diagnosticate in età geriatrica, a riprova che i familiari o i conoscenti considerano i segni della malattia come semplice espressione dell'invecchiamento. Ciononostante la depressione costituisce una delle principali cause di disabilità.

Nell'anziano esiste una minore prevalenza di episodi depressivi maggiori (1-3%) rispetto alla popolazione adulta, con pochi sintomi puramente depressivi (12-19%) ed una forte componente somatica. Un dato rilevante riguarda la percentuale dei suicidi, che nell'anziano raggiunge percentuali del 60-65%. La depressione può essere definita come uno stato psicopatologico caratterizzato da tristezza, inutilità, mancanza di interesse e di proiezione nel futuro, pessimismo, mancanza di relazione con gli altri. Dal punto di vista psicodinamico la depressione esprime un concetto di "perdita", che molto si identifica nel vissuto dell'anziano: ciò fa sì che lo stesso si comporti come un cucciolo che assume atteggiamenti richiamanti l'attenzione degli altri. Diverso è il concetto di Distimia (molto frequente nell'anziano) che invece si riferisce ad un atteggiamento di tipo depressivo, con un vissuto tutto in chiave pessimistica ma con la differenza che l'individuo sente il desiderio del piacere.

Omettendo volutamente di elencare i criteri diagnostici e classificativi della depressione secondo

il DSM-IV, ci riferiamo nella malattia dell'anziano a 3 punti cardinali:

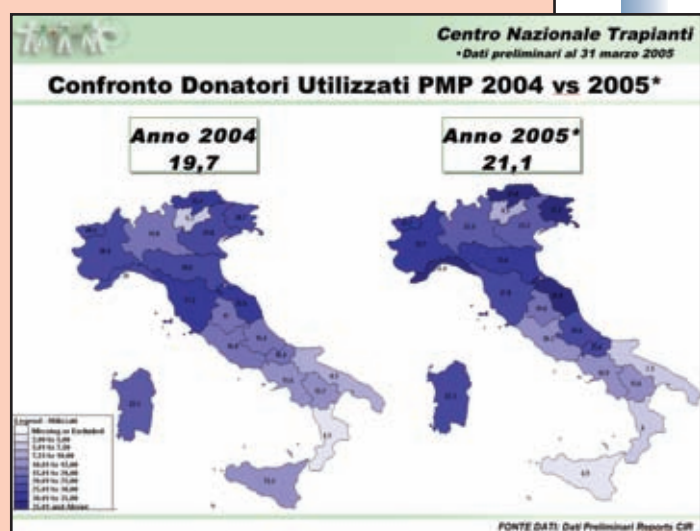
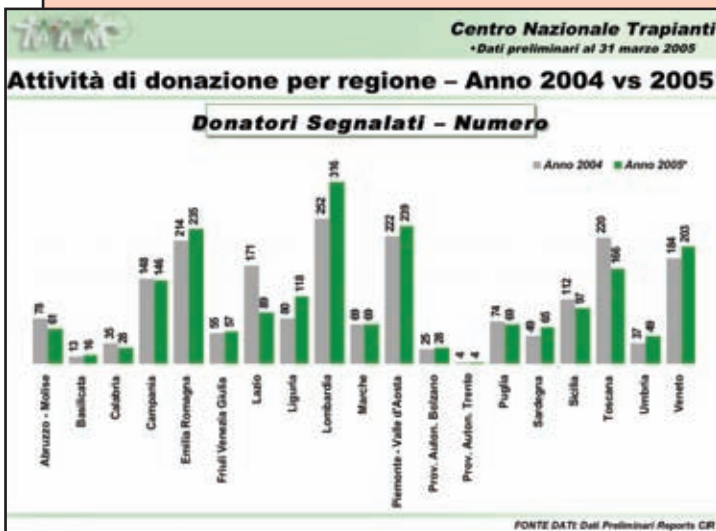
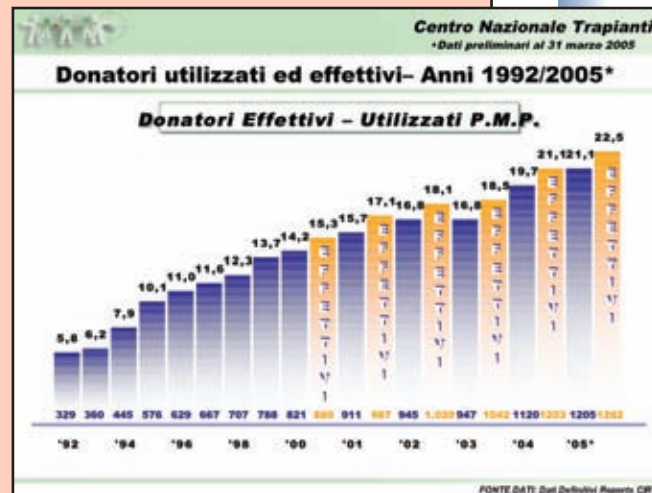
Sintomatologia psichica: costante presenza di rallentamento psicomotorio, disinteresse, ripiegamento su di sé, melanconia (questi sintomi sono frequentemente sottostimati)

Sintomatologia somatica: caratterizzata prevalentemente da sintomi ipocondriaci che si identificano nella cosiddetta depressione mascherata, in cui non si manifesta umore depresso, ma si possono riscontrare disturbi come: insonnia, cefalea, angor, dispnea, tachicardia, dolore gastrico, nodo in gola, colon irritabile, stipsi, dolori articolari, contratture, parestesie, nevralgie; oppure nella depressione "mascherante", quando il disturbo timico maschera l'esordio di una malattia organica (Morbo di Parkinson, ematoma sottodurale o neoplasia intracranica, idrocefalo normoteso, distiroidismi).

Sintomatologia sociale: un ambiente sfavorevole, poco stimolante per l'anziano, può fungere da fattore regressivo e facilitare il ripiegamento su di sé e l'isolamento reattivo; da qui la frequenza delle frasi "sono troppo stanco per uscire" oppure "quando si è vecchi si è soli". Essendo l'anziano affetto spesso a polipatologia bisogna ricordare come determinate patologie organiche risultino fortemente correlate all'insorgenza di una concomitante o successiva depressione reattiva; tra queste la Broncopatia cronica ostruttiva e l'Infarto del miocardio; anche alcuni farmaci possono essere responsabili di depressione, tra questi antipsicotici, antineoplastici, L-Dopa, cortisonici. Una manifestazione tipica dell'anziano è la cosiddetta "Pseudodemenza", quadro clinico composto da deficit cognitivi, disturbi della memoria, apatia, quindi apparentemente sovrapponibile ad una sindrome demenziale; in realtà si tratta di un situazione curabile e

Donazione di organi diminuiscono in Sicilia Allarme Aido

Diminuiscono in Sicilia le donazioni di organi. A lanciare l'allarme sono i rappresentanti regionali dell'Aido, Associazione italiana donatori organi, che nel corso di una conferenza stampa tenutasi nel padiglione C-clinica di nefrologia del Policlinico, hanno evidenziato la gravità della situazione. Guido Bellinghieri, presidente regionale dell'Aido, ha illustrato i dati relativi alle donazioni di organi che nella nostra isola presentano numeri in controtendenza rispetto al resto d'Italia facendo registrare una riduzione percentuale significativa. Dati evidenziati in questi grafici.



reversibile e può essere distinta dalla vera demenza (ha una evoluzione più rapida, inoltre nel corso di tests psicometrici tipo MMSE il depresso conserva una buona capacità di comprensione verbale e di giudizio rispetto al demente).

E' comunque dimostrato un ruolo predisponente della depressione sulla insorgenza di una successiva sindrome demenziale, oltre che a patologie di tipo cardiovascolare e metabolico (diabete mellito). Può anche rappresentare un fattore scatenante per grandi sindromi geriatiche, come la sindrome da immobilizzazione, o il marasma senile.

Esistono inoltre situazioni frequenti in età geriatrica che evocano particolari sindromi depressive: il lutto: causa spesso una sindrome somatica e psichica caratterizzata da

malessere fisico, sentimento di vuoto interno, distanza affettiva nelle relazioni, senso di colpevolezza e incapacità ad intraprendere relazioni (è causata dal disadattamento ad un ambiente deprivato dalla persona amata) la solitudine e l'isolamento, che possono essere conseguenti alla perdita dell'autosufficienza od alla "sindrome del nido vuoto", e che possono rafforzare un continua sofferenza di tipo ansioso-depressivo

il suicidio, che può essere scatenato da più cause (isolamento, perdita del ruolo sociale, ricovero in casa di riposo, morte di un congiunto, salute precaria, povertà) e che non per forza deve tradursi in un evento violento, infatti si parla anche di suicidio "silenzioso", caratterizzato da un lento ma inesorabile lasciarsi andare da parte dell'anziano con

quadri di anoressia o stati regressivi.

Nell'ambito della Valutazione Multidimensionale Geriatrica esistono diversi tests di valutazione in grado di far porre diagnosi di sindrome depressiva, ma il più usato è la Geriatric Depression Scale (GDS) con domande (solitamente 15) che indagano sul tono dell'umore.

La terapia della depressione nell'anziano si basa sull'uso di farmaci, in particolare gli SSRI (sertralina e citalopram) e il trazodone, mentre sono in genere controindicati i triciclici per gli effetti collaterali dati dall'azione anticolinergica.

È altresì utile la psicoterapia, al fine di aiutare l'anziano ad elaborare la perdita riadattandosi a nuove condizioni ed intraprendendo nuove relazioni, possibilmente con il supporto della famiglia.

Le urgenze pediatriche nell'età evolutiva

Ha suscitato scalpore, negli ultimi giorni, tra le notizie di bambini rapiti, scolare arrestate in Florida, adolescenti uccisi come boss e simili piacevoli novità, la notizia di un'undicenne ricoverata a Torino nel SPDC. Si è verificato nel profondo Nord e non in un'assoluta provincia siciliana. Come può accadere questo? Accade perché sono carenti le strutture di ricovero per minori con patologie psichiatriche acute ma mancano anche le strutture d'appoggio. Il d.l. 20 Giugno 2000 ha dettagliatamente indicato le linee guida per la realizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti materno-infantili. Ha previsto, come obbligo di legge per le ASL, l'istituzione di U.O. territoriali ed ospedaliere di neuropsichiatria infantile, di centri residenziali e semiresidenziali. Ha definito le competenze ed i compiti per la riabilitazione in età evolutiva dei Neuropsichiatri infantili e delle U.O. di riabilitazione. Un sistema perfetto, peccato che sia rimasto in gran parte sulla carta, specie alle nostre latitudini. Cosa fa oggi un medico di fronte all'esordio acuto di una grave psicosi adolescenziale, ove non esistono le condizioni per un trattamento ambulatoriale? Cerca di ricoverarlo, è l'ovvia risposta. Il problema è, appunto, "dove"? In Sicilia, Palermo ha una struttura Universitaria di ricovero e due ospedaliere, Catania



di Pasquale **RUSSO***

una Universitaria e due ospedaliere, Messina solo una, rappresentata dalla Clinica di Neuropsichiatria Infantile, per un terri-



torio orograficamente complesso e con distanze notevoli da un estremo all'altro. Le province minori non hanno alcune strutture di ricovero, ma solo U.O. territoriali. Ovviamente la legge 180 ha concepito i SPDC per gli adulti, nella logica del superamento dell'istituzione manicomiale, ma nessuna nonna, di fatto, impedisce di ricoverare in tali reparti un minore, quando si realizzino le condizioni di necessità ed inevitabili-

tà. Ecco quindi che, di fronte alla impossibilità di un'altra soluzione, finisce nei reparti psichiatrici, con tutte le immaginabili conseguenze del caso. Non si parla di casi teorici, ma di realtà quotidiane, è il caso dell'esordio della psicosi adolescenziali, delle patologie croniche in fase di scompenso, dei disturbi gravi del comportamento alimentare, etc. E' certo legittimo scandalizzarsi ma non si possono lasciare le stalle aperte e gridare se i buoi scappano. Le scelte di politica sanitaria, almeno

in Sicilia, sono andate in altre direzioni. Le risorse assegnate agli interventi di neuropsichiatria dell'età evolutiva sono sempre state e sono estremamente scarse ed inadeguate. I bei progetti della nostra provincia sono finiti nel grande fiume dell'oblio.

Gli operatori affrontano quotidianamente innumerevoli problemi: certificazioni per il d.l. 24/02/94, per intenderci tutta la mole di lavoro rela-

tivo all'integrazione del soggetto diversamente abile nelle scuole, collaborazione con il Tribunale dei minori e con i servizi sociali per separazioni, sospetti casi di abuso, presa in carico territoriale ed ambulatoriale etc. Vale la pena ricordare che, secondo gli ultimi dell'OMS esiste una prevalenza annua che oscilla dal 15 al 20% di soggetti in età evolutiva che per vari problemi chiedono l'intervento dei servizi, per non parlare di tutti gli screening di prevenzione che dovrebbero essere fatti in un rapporto di collaborazione con le strutture ospedaliere di altre discipline. Insomma, mentre si fa un gran parlare di management, progetti integrati, processi, input - output, budgetting, reporting, valutazione permanente, formazione, etc, etc, le carenze operative restano macroscopiche e si tenta sempre di eludere termini come: risorse e motivazione reale. Non basta certo una pacca sulla spalla o un "bravo" per motivare un professionista di 40 50 anni, occorre fornire incentivi professionali ed economici, diversamente direttore di struttura complessa significherà sempre più capitano di una nave in balia del mare e un dirigente medico che dirige solo se stesso si sentirà preso in giro.

*Pasquale Russo direttore U.O.C. di NPIA Me Sud - membro sez. scientifica epidemiologia ed organizzazione dei servizi SINPIA.

di CORSO Italo-Spagnolo di microchirurgia auricolare

Il XIV Corso italo-spagnolo di microchirurgia auricolare e dissezione dell'osso temporale si è svolto a maggio in due fasi: il 19 e 20 presso la clinica di otorinolaringoiatria del Policlinico e nei giorni 24, 25, 26 e 27 presso la divisione otorino dell'ospedale universitario Vall d'Hebron di Barcelona in Spagna.

Il corso ha registrato la presenza di specialisti e specializzandi in otorinolaringoiatria e audiologia che hanno avuto modo di cimentarsi personalmente nella dissezione di ossa temporali umane.

L'evento, inaugurato nell'Aula Barbera della Divisione di microchirurgia auricolare del Policlinico, ha fatto registrare interventi in diretta di stapedotomie, di miringoplastiche, di timpanoplastiche e di implantologia coclearie; di pomeriggio l'approfondimento teorico con lezioni tenute dal prof. Francesco Galletti direttore dell'unità operativa complessa di otorinolaringoiatria e direttore della scuola di specializzazione in audiologia, dal prof. Bruno Galletti direttore dell'Unità semplice di microchirurgia auricolare e direttore della scuola di specializzazione in otorinolaringoiatria, dal dott. Francesco Freni dirigente medico di I livello, dal dott. Rocco Bruno ricercatore universitario, dai dott.ri Costantino De Palma e Francesco Ciodaro ricercatori presso l'unità operativa.

Il prosieguo spagnolo è stato caratterizzato da una didattica prevalentemente pratica con dissezione sull'osso temporale umano. Ciascuno dei partecipanti al corso ha potuto disporre di un microscopio operatorio, di un kit di ferri microchi-

rurgici, di un aspiratore chirurgico, di ototrapano con relative frese per la simulazione delle varie tecniche chirurgiche sui cadaveri sotto la guida dell'equipe dei tutors Prof. P. Quesada Marin cattedratico di Otorinolaringoiatria dell'Università autonoma



*I medici
partecipanti
al corso*



di Barcelona (Spagna) e direttore del servizio di otorinolaringoiatria dell'Hospital General di Vall d'Hebron, prof. J.L. Quesada Marin professore associato di O.R.L. presso l'Hospital general Vall d'Hebron, prof. E. Perello Scherdel professore titolare e direttore del servizio O.R.L. dell'Hospital di Badalona (Spagna), prof. Francesco Galletti, prof. Bruno Galletti, Dott. Francesco Freni e dott. Giuseppe Romano dottore di ricerca presso l'unità operativa di otorinolaringoiatria messinese.

Intensa la partecipazione dei corsisti anche alle sedute chirurgiche in diretta mattutine.

Il gemellaggio della scuola messinese con quella spagnola, si propone di fornire ai medici in otorinolaringoiatria, percorsi formativi in grado di promuovere un corretto processo di decisione nell'indicazione al trattamento chirurgico per le patologie dell'orecchio e per l'apprendimento delle varie tecniche di otomicrochirurgia.

Il simposio all'Istituto San Tommaso

Bioterrorismo

aspetti religiosi e scientifici

di Saro URZI

L'Onu e l'Unesco invocano una "vera rivoluzione morale e politica" che parta dalle cause che sgretolano e distruggono la sacralità della persona umana. In molte aree geografiche si muore di odio, di violenza, di terrorismo, che è peggio della guerra. Ci vuole una concreta "polis" etica come strumento di giustizia, di pace per sconfiggere il sempre più diffuso malessere sociale, il quale si avvale spesso di strumenti terrificanti come il bioterrorismo, uno dei fenomeni più devastanti e più preoccupanti della società moderna. Sul tema, purtroppo di grande attualità, "bioterrorismo, aspetti religiosi e scientifici" si è tenuto un Symposium all'Istituto teologico San Tommaso organizzato dal "Biosciences and religion network" presieduto dal prof. Giovanni Russo, il quale ha sottolineato la gravità di una realtà sempre più pericolosa. Sono minacce che "a volte vengono - ha detto il chairman don Russo - da fonti che si dicono religiose, e che invece derivano da situazioni politiche e culturali in un contesto - purtroppo - con soggetti che appartengono alla religione islamica". Il terrorismo - ha affermato poi il moderatore dell'assise scientifica prof. Giuseppe Lamonica "è venuto tragicamente alla ribalta a seguito delle tristi vicende negli Stati Uniti, come l'antrace e soprattutto il gravissimo attentato dell'11 settembre". Viste le gravi situazioni socio-economiche e le forti tensioni politico-culturali, "il rischio del bioterrorismo è sempre immanente!". Il bioterrorismo compiuto spesso con armi biologiche (quasi sempre con l'impiego di "aggressivi chimici" può scaturire - ha detto il prof. Giuseppe Savagnone di Palermo "dall'esplosione ingigantita di solitudine, di abbandono, di incapacità ad affrontare problemi con l'uso della ragione, del dialogo.

E' tragico risultato della rottura di ogni forma di comunicazione". L'essenza del terrorismo - ha sottolineato il bioeticista Savagnone "è combattere non per vincere il nemico, ma per lanciare un messaggio che lo intimorisca". Ed in questo contesto i mezzi di comunicazione occupano un ruolo importante". Il terrorismo è una minaccia per tutti perchè non ha alcuna identificazione bellica; nasce dallo "sfogare tutte le tensioni, le difficoltà non più attraverso un contesto di regole, ma attraverso una violenza che è cieca e senza limiti". Il terrorismo è gesto di inaudita, esecrabile crudeltà umana, posto in essere attraverso un'arma pressochè invisibile, poco costosa, definita "l'atomica dei poveri", e purtroppo facilmente disponibile. Ed il bioterrorismo è - secondo Savagnone - la manifestazione drammaticamente evidente della nostra civiltà, caratterizzata dalla "globalizzazione" e proprio per questo da tutti noi particolarmente temuta ed "esorcizzata. Non basta però punire, uccidere i terroristi (risorgerebbero sempre dalle loro ceneri!); anche perchè sotto certi aspetti "i terroristi li riproduciamo noi attraverso la nostra cultura di violenza". Prima di voler eliminare il terrorismo - ha concluso il filosofo Savagnone - è opportuno "cambiare la nostra mentalità, e recuperare il senso delle regole, a tutti i livelli, perchè il terrorismo è mancanza di regole". La scienza, e la medicina in particolare - ha poi affermato il dott. Angelo Petrunaro, medico chirurgo e ufficiale qualificato alla Difesa nucleare, biologica e clinica di Messina" può adeguatamente ed efficacemente fronteggiare il bioterrorismo attraverso la strategia della prevenzione". Il bioterrorismo - ha detto il medico si avvale



Don Russo

essenzialmente dell'impiego di armi biologiche e segnatamente di "aggressivi chimici". La scienza può venire in soccorso della società;

Ma su che basi? Innanzitutto bisogna capire, intuire le spinte psicologiche che possono portare all'azione terroristica, che è improvvisa - e

indiscriminata; poi potenziare i controlli e informare correttamente senza allarmismo sulla presenza di alore di antrace, di determinati virus, tossine, bacilli. Conseguenze del bioterrorismo nella storia anche alcune forme di vaiolo, peste, botulismo, febbre emorragica, tularemia.

Dal fatalismo quasi rassegnato, all'ottimismo cauto l'intervento conclusivo del "Symposium" sulle "dinamiche contemporanee di guerra e utopie della pace" della docente universitaria di storia della filosofia Giusi Furnari Luvàrà, la quale ha sottolineato come "lo stato di guerra sia sempre considerato come stato naturale dell'uomo, la politica sia soltanto il momento di uscita dello stato di guerra, e la pace come intervallo fra eventi bellici".

E' maturato nella coscienza politica dell'uomo contemporaneo un "progetto" come pacifismo; che vuole guardare alla politica non soltanto come all'uscita dallo stato di guerra, ma alla pace come progetto politico. Sembra utopistico - ha osservato la prof. Furnari Luvàrà ma "bisogna credere per realizzarlo, innanzitutto attraverso l'allargamento delle istituzioni internazionali, tutelando diritti e sanando le molteplici tensioni ideologiche, culturali e politiche per vie giuridiche; non belliche nè terroristiche". La «polis» etica è la giusta risposta al terrorismo. Diceva Papa Wojtyła nella "Gaudium et spes" c'è pace senza giustizia". (S. U.)

International Focus on Melanoma

L'incidenza del melanoma cutaneo è più che raddoppiato negli ultimi anni. L'incremento è superiore a quello di tutti gli altri tipi di tumore. Ed è allarme.

Importante l'informazione sulla pericolosità di questo tipo di neoplasia. Maggiore indiziata l'abitudine sempre più frequente di esposizioni non razionali ai raggi solari. Attenti alle scottature dei bambini. Oggi possibili nuove forme di terapia.

PALERMO, 4 giugno 2005. Inquietante aumento dei casi di melanoma cutaneo, il tumore della pelle tra i più subdoli e pericolosi. Se non scoperto precocemente, è capace di disseminarsi velocemente in altre parti del corpo, in modo talora mortale. Ed è allarme.

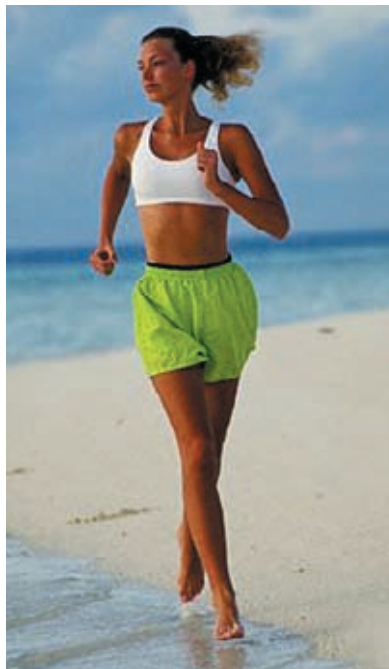
Negli ultimi anni, l'incidenza del melanoma è più che raddoppiata: nella maggior parte dei paesi occidentali è stato registrato un aumento superiore a quello di tutti gli altri tipi di tumore.

Di fronte all'inaspettata avanzata (si calcola un aumento del 3-7 per cento all'anno nelle popolazioni di origine europee) ci si interroga sui perché e sulle possibilità di prevenzione e cura. Per fortuna, all'aumentare dell'incidenza non corrisponde un analogo incremento della mortalità. Oggi, l'identificazione delle lesioni è sempre più precoce, anche grazie alla maggiore attenzione che si va diffondendo nei confronti del melanoma, rispetto al passato.

“Ma occorre fare di più. La gente va informata in modo incisivo sulla pericolosità di questo tumore cutaneo. Considerato fino ad alcuni anni fa non frequente, oggi si assiste ad una sua crescita senza precedenti. Individuarlo in tempo, nella fase iniziale, significa, spesso, salvare la vita del paziente”, osserva il professore Biagio Agostara, direttore del dipartimento di oncologia dell'Azienda ospedaliera Arnas Civico di Palermo, presidente dell'International Focus on Melanoma, il convegno che vede riuniti a

Palazzo dei Normanni di Palermo oncologi, dermatologi, neurochirurghi, anatomopatologi, radioterapisti, chirurghi plastici, esperti di genetica molecolare, italiani e stranieri.

Lo scopo dell'incontro palermitano è confrontarsi sulla temibile patologia, interrogarsi sui possibili perché del suo incremento esponenziale, porre le basi per una lotta serrata, dal punto di vista della prevenzione e terapeutico.



L'INCIDENZA

L'incidenza maggiore di melanoma la si riscontra tra i 50-60 anni. È raro che la neoplasia insorga sotto i 20 anni. Nella maggior parte dei casi, oggi compare a livello del tronco e degli arti inferiori.

Negli ultimi decenni, è stato osservato che, se a livello del viso e del collo l'incidenza è raddoppiata, i melanomi del tronco e degli arti inferiori hanno registrato un aumento tra 5 e 10 volte. Per capire meglio la particolarità del fenomeno, va detto che sono pochi i casi di melanoma al tronco e alle gambe diagnosticati in persone di età avanzata. Il che fa supporre un effetto

“generazionale”. In altre parole, le generazioni più giovani avrebbero un rischio melanoma sostanzialmente più elevato di quelle precedenti. La causa viene vista nell'abitudine, sempre più diffusa a partire dagli anni Cinquanta, di esporre, nella stagione estiva, il corpo all'azione dei raggi ultravioletti in modo più marcato rispetto ai nostri nonni.

Le più recenti indagini epidemiologiche mettono in rilievo che l'incidenza del melanoma e la mortalità correlata a questa neoplasia, risultano più alte nelle classi sociali più elevate (uso di bikini, esposizioni al sole in barche dove la brezza marina non fa avvertire la potenza dei raggi solari, vacanze in paesi tropicali dove è più facile incorrere in scottature) e con carnagione chiara. Negli ultimi anni, si è assistito ad un aumento di melanoma più nelle donne che negli uomini.

Per il professore Biagio Agostara, l'insorgenza del melanoma in aree anatomiche non sempre esposte al sole come il tronco del corpo e le gambe, suggerisce che la trasformazione cancerogena di alcune cellule non è proporzionale alla dose cumulativa di irradiazione da ultravioletti, ma all'intensità della radiazione (esposizione in maniera acuta). Un particolare fattore di rischio possono essere le scottature da raggi solari nei bambini. Una forte esposizione può causare danni al Dna della cellula e, nel tempo, la sua trasformazione neoplastica. Un fattore di rischio pare sia anche il tipo di frazionamento all'esposizione, l'intermittenza. Sul ruolo delle radiazioni solari nella genesi della malattia è d'accordo il professore Jonh Kirkwood del Cancer Institute dell'università di Pittsburgh, direttore del Centro Melanoma di quell'università, uno dei maggiori esperti al mondo di trattamento del melanoma. “Il rischio sole è una realtà – dice Kirkwood – ma ci sono in gioco anche altri fattori che scatenano la malattia melanoma come l'assetto genetico e il tipo di pelle”.

Kirkwood ha sviluppato un nuovo ed efficace approccio al trattamento del melanoma. Ha ricevuto riconoscimenti internazionali per avere condotto studi multicentrici con trattamenti biologici. Lo scienziato sta anche portando avanti studi clinici promettenti con i vaccini, nel tentativo di sviluppare una risposta biologica del sistema immunitario atta a distruggere le cellule melanocitiche.

Altri fattori di rischio per l'insorgenza di melanoma sono la predisposizione genetica (intorno al 4 per cento), il colore chiaro della pelle, dei capelli (biondi o rossi), degli occhi (i soggetti con occhi azzurri presentano un rischio del 50 per cento circa superiore a quelli con occhi marrone o neri), la presenza di nei, la familiarità. Importante predittore di rischio è anche la densità di efelidi in età adulta.

In merito ai nei, gli esperti consigliano di fare attenzione al loro cambiamento di volume, alle variazioni di colore, agli arrossamenti, alla morfologia. Occorre stare attenti, in particolare, ai nei che si trovano in aree di attrito come quelli alla vita che sfregano contro elastici, cinture e a quelli nella regione delle bretelle del reggiseno.

In Italia, si stima un numero annuo di melanomi di circa 4.500 casi. La mortalità si aggira sui 1.500 casi, anche se esistono difficoltà nel distinguere, dai certificati, la morte per melanoma da altri tipi di tumori della pelle. In Sicilia, in tasso d'incidenza annuo del melanoma è intorno a 5 casi ogni 100.000 abitanti.

LA DIAGNOSI

Nella fase iniziale, la diagnosi di melanoma è essenzialmente clinica. È importante diagnosticare l'insorgenza di un melanoma prima che possa dare metastasi. Per aiutare il medico a porre la diagnosi, sono state proposte alcune linee guida. Le più interes-

ti sono la classificazione di Glasgow e la regola dell'ABCDE dell'American Cancer Society. La prima, suggerisce l'esame di qualsiasi lesione cutanea associata ad uno dei seguenti cambiamenti: dimensioni, aspetto, colore o a quattro variabili minori: infiammazione, crosta o sanguinamento, sintomatologia, dimensioni maggiori di 7 millimetri. La seconda, propone di analizzare una lesione cutanea se questa è associata ad almeno una delle seguenti caratteristiche: asimmetria, bordi irregolari, colori eterogenei, diametro maggiore di 6 millimetri, evoluzione.

LA PROGNOSI

In caso di melanoma localizzato senza metastasi, la prognosi globale è generalmente buona. La sopravvivenza, a 5 anni, è del 93 per cento. In caso di metastasi ai linfonodi o di coinvolgimento della cute entro due centimetri dalla lesione primaria, la sopravvivenza a 5 anni oscilla tra il 40 e il 20 per cento e il rischio di ricaduta supera l'80 per cento. Se la malattia è invece in stato avanzato e metastatico la sopravvivenza media è di 6-7,5 mesi.

LA TERAPIA

Nella fase precoce della malattia, quando lo spessore del melanoma è al di sotto del millimetro, la chirurgia rappresenta l'intervento terapeutico definitivo. Se lo spessore della neoplasia è invece maggiore di un millimetro, è necessario indagare se si sono create metastasi linfonodali. Ad essere

interessati per primi nella diffusione delle cellule cancerose sono i linfonodi dell'area dove si è manifestato il melanoma, quelle ghiandole riunite a catena che rappresentano le stazioni di drenaggio della linfa. Se il processo di metastatizzazione viene individuato subito, il paziente ha maggiori probabilità di sopravvivenza. Allo scopo, è importante indagare il linfonodo sentinella, il primo della catena linfonodale. Se questo non risulta infiltrato dalle cellule tumorali, anche il resto della catena linfonodale è libero dalla malattia. Se l'esame svela, invece, la presenza di metastasi, è necessario procedere all'asportazione dei linfonodi della regione.

Oggi, nuove forme di trattamento possono essere offerte al paziente dopo l'intervento di asportazione della neoplasia, nei casi in cui esiste il pericolo di recidiva e di morte. "Ora disponiamo di buone armi biologiche contro il melanoma", sottolinea il professore John Kirkwood.

Lo scienziato statunitense ha coordinato uno studio con interferone alfa 2-b ricombinante, su pazienti operati di melanoma primitivo di spessore superiore ai 4 millimetri, con o senza metastasi dei linfonodi regionali. Seguiti per quasi 7 anni, la terapia con interferone ha dimostrato una riduzione significativa dell'incidenza di ricaduta e un aumento della sopravvivenza libera dalla malattia.