

in questo numero

Fnomceo, elezioni annullate

Attività intramuraria proroga a luglio 2006



Procreazione assistita, il dopo referendum

Aborti, record negativo

Borse di studio Empam

Caldo e farmaci



L'oncologia in Sicilia



Cambio alla guida dell'AMMI

6

**Luglio- Agosto
2005**

Messina medica

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

EDITORE

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

CONSIGLIO DELL'ORDINE

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

Consiglieri:

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

Revisori:

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

Commissione Odontoiatri:

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

DIRETTORE EDITORIALE

Nunzio Romeo

DIRETTORE RESPONSABILE

Lorenzo Mondello

REDATTORE CAPO

Mario Primo Cavaleri

VICE DIRETTORI

Antonio Puglisi Guerra, Valentino Sturiale

COMITATO DI REDAZIONE

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

SEGRETARIA COMITATO DI REDAZIONE

Giusy Giordano

SEGRETERIA di REDAZIONE



**Europa Due
media & congress**

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

Decisione all'unanimità della Commissione per gli esercenti le professioni sanitarie

Fnomceo, elezioni annullate

Le ipotesi: nuove urne o commissariamento per l'esecutivo Del Barone

Il tempo è praticamente scaduto, ma non per questo l'effetto sul pianeta-medici è meno dirompente. Lo scorso 8 luglio la Commissione per gli esercenti le professioni sanitarie, organo di giurisdizione presso il ministero della Salute, ha accolto con una decisione all'unanimità il ricorso, presentato dall'opposizione nell'ormai lontana primavera del 2003, contro l'elezione del vertice della Fnomceo, la Federazione nazionale dei medici e degli odontoiatri. Motivo del contendere: una manciata di schede che a suo tempo non sarebbero state conteggiate, e che avrebbero condizionato decisamente l'esito della consultazione e la vittoria dell'attuale esecutivo, capeggiato dal presidente Giuseppe Del Barone.

La decisione arriva, come detto, praticamente in extremis: la Federazione è già in fermento, in vista delle elezioni per il rinnovo del vertice, in calendario per la primavera prossima. Non che il ricorso non fosse stato presentato per tempo, come detto, ma al primo round la

Commissione aveva risposto picche: il ricorso era stato respinto per un vizio di procedura sulle notifiche agli interessati.

Da qui il passaggio dei ricorrenti in Cassazione, che ha rinviato tutto di nuovo alla Commissione centrale: esistono e come, è in buona sostanza l'argomentazione della Corte, gli elementi per pronunciarsi nel merito.

Si arriva così alla decisione della Commissione, che sconfessa un esecutivo di fatto già avviato allo scadere di un mandato in cui, durante gli ormai oltre due anni di "reggenza", le tensioni della contesa elettorale non hanno mai smesso di influire pesantemente. Le motivazioni della decisione, però, ancora non ci sono e per saperne di più sul futuro del Comitato centrale occorrerà attendere le indicazioni scritte della Commissione ministeriale.

«Si tratta di una contesa ridicola fin dal principio - è il commento a caldo del presidente Del Barone, a cui la decisione non

è stata ancora notificata. Ma, visto come sono andate le cose, studieremo l'eventualità di ricorrere in Cassazione, magari dopo l'estate».

Sulla possibilità di un ricorso contro una decisione nel merito, va detto, molti esprimono più di un dubbio; l'ipotesi più probabile è che la Commissione raccomandi due vie alternative: subito nuove elezioni oppure il commissariamento del vertice, incaricato a questo punto di lavorare solo per la convocazione dei seggi. I ricorrenti che fanno capo a Del Barone chiederanno la sospensione del provvedimento per "gravi motivi". Tra questi, elenca il presidente, la «mancata comunicazione» al suo avvocato della convocazione della Commissione, l'8 luglio, e il costo notevole che comporterebbe organizzare due tornate elettorali a distanza di pochi mesi l'una dall'altra.

Comunque vada, la giustizia sarà arrivata solo a fine corsa.

(da "Il sole 24 ore")

Ordine, rinnovo delle cariche

Sono state fissate per il 6, 7, 8 Agosto, in prima convocazione, le elezioni per il rinnovo delle cariche ordinistiche.

Si potrà votare dalle 9 alle 12 e la tornata sarà valida se si recherà alle urne un terzo degli aventi diritto (cioè almeno 1792 medici e 178 Odontoiatri).

In seconda convocazione si voterà il 3, 4 e 5 settembre: dalle ore 8 alle 20



La Commissione Igiene e sanità del Senato, nella seduta del 15 giugno, durante l'esame del disegno di legge di conversione del decreto-legge 27 maggio 2005, n. 87, recante disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale, ha approvato un emendamento, che prevede la proroga al 31 luglio 2006 del termine per

bre 1993, n. 537, come modificata dalla legge 30 dicembre 2004, n. 311, appone la propria firma sulla ricetta».

(Scrittura Braille sulla confezione di farmaci)

1. Sulle confezioni esterne o sui contenitori dei prodotti farmaceutici soggetti o meno a

prescrizione medica e presentati sotto qualsiasi forma, nonché ai rimedi fitoterapici ed omeopatici in qualunque forma presentati, devono essere riportate in caratteri Braille le seguenti indicazioni:

a) il nome commerciale del prodotto;

b) il mese e l'anno di scadenza) un segnale convenzionale di allarme per particolari condizioni d'uso o di conservazione.

2. Qualora le dimensioni delle confezioni dei prodotti di cui al comma. 1 non consentano la scrittura in caratteri Braille delle indicazioni di cui al comma 1, le medesime sono riportate in un cartoncino pieghevole, inserito nella confezione.

3. Le imprese farmaceutiche e le altre imprese che realizzano i prodotti di cui all'articolo 1 si uniformano alle disposizioni del pre-

sente articolo entro il 31 dicembre 2005.

4. La distribuzione dei prodotti indicati al comma 1 e confezionati prima del 31 dicembre 2005, è consentita fino al 31 dicembre 2006.

5. La violazione delle disposizioni di cui al presente articolo comporta la sospensione dell'autorizzazione all'immissione del prodotto fino al compiuto adempimento».

(Proroga del termine per l'utilizzo degli studi professionali privati per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale)

1. Al comma 10 dell'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le parole: "fino al 31 luglio 2005" sono sostituite dalle seguenti: "fino al 31 luglio 2006".

2. Il comma 1 -bis dell'articolo 1 del decreto-legge 23 aprile 2003, n. 89, convertito con modificazioni, dalla legge 20 giugno 2003, n. 141, 6 sostituito dal seguente:

"1-bis. Nel periodo fino al 31 luglio 2006 il Ministro della salute provvede, nell'ambito della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, a verificare l'andamento delle risorse e lo stato di avanzamento dei progetti esecutivi dalle regioni, relativi alle opere atte a favorire l'attività libero-professionale intramuraria».

Attività libero-professionale intramuraria Proroga al **31 luglio 2006**

l'utilizzo degli studi professionali privati per lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.

Si sottolinea comunque che il provvedimento deve essere ancora approvato in prima lettura dal Senato e pertanto potrebbe subire ulteriori modifiche.

Queste le novità:
«Art 1-bis.

1. Il farmacista prima di consegnare i farmaci appartenenti alla lettera a) e c) del comma 10 dell'articolo 8 della legge 24 dicem-

Orario estivo di Segreteria

Nei mesi di luglio e agosto è sospeso il servizio pomeridiano negli uffici dell'Ordine che quindi rimarranno aperti al pubblico dalle ore 9,30 alle 13 di tutti i giorni feriali tranne il sabato.





Storace: Ricerca vitale per il paese

Il tema della ricerca «è importantissimo nel Paese il cui futuro si costituisce proprio sulla ricerca. Spero che a partire dal prossimo Dpef e dalla nuova legge finanziaria si possa

maceutica dove si ricercano vari principi attivi che possano affrontare malattie gravi e diffuse, da quelle oncologiche alle cardiovascolari, al morbo di Parkinson.

«La realtà - ha proseguito Storace - sta dimostrando che questo Paese è in grado di essere in testa nella speciale classifica e competere con il resto del mondo. Il problema è crederci». Parlando con i ricercatori e i dirigenti della SigmaTau Storace ha ricordato anche il recente decreto per l'abbattimento dei prezzi dei farmaci. «Si tratta di una idea innovativa - ha sostenuto - che porta a far risparmiare sulla spesa farmaceutica il cittadino, ma determina anche un risparmio per i farmacisti e per le aziende». Il ministro inoltre ha sottolineato che il settore farmaceutico «è strategico per il Paese e che la Sigma Tau è un esempio di importante industria in questo campo». Il direttore della ricerca, carminati, ha a sua volta illustrato al ministro le caratteristiche della ricerca Sigma Tau che riguarda farmaci innovativi per l'oncologia, il diabete, le malattie cardiovascolari, il

morbo di Parkinson e anche la schizofrenia. Inoltre ha parlato del progetto didattico «Medic learning» che l'azienda svolge in collaborazione con le maggiori università italiane. Attraverso un sistema di comunicazioni multimediali notissimi docenti universitari tengono lezioni a studenti e a giovani ricercatori, che possono interloquire con loro.

impegnare il Governo su questo fronte per raggiungere grandi obiettivi. Primo fra tutti il rientro dei tanti scienziati italiani che fanno ricerca all'estero». Lo ha detto il ministro della salute, Francesco Storace, in una visita allo stabilimento della società farmaceutica Sigma Tau a Pomezia. Accompagnato dall'amministratore delegato, Claudio Cavazza, Storace ha preso visione dei laboratori di ricerca dell'azienda far-

Con italiani in forma, risparmio di 3,6 mld

Praticare sport non solo fa bene al fisico ma anche alle casse sanitarie dello Stato. Gli 11,5 milioni di praticanti sportivi «continuativi» fanno risparmiare, infatti, ogni anno oltre 3,6 miliardi di euro alla sanità italiana.

Il dato emerge dalla ricerca «Ricaduta sociale dello Sport- Aspetti economici» di StageUp. La cifra, rispetto agli ultimi dati disponibili del ministero della Sanità, rappresenta circa il 4,5% del costo della produzione del complesso delle Aziende Sanitarie Locali. In altre parole ogni sportivo permette un risparmio allo Stato Italiano di 313 euro. Il dato può essere considerato un valore per difetto, e quindi prudenziale, perchè non tiene conto volutamente del risparmio indotto dai praticanti saltuari. La ricerca è stata effettuata utilizzando il modello dello studioso statunitense Willard G. Manning, docente e presidente del Phd Program in politiche statali dell'università di Chicago e che applica al solo costo per l'assi-

stenza ospedaliera in Italia, confrontando uno scenario composto da sole persone sedentarie rispetto ad uno composto anche da persone assiduamente attive.

Secondo l'indagine, l'attività sportiva riveste dunque un'importanza fondamentale per combattere le patologie indotte e/o associate alla sedentarietà, diventando così «benemeritorio». Oltre al contenimento della spesa, gli effetti dell'attività sportiva sul sistema sanitario riguardano il miglioramento qualitativo del servizio assistenziale, l'incremento della soddisfazione degli utenti ed il perfezionamento dell'efficienza organizzativa e funzionale.

Secondo alcune ricerche svolte negli Stati Uniti, per ogni dollaro investito nella promozione dell'attività fisica in Usa, il risparmio sanitario è di 3,2 dollari mentre le malattie a carattere acuto sono diminuite in media del 19% con conseguente risparmio della spesa sanitaria

che oscilla tra il 20 ed il 50%. Anche in Canada il risparmio sanitario nelle organizzazioni in cui viene promossa l'attività fisica è di 513 dollari per lavoratore.



VACCINI: studio italiano

speranze contro infezione neonati da streptococco B.

Grazie a un gruppo di ricercatori italiani si fa sempre più concreta la possibilità



di disporre di un vaccino universale contro lo Streptococco di Gruppo B (GBS), la principale causa di infezioni batteriche tra i neonati

(l'80% delle infezioni si trasmette per via materno fetale), i cui esiti sono estremamente dannosi e spesso fatali.

Solo negli Stati Uniti, il batterio GBS causa 2.500 infezioni all'anno tra i neonati, nel 25% dei casi con gravi conseguenze a lungo termine, quali sordità, cecità e danni neurologici, in 100 casi con esito fatale entro i primi tre mesi dalla nascita.

La scoperta, pubblicata oggi sulla prestigiosa rivista internazionale *Science*, è il frutto dell'impiego di una innovativa tecnologia di screening genomico denominata reverse vaccinology, che ha consentito di identificare quattro proteine del batterio importanti per lo sviluppo di un vaccino. La combinazione di queste proteine pare infatti essere il presupposto per conferire la prote-

zione contro tutti i principali ceppi diffusi di GBS: lo dimostrano i modelli di studio preclinici ritenuti affidabili e altamente predittivi in termini di induzione di una risposta efficace nell'uomo.

Ma questa non è stata l'unica scoperta dei ricercatori nel laboratorio senese della Chiron Vaccines, l'azienda dove è stato condotto lo studio: grazie ai loro studi per la prima volta è stata dimostrata la presenza sulla superficie del batterio di strutture filamentose - scientificamente note sotto il nome di pili - che sono necessarie al batterio per infettare la cellula ospite.

«Questa scoperta aggiunge ulteriori tasselli alla comprensione della patogenesi dell'infezione e cambia radicalmente il mondo della microbiologia» ha affermato Guido Grandi, responsabile del Dipartimento di Biochimica e Biologia Molecolare di Chiron Vaccines, a capo (insieme a John Telford) del progetto di ricerca GBS.

Il risultato ottenuto, è stato reso possibile anche grazie alla collaborazione con le Università di Viterbo e Messina.

Procreazione medicalmente assistita

Commento finale in tema di referendum

di Antonino **FERRARA**

Ha prevalso lo stupore più che la sorpresa!

Varie considerazioni portavano a dubitare che lo strumentodel Referendum fosse idoneo a fornire soluzioni valide ai problemi sollevati dal travagliato varo della Legge 40/2004 sulla Procreazione medicalmente assistita. Anche perché la prolungata propaganda che la precedette si orientò più su questioni di principio che su convincimenti consapevoli e meditati, di concreta utilità.

Ma il risultato inatteso ha stupito soprattutto per il clamoroso divario fra il numero effettivo dei partecipanti e quello vagheggiato alla vigilia, da larga parte della pubblica opinione: appena la metà del minimo consentito per la validità della consultazione. Ed ancora più cocente fu la delusione di quella parte attiva dell'elettorato femminile che faceva conto sull'appoggio massivo della categoria.

"Cosa ha spinto le donne a disertare in massa i seggi?", ha scritto accorata Dacia Maraini,

validissimo alfiere della femminilità che conta, che ha indotto a restare a casa, anziché andare in massa a difendere la propria autonomia? Ed ancora: "Sembrava che il messaggio fosse arrivato, sembrava che le donne avessero riflettuto e capito quali interessi fossero in gioco. E invece, al momento opportuno, si sono tratte indietro impaurite, chissà, incredule di potere decidere veramente sul proprio destino".

Si sarebbe portati a concludere che il tema della Procreazione medicalmente assistita non sia sentito dalle donne come problema dell'intera categoria. Almeno nella stessa misura in cui lo fu il tema dell'aborto cosiddetto

"legale", contro il quale l'opposizione della Gerarchia Ecclesiastica fu dura e molto esplicita, ma con risultato negativo, alla conta finale dei voti.

È da valutare che la drammatica "necessità" di sopprimere una vita indesiderata che cresce, si propone più frequentemente nella pratica corrente, anche se la decisione finale compete ad un solo soggetto, ma si attua con procedure estremamente semplificate, mentre l'ansia, diciamo pure la "necessità" di procreare, laddove si frappongono ostacoli naturali che si rivelano insuperabili, è meno frequente (anche se, in questo caso, l'ansia coinvolge di solito, molte più persone!), ma soprattutto com-



porta l'impiego di procedure complesse, non naturali e spesso dall'esito incerto.

Ma quando il desiderio di maternità (che non è mai un capriccio!) viene invocato come una necessità "vitale", porta la donna ad affrontare disagi, sacrifici, rischi di varia natura ed il ricorso a mezzi che la dottrina della Chiesa giudica contrari alla Morale.

Morale "Collettiva", s'intende, che è quella cui si ispira la formulazione delle Leggi, ma alcuni problemi che riguardano direttamente la morte e la vita al suo sorgere, possono attenersi a una morale "individuale" che la stessa

Legge riconosce e rispetta, in quanto



Alberto Zucconi

Psicoterapia seminario gratuito per psicologi e studenti

Alberto Zucconi Sede Centrale - SUD: Viale della Libertà n. 251, piano terzo - 98121 Messina - sito web: www.iacp.it - Messina, 21 ottobre ore 16,00 19,00 presso la sede IACP di Messina "La Psicoterapia Centrata sul Cliente: la promozione del processo del cambiamento".

Proiezione video, analisi e commento di una seduta di Carl Rogers con interventi del dr. Pino Dattola, psicoterapeuta, direttore dell'IACP di Messina e dei corsi di Specializzazione in Psicoterapia dell'Istituto a Messina, riconosciuti ai sensi della Legge 56/89. Poiché il seminario gratuito è a numero chiuso, è richiesta la prenotazione - per telefono presso la segreteria IACP di Messina (090-59596) - o per e-mail (segreteria.sud@iacp.it) indicando nome, cognome e recapito telefonico.

obbedisce all'imperativo assoluto della coscienza personale.

Questa clausola, che trova riscontro nella Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo (10 Dicembre 1948, art. 19) sulla piena libertà di giudizio e di espressione e relativa impunità al riguardo, protegge la donna dai rigori della Legge 194, consentendo l'interruzione, pur con particolari garanzie, della gravidanza indesiderata. Ma analoga protezione della donna, al fine di tentare la procreazione desiderata, anche a costo di ricorrere a metodiche "non naturali" considerate contrarie alla Morale, non si riscontra nella nuova Legge 40/2004, limitandosi la libertà di manovra ad una generica astensione, che non assicura il buon esito del "progetto di vita", diversamente da quanto avviene per il "progetto di morte" assicurato dalla Legge 194.

Per quanto attiene, infine, al 4° quesito ammesso dalla Consulta al vaglio del Referendum, cioè l'accettazione o meno dell'eterologo, non v'è dubbio che trattasi di qualcosa che oggi non regge più. Basti rifarsi al clamoroso successo dei trapianti, in specie del cardio-trapianto, al quale è dovuta l'ulteriore sopravvivenza del trapiantato. Analogamente solo un seme "eterologo" (si fa per dire, perchè eterologo per la moglie sarebbe anche il marito, o il compagno), diciamo quindi più propriamente un seme "esterno alla coppia" sarà l'unico mezzo per tentare di raggiungere il risultato voluto. E sarà pur sempre un

procedere "secondo natura", perchè essa, in tema di procreazione non respinge un cosiddetto "eterologo", anzi, ai fini eugenetici, lo preferisce al consanguineo, al familiare (incesto), all'autologo (donazione) perchè mira a dare vita ad una progenie sana e pronta ad affrontare la durezza della vita. Nè mira a creare "fotocopie" di coloro che l'hanno generato, in quanto mira a creare esseri "nuovi" che siano "originali", "unici". Succede così che da un padre "pre-

mio Nobel" venga fuori un figlio coglione e che da un semplice operaio possa venire di tutto, persino un Papa.

Per chiudere sull'argomento REFERENDUM, è di questi giorni una affermazione del Sommo Pontefice che può sembrare incredibile per la sua intrinseca grandezza. La Curia di Roma ha manifestato la propria determinazione per cui l'esito della recente consultazione referendaria non comporterà, da parte della Chiesa Cat-

tolica, la richiesta di revisione della Legge 194, la legge dell'aborto.

E' una decisione di grande valore e di enorme significato.

E' l'accoglimento benevolo di una realtà, certamente non condivisa dalla Chiesa, ma ritenuta necessaria al benessere psico-fisico della donna. Essa fa bene sperare che anche la revisione, inevitabile, della Legge 40/2004 avvenga al più presto e secondo questo spirito.

In Breve

Associazione regionale diabetologi Di Benedetto presidente, De Francesco segretario

Nel corso del Congresso regionale dell'Associazione medici diabetologi, svoltosi ad Acireale, i dottori Antonino Di Benedetto e Carmelo De Francesco sono stati eletti presidente e segretario della sezione regionale.

Ai Colleghi, il plauso del Consiglio direttivo e del Comitato di redazione di "Messina Medica".

Elenco dei medici disponibili per sostituzioni

L'Ordine ha previsto nuovi servizi on-line all'interno dell'area riservata. E' già operativa una nuova sezione creata per i colleghi interessati ad effettuare le sostituzioni di medici convenzionati per la medicina generale e per la pediatria di libera scelta, che possono notificare, attraverso la pagina delle opzioni, la loro disponibilità.

Tale servizio è disponibile accedendo all'interno della propria area riservata mediante la digitazione del codice fiscale e della password scelta al momento della registrazione al sito.

PRIVACY - Proroga al 31 dicembre

Le nuove norme sulle misure minime per la sicurezza dei dati sono slittate dal 30 giugno a fine anno

Il riinvio interessa soprattutto il documento programmatico.

Come abbiamo già pubblicato, è stato convertito prima della sua decadenza il decreto legge 314/2004 che, tra le numerose proroghe di termini, ha congelato il Dlgs 56/2000 sul federalismo fiscale per consentirne la revisione fino al 30 aprile.

La legge è la n. 26 del 1° marzo, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n.50 del 2 marzo 2005

La Sigo lancia il programma d'informazione "Scegli Tu"

Sicilia, record negativo nella contraccezione sicura

Aborti a quota 130.000 l'anno, 20.000 i clandestini

Le siciliane "divorziano" dai metodi anticoncezionali. Li utilizza solo il 46%, contro la già bassa media nazionale (53%). Solo una su 5 ricorre al contraccettivo più sicuro, la pillola, e il numero degli aborti risente di questo disamore: 130mila l'anno, una vera e propria epidemia che negli ultimi 3-4 anni non ha accennato a diminuire. Cifre rese ancora più pesanti dal crescente numero di siciliane che scelgono i canali clandestini, 20mila ogni anno, soprattutto adolescenti. Si tratta di risultati sorprendenti, che si contrappongono paradossalmente all'elevata conoscenza degli anticoncezionali tra le siciliane. È quanto emerge dall'indagine della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO) – nell'ambito della campagna nazionale "Scegli Tu" – realizzata nel novembre 2004 tramite 1.200 interviste "on line" e 800 interviste telefoniche a campioni rappresentativi delle nostre connazionali tra i 15 e i 45 anni, di cui 150 svolte in Sicilia. Il dato è stato diffuso a Palermo in occasione del convegno "La pillola oggi: attualità in tema di controllo della fertilità".

"Analizzando i dati sulla contraccezione – commenta il prof Paolo Quartararo, della Clinica Ostetrica e Ginecologica all'Università degli Studi di



Palermo – è possibile rintracciare una corrispondenza inversa tra uso di anticoncezionali e aborti volontari. Il consumo della pillola ad esempio è aumentato dal 2 al 19% in 30 anni, a fronte di

una diminuzione delle interruzioni di gravidanza da 270 a 130mila l'anno".

Un trend positivo, a cui è corrisposto però negli ultimi 4 anni una preoccupante stasi. La pillola si è attestata a quota 21%, il numero di aborti a 130mila. In Sicilia, a interrompere la gravidanza sono soprattutto le donne sposate con figli. La percentuale di aborti tra le adolescenti rimane invece relativamente bassa. Almeno nelle strutture pubbliche: le ragazzine si sentono infatti costrette a rivolgersi ai canali non ufficiali. A spingerle in quella direzione sembra perlopiù la paura di affrontare direttamente con i genitori le conseguenze di una gravidanza indesiderata. Impossibilitate a rivolgersi autonomamente ai centri pubblici perché minorenni, spaventate, queste ragazzine scelgono la via più

pericolosa e traumatica, in centri poco

affidabili. Il risultato è un allarmante aumento degli aborti clandestini". Senza dimenticare il numero di gravidanze indesiderate, portate avanti con estrema difficoltà soprattutto sotto il profilo emotivo, e che a volte sfociano in abbandoni.

Il problema non sembra a prima vista riconducibile, secondo l'indagine, alla scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi. Le siciliane risultano infatti ben informate, soprattutto sulla pillola. L'88% conosce la sua capacità di ridurre l'abbondanza e la dolorosità del flusso mestruale, il 91% la sua azione sul sistema ormonale. Al di sotto della media nazionale risulta invece il profilo di sicurezza/affidabilità del farmaco (63% vs 72%), e il suo apporto alla serenità (e soddisfazione) della vita sessuale (66% vs 70%). Eppure un problema di comunicazione esiste. Molte donne (il 33% di chi fa o ha fatto uso di anticoncezionali) hanno scelto il metodo da utilizzare da sole. Tra le giovanissime la percentuale di chi privilegia il "fai da te" sale a un vertiginoso 53%. Vince inoltre l'informazione di gruppo, quella fornita dagli amici, dai conoscenti. Imperano i media: il 62% delle donne si informa sui temi della contraccezione sui giornali e i periodici (62%) e in televisione (29%) ed è cresciuto il numero di navigatrici sul web (20%).

Sembra quindi che le siciliane vogliano saperne di più. Lo conferma il dato secondo cui 7 siciliane su 10 chiedono maggiori campagne di sensibilizzazione sull'argomento. Bisogna rispondere a questo bisogno non tanto in termini



di maggiore informazione, ma di migliore qualità. Solo così, le siciliane e i loro partner potranno scegliere con serenità il metodo contraccettivo più adatto alle proprie esigenze”.

Ma non sono solo il gentil sesso o le coppie a dover essere “formati”. Anche i medici di medicina generale contribuiscono spesso a mantenere il clima di incertezza. Alle donne che si rivolgono a loro per chiarire dubbi, porre domande, non sempre sono desiderosi o capaci di fornire la giusta risposta. Anche perché in tema di contraccezione, sono emersi dati nuovi che sfatano vecchi tabù. Ma il medico di famiglia, tutologo per professione, non sempre riesce a mantenersi aggiornato.

“Per sanare questa situazione – spiega il dr. Giuseppe Ettore, segretario regionale dell’Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI) e direttore dell’Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia dell’Azienda Ospedaliera “Garibaldi Nesima” di Catania – la nostra associazione in Sicilia ha predisposto un piano di interventi che vede coinvolti tutti i ginecologi ed in particolare gli operatori di consultori, degli ambulatori e dei servizi informativi sull’interruzione volontaria di gravidanza. Piano che prevede una campagna educativa nelle scuole con programma integrato e mirato a sviluppare un progetto lavorativo che coinvolga Assessorati alla pubblica istruzione, le scuole e le ASL territoriali; la formazione degli operatori sanitari allo scopo di migliorare l’approccio comunicativo operatore/utente fortemente carente nel motivare la donna al concetto di prevenzione, salute, benessere, assiduità nei controlli; il coinvolgimento del personale non medico - ed in particolare delle ostetriche - allo scopo di far fronte al difficile momento del primo approccio ed ottimizzare la capacità di ascolto; una campagna di sensibilizzazione e prevenzione dell’aborto attraverso il coinvolgimento delle unità operative di educazione alla salute delle ASL territoriali e dei mass-media. Inoltre – aggiunge il dr. Ettore – vi sarà l’attivazione all’interno del portale Web A.O.G.O.I. Sicilia di un accesso per utenti allo scopo di veicolare con facilità delle informazioni corrette; facilitare la comprensione di tematiche di patologie ginecologiche funzionali, poter chiedere pareri ad esperti, conoscere indirizzi e numeri di telefono dei responsabili dei centri ambulatoriali, dei consultori e dei centri Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) pubblici con punti di ascolto riservato allo scopo di ridurre la piaga dell’aborto clandestino”.

TFR o previdenza complementare?

Tra poco potrebbe essere emanato un decreto di attuazione e, allora, in mancanza di opzione entro sei mesi il **silenzio-assenso** sarà vincolante per deviare il TFR maturando verso la previdenza complementare.

Si parla di data ultima il 31 dicembre. L’INPDAP ha già approntato, invece, le procedure per l’opzione dal trattamento di fine servizio (Tfs) al TFR per i dipendenti in servizio prima del 31 dicembre 2000 (dopo tale data tutti i neoassunti in ospedale sono a Trf). Infatti i titolari dell’indennità premio di servizio potranno aderire al II pilastro della previdenza solo esercitando l’opzione al trattamento di fine rapporto (TFR).

Ma c’è convenienza?

Nel caso della deviazione del TFR ai Fondi pensione il lavoratore non potrà più richiedere anticipazioni del TFR (questo istituto vale solo nel privato e per ora non è esteso al settore pubblico) e soprattutto ogni volta che cesserà un rapporto di lavoro non potrà usufruire subito della “liquidazione”: infatti solo quando raggiungerà i requisiti per il trattamento previdenziale (pensione) potrà godere dei benefici previsti da questo istituto. Inoltre va tenuto presente che mentre il TFR darà all’età pensionabile un

somma sicura anche se con una rivalutazione molto contenuta, i fondi pensione sono soggetti alle fluttuazioni dell’economia che

MEDICI OSPEDALIERI: A fine anno chiamata per l’opzione tra TFR o Fondi Pensione

potrebbero al limite erodere lo stesso capitale.

Nello stesso tempo va però anche detto che i Fondi pensione costituiscono un risparmio previdenziale forzoso stuzzicante soprattutto se unito alla contribuzione datoriale e ai vantaggi fiscali.

Ma attenzione che il TFR viene liquidato sotto forma di capitale, mentre il Fondo pensione eroga in gran parte una rendita e in caso di decesso viene escluso il capitale e rimane solo un trattamento indiretto di reversibilità.

Ci sono dunque dei pro e dei contro.

Certamente molti dubbi sorgono invece sull’opportunità di passare dal trattamento premio di servizio (ex liquidazione INADEL) al TFR.

E’ consigliabile, dunque, valutare oculatamente cosa fare anche in relazione alla propria situazione familiare e economica.

PRO: 1. garantirsi a fine dell’età lavorativa un certo grado di ulteriore pensione; 2. crearsi una pensione complementare senza sacrifici contributivi particolari; 3. avere somme impegnate in enti sottoposti a controlli di gestione e vigilanza e non lasciate al datore di lavoro che potrebbe in un domani rivelarsi insolvente; 4. una certa scelta del fondo da parte del lavoratore.

CONTRO: 1. prolungamento all’età pensionabile della percezione delle somme; 2. nessuna possibilità di anticipazione di somme (per ora prevista solo nel regime privato); 3. solo una parte in capitale, l’altro va in rendita periodica; 4. in caso di decesso il TFR spettava agli eredi che in questo caso avrebbero solo il trattamento indiretto.

(Approfondimento sul sito dell’Ordine)

Borse di studio ENPAM

per orfani di Medici e Odontoiatri

Nell'ambito degli interventi assistenziali previsti dalle norme regolamentari il Comitato Esecutivo dell'ENPAM, nella seduta del 23 giugno, ha deliberato la concessione di n. 285 sussidi di studio a favore degli Orfani di Medici Chirurghi e Odontoiatri.

I sussidi di studio saranno assegnati, come di consueto, in base alle norme contenute nell'apposito bando di concorso ed in base alle risultanze delle certificazioni di studio prodotte dai concorrenti.

Si richiama l'attenzione sulla procedura prevista per la presentazione delle domande stesse allo scopo di evitare esclusioni per decorrenza dei termini: le domande relative ai sussidi di studio per le scuole secondarie di primo e secondo grado, nonché quelle relative ai sussidi di studio per studenti universitari, dovranno essere presentate direttamente all'ENPAM entro il 15 dicembre 2005, complete della documentazione prevista.

Le domande volte al conseguimento dei sussidi di studio costituiti da rette ONAOSI dovranno tassativamente essere presentate direttamente all'ENPAM, e per conoscenza all'ONAOSI, entro il 30 luglio 2005 per i Convitti, per i Collegi o Centri di studi universitari.

Le domande relative ad orfani minorenni dovranno essere debitamente sottoscritte dal genitore o da chi ne fa le veci.

ODONTOIATRI Proposta di lavoro dipendente per gli esercenti l'odontoiatria da parte del Servizio Sanitario Britannico del Galles.

*Proposta
di lavoro
nel servizio
Sanitario
Britannico
del Galles*

La richiesta non è localizzata solo al Galles; È stata richiesta collaborazione anche da parte dell'Essex

Si tratta di attività di dipendenza ma con livello retributivo particolarmente interessante con garanzie per tutto ciò che riguarda pensione, maternità e ferie.

Lettere



"Buona Sanità"

Riceviamo e pubblichiamo

Ill. mo Sig. Presidente, voglio segnalare quanto segue:

il 16.3.05 sono stato ricoverato per la 2^a volta presso l'Azienda Ospedaliera Papardo perchè dovevo essere controllato per una coronografia fatta in precedenza per rivascolarizzazione mediante PTCA + STENTING su CX. Tutto è andato benissimo, E voglio che sappia che i dott.ri che mi hanno seguito sono stati stupendi, parlo dei dott. Grassi Satullo - Micari - Iannelli - Calleri - Gervasii, e tutti quelli che si trovano in sala operatoria, i quali vedendomi molto agitato, mi hanno pazientemente tranquillizzato come se fossi un loro padre.

Inoltre voglio segnalare, il buon comportamento di tutto il personale del reparto di cardiologia, per la capacità, premura e cordialità.

La ringrazio per l'ospitalità, e ... sè pemetti ti abbraccio fraternamente.

(Pippo) Giuseppe Fagnani



Caldo e farmaci

Le informazioni fornite dall'Agenzia francese di sicurezza sanitaria dei prodotti per la salute

I dati al momento disponibili non permettono di considerare i farmaci, se usati in modo corretto, come fattori di rischio nel caso in cui i pazienti siano esposti a temperature elevate (ondate di calore).

Tuttavia l'Agenzia Francese di Sicurezza Sanitaria dei Prodotti per la Salute (Afssaps) fornisce un elenco di farmaci da considerare e rivalutare in termini di rischio/beneficio quando i pazienti sono esposti ad elevate temperature. Le raccomandazioni per esteso, fornite dall'Afssaps, saranno riportate nel prossimo aggiornamento del sito www.farmacovigilanza.it tuttavia a fronte dell'attuale situazioni di elevate temperature seguono le seguenti anticipazioni:

Possono aggravare la sindrome di spossamento-disidratazione ed il colpo di calore i farmaci che:

1. alterano l'idratazione e l'equilibrio elettrolitico: diuretici, in particolare quelli dell'ansia (furosemide);

2. alterano la funzionalità renale: FANS tradizionali e non (Coxib), salicilati (adosi superiori a 500 mg/die), ACE-inibitori, sartani, alcuni antibiotici (specie Isulfamidici), alcuni antivirali (specie l'indinavir);

3. hanno un profilo cinetico che può essere alterato dalla disidratazione (per modifiche a carico della loro distribuzione od eliminazione): in particolare: sali di litio, antiaritmici, digossina, antiepilettici, alcuni antidiabetici orali (biguanidi e sulfaniluree), ipocolesterolemizzanti (statine e fibrati);

4. possono ostacolare la dispersione di calore agendo a diversi livelli:

- alterazione della termoregolazione centrale neurolettici ed agonisti serotoninergici;
- alterazione della termore-

golazione periferica farmaci ad azione anticolinergica (antidepressivi triciclici, antistaminici HI di primagenerazione, alcuni antiparkinson, alcuni antispastici, neurolettici, compresi gli antipsicotici atipici, disopiramide, pizotifene) che agiscono mediante la riduzione della sudorazione; vasocostrittori periferici (agonisti e amine simpaticomimetiche impiegati nel trattamento della congestione nasale per via sistemica e dell'ipotensione ortostatica, alcuni antiemicranici, come i triptani ed i derivati dell'ergot), che limitano la risposta vasodilatatrice al calore; farmaci (come i diuretici per deplezione, i beta-bloccanti per depressione del miocardio che limitano l'aumento della portata cardiaca in risposta all'aumento del debito sanguigno cutaneo.

- alterazione del metabolismo basale inducente la produzione endogena di calore: ormoni tiroidei.

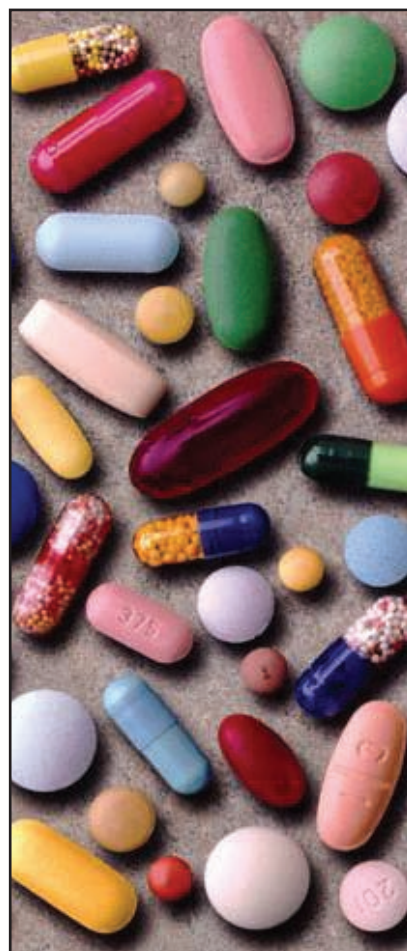
Farmaci che possono indurre ipertermia

Sono note come favorevoli le disregolazioni termiche 2 situazioni, indipendentemente dalle condizioni climatiche esterne:

- la sindrome maligna da neurolettici
- la sindrome serotoninergica causata non solo dagli agonisti serotoninergici (SSRI) ma anche da altri antidepressivi (triciclici, inibitori della MAO, veniafaxina), dai triptani e dal buspirone.

L'uso dei suddetti farmaci deve essere inserito nell'analisi dei fattori di rischio, anche se essi non sono mai stati ritenuti fattori scatenanti un colpo di calore in caso di un ondata di caldo:

Possono indirettamente aggravare gli effetti del caldo i farmaci che:



- abbassano la pressione arteriosa potendo indurre ipoperfusione di alcuni organi (SNC), specialmente tutti gli antiipertensivi e gli antianginosi.

- agiscono sullo stato di vigilanza alterando in tal modo la capacità di difendersi dal caldo.

Alcune sostanze d'abuso, in particolare amfetamine, cocaina ed alcool (specie il suo uso cronico) sono i fattori di rischio in grado di aggravare le conseguenze del caldo.

Le raccomandazioni

In caso di ondata di caldo, le più importanti ed immediate misure preventive sono:

- sorveglianza dello stato generale dei pazienti sul piano clinico e biologico tenendo conto dell'insieme dei fattori di rischio;

- misure igienico-dietetiche, come raffreddamento, ventilazione ed idratazione.

In nessun caso è giustificato il ricorso immediato e sistematico alla riduzione o alla sospensione dei farmaci che possono interagire con l'adattamento dell'organismo al caldo. È necessario procedere ad una valutazione clinica dello stato d'idratazione delle persone a rischio prima di prendere qualsiasi decisione terapeutica, completata da:

- valutazione dell'apporto idrico, misurazione di peso, frequenza cardiaca e pressione arteriosa del paziente,

- valutazione completa del bilancio elettrolitico con creatinemia e valutazione della clearance della creatinina (formula di Cockcroft-Gault).

In caso di ondata di caldo, si raccomanda ai professionisti sanitari coinvolti nella gestione dei pazienti con fattori di rischio di:

- stilare la lista dei farmaci assunti dal paziente, sia da prescrizione che da automedicazione,

- identificare i farmaci che possono alterare l'adattamento dell'organismo al caldo, consultando l'elenco sopra riportato e rifacendosi alla scheda tecnica dove si trovano le informazioni necessarie per procedere a questa valutazione,

- rivalutare quanto ciascuno dei suddetti farmaci comporta in termini di rischio/beneficio individuale ed eliminare tutti i farmaci che sembrano inadatti, non indispensabili, tenendo conto della patologia trattata, dello stato patologico, del rischio di sindrome d'astinenza e di effetti indesiderabili; in particolare fare attenzione nei pazienti anziani all'associazione di farmaci nefrotossici,

- evitare la prescrizione di FANS in caso di disidratazione,

- in caso di febbre, evitare anche la prescrizione di paracetamolo perché inefficace nel trattamento del colpo di calore e perché si potrebbe verificare un aggravamento di un danno epatico latente,

- in caso di prescrizione di diuretici, verificare che l'apporto idrosalino sia adeguato,

- raccomandare al paziente di non prendere farmaci senza consulto medico, ivi compresi i farmaci dispensati senza ricetta medica.

Alla fine della rivalutazione potrebbe essere previsto un adattamento della terapia, qualora sia giustificato, considerando che tutte le misure generali di correzione dell'ambiente circostante e della disponibilità di una buona idratazione siano seguite correttamente.

A conclusione del processo di revisione della classe di farmaci Cox 2 inibitori l'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) ha raccomandato la sospensione dell'autorizzazione alla commercializzazione della specialità medicinale Bextra (valdecoxib) e l'introduzione di nuove Controindicazioni e Avvertenze per gli altri farmaci appartenenti alla classe dei Cox 2 inibitori che rimangono disponibili nell'Unione Europea. Queste ulteriori misure si aggiungono a quelle adottate nel mese di Febbraio 2005.

I Cox 2 inibitori fanno parte di una più ampia classe di farmaci denominati antinfiammatori non steroidei (FANS) il cui profilo di sicurezza sarà ora rivalutato.

Nella sua riunione del 20-23 giugno il Comitato per i farmaci umani (CHMP) dell'EMA ha stabilito che a causa del rischio cardiovascolare si sono rese necessarie ulteriori avvertenze e controindicazioni per tutti i Cox 2 inibitori ed ha

concluso che l'ulteriore rischio di reazioni cutanee gravi e potenzialmente fatali associato all'uso di Bextra (valdecoxib) supera i benefici terapeutici di questo farmaco.

La sospensione della commercializzazione di Bextra sarà rivalutata entro un anno.

L'agenzia europea del farmaco conclude l'Azione regolatoria sui COX 2 inibitori

In questo

arco di tempo la Pfizer ha l'opportunità di raccogliere e fornire ulteriori dati di sicurezza affinché il CHMP possa prendere in considerazione la possibile reintroduzione del prodotto nell'Unione Europea. Su richiesta dell'EMA, la Pfizer ha accettato, nell'aprile 2005, il ritiro volontario del prodotto dal mercato nell'Unione europea.

Per gli altri Cox 2 inibitori (celecoxib, etoricoxib, iumiracoxib, e parecoxib) Il CHMP ha concordato che i dati disponibili mostrano un aumento del rischio di reazioni avverse cardiovascolari. Il CHMP ha confermato le conclusioni già raggiunte nel febbraio 2005 di una associazione tra durata e dose di somministrazione e la probabilità di presentare tali reazioni cardiovascolari. Il Comitato ha altresì confermato il rischio di comparsa di gravi reazioni cutanee.

A conclusione di questa rivalutazione il CHMP raccomanda di inserire nelle informazioni che accompagnano questa specialità medicinale (Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto e Foglio Illustrativo) le seguenti Controindicazioni e Precauzioni d'Uso:

- Nei paragrafo Controindicazioni deve essere riportato che i Cox 2 inibitori non devono essere somministrati ai pazienti affetti da malattia cardiaca ischemica e/o da malattie cerebrovascolari (stroke) né a pazienti con malattia arteriosa periferica.

- Il paragrafo Avvertenze deve essere rinforzato per ricordare ai medici di usare la massima cautela nella prescrizione dei Cox 2 inibitori a pazienti con fattori di rischio per malattie cardiache quali ipertensione, iperlipidemia (alti livelli di colesterolo) diabete e abitudine al fumo.

- A causa della associazione tra rischio cardiovascolare ed esposizione ai Cox 2 inibitori, i medici sono invitati a somministrare la più bassa dose efficace e per la durata di trattamento più breve possibile.

- Ulteriori avvertenze o rafforzamenti di quelle già presenti, per i medici e per i pazienti, si riferiscono alla possibile occorrenza di reazioni di ipersensibilità e di rare, ma gravi e talvolta fatali, reazioni cutanee.

Il lumiracoxib è attualmente autorizzato solo nel Regno Unito, ma non è ancora in commercio.

Nella maggior parte dei casi queste si presentano nel primo mese di trattamento; e i medici devono considerare che i pazienti con storia clinica di allergia ai farmaci possono presentare un rischio maggiore.

Il CHMP ha concluso che, se prescritti nel rispetto di queste ulteriori controindicazioni e Precauzioni d'Uso, il bilancio rischio/beneficio del Cox 2 inibitori, rimane favorevole.

In aggiunta agli studi clinici già in corso, il CHMP enfatizza l'importanza di un continuo ed attento monitoraggio e di una accurata valutazione della sicurezza cardiovascolare e delle reazioni cutanee da parte delle aziende titolari delle Autorizzazioni a trasmissione in commercio del Cox 2 inibitori nella Unione Europea (Merck Sharp & Dohme, Novartis e Pfizer).

Durante la procedura di revisione il CHMP ha valutato i dati di sicurezza relativi ai Cox2 inibitori nei confronti di alcuni FANS convenzionati.

Sulla base di questi dati, e facendo seguito ad una specifica richiesta della Commissione Europea, il CHMP ha ora deciso di procedere alla rivalutazione del profilo di sicurezza del FANS e verificare l'eventuale necessità di ulteriori azioni regolatorie.

Questo fa seguito ad una revisione sulla sicurezza dei più comuni e più utilizzati FANS già iniziata dal suo gruppo di esperti di Farmacovigilanza, il PhVWP (Pharmacovigilance Working Party).

Non è chiaro se i rischi evidenziati per i Cox 2 inibitori si possano estendere anche ai FANS convenzionali. In attesa di qualsiasi raccomandazione futura, i medici ed i pazienti dovrebbero rispettare attentamente le informazioni presenti (RCP e Foglietto Illustrativo) che già accompagnano i FANS convenzionati (sia quelli ottenibili solo dopo presentazione di ricetta medica sia quelli acquistabili in farmacia senza prescrizione, prodotti da banco) ed i Cox 2 inibitori. In caso di dubbi o interrogativi, il paziente è invitato a consultare il proprio medico e/o farmacista.

DALLA FOMC E/O

Imposta sulla pubblicità esenzione delle targhe dei professionisti

Modulo di richiesta di cancellazione posizione contributiva del medico e dell'odontoiatra rivolta all'ICA.

La Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, preso atto delle continue richieste pervenute ai medici da parte dell'ICA s.r.l. - concessionaria di accertamento e riscossione dell'imposta sulla pubblicità e dei diritti dalle pubbliche affissioni - di pagamento dell'imposta sulla pubblicità dalle targhe dei medici e degli odontoiatri, verificatesi successivamente all'esposto rivolto al Ministero dell'Economia in data 17.9.2004 e alla successiva nota del 4.1.2005, nella quale l'ICA riconosceva di concordare con l'Amministrazione per quanto riguarda l'esenzione dal pagamento dell'imposta sulla pubblicità dalle targhe dei professionisti, è intervenuta nuovamente presso il Ministero dell'economia e presso la Società ICA.

L'ICA ha convenuto sulla appropriatezza della normativa di riferimento e ha confermato di essere in grado di eliminare dai propri data base le posizioni delle sanitarie esclusivamente dall'anno 2006 evidenziando difficoltà nell'effettuazione del procedimento di aggiornamento dei file per l'anno in corso, motivo per il quale continuano ad arrivare richieste di pagamento della tassa in oggetto.

È stato pertanto individuato un percorso che consenta ai medici e odontoiatri di non pagare la tassa richiesta e nel contempo cancellare dal database dell'ICA le posizioni dei sanitari.

Tutti i medici e gli odontoiatri che ricevono avvisi bonari di pagamento per l'anno in corso ovvero ingiunzioni di pagamento per gli anni passati possono inviare all'ICA s.r.l., Via Parma, 81 - 19125 La Spezia la dichiarazione appresso indicata allegando le richieste di pagamento in originale.

Qui di seguito riportiamo la bozza della lettera:

Oggetto: richiesta di pagamento datata

Posizione contributiva - istanza di autotutela per opposizione

Il sottoscritto dott.nato a.....residente.....C.Fcon studio in..... Via..... avendo ricevuto avviso bonario /ingiunzione di pagamento da codesta società chiede di cancellare la propria posizione contributiva del Vs. registro e di annullare la richiesta di pagamento in oggetto indicata - che si restituisce in originale allegata alla presente - così come da accordi presi tra la Vs. Società e la Federazione degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, stante l'esenzione delle targhe dei professionisti dall'imposta sulla pubblicità ai sensi dell'art. 2 - bis, comma 6, della Legge 75/02 e art 47, DPR 495/92, così come conformato dal Ministero dell'Economia con Circolare n. 3 del 3 maggio 2002.

Firma

Si consiglia l'invio con raccomandata ar. trattenendo copia della lettera e della richiesta di pagamento che viene restituita.

Con l'augurio di avere definitivamente risolto le vertenze tra i medici e gli odontoiatri e la Società ICA.

BLUE DAYS 2005

GIOCA, IMPARA E DIVERTITI SULLA SPIAGGIA ALLA SCOPERTA DELL'AMBIENTE



Campagna ambientalista dell'Associazione Marevivo in Sicilia rivolta prevalentemente a bambini e genitori che sulle spiagge di alcune tra le più importanti località balneari vengono coinvolti in giochi e attività da biologi marini e volontari per sollecitare una maggiore sensibilità sulla salvaguardia della salubrità dell'acqua e sulla tutela delle coste.

L'iniziativa presentata a Palermo coinvolgerà quasi tutta l'Isola. A Lampedusa, isola quotidianamente alla ribalta della cronaca per i continui sbarchi di immigrati, i subacquei di Marevivo sono stati impegnati in una importante operazione di recupero di una rete di pesca abbandonata davanti a Lampione. 250 mt di rete che soffocavano un costone dell'isolotto sono stati rimossi grazie anche alla collaborazione dei carabinieri subacquei, dell'AGCI pesca e della società armatoriale Augustea, protagonisti di questo progetto ministeriale

sul recupero delle reti abbandonate, patrocinato dal Ministero dell'Ambiente.

Un'operazione nella quale possono essere coinvolti tutti i subdesiderosi di dare un contributo in favore dell'ambiente. La tutela del patrimonio marittimo e costiero siciliano è divenuto uno degli obiettivi primari delle istituzioni locali e l'alleanza con le associazioni ambientaliste è divenuta sempre più vigorosa. Le iniziative volte a educare e sensibilizzare i cittadini sullo sfruttamento delle risorse naturali incontrano favore e successo e la cultura della tutela ambientale è in forte crescita. Ma quanto si è fatto o si continua a fare è nulla rispetto agli anni di sfruttamento irrazionale di cui ci siamo resi colpevoli, a danno di un patrimonio costituito dalla cultura del mare, dall'economia legata alla pesca e al turismo, dal patrimonio immobiliare storico costiero, dalle attività subacquee nautiche e dall'archeologia.

Infatti, secondo il Rapporto annuale sulla balneazione, presentato dai ministeri dell'Ambiente e della Salute, solo il 68 per cento delle spiagge risulta controllato e balneabile: il restante è off-limits e in gran parte a causa dell'inquinamento.

Scorrendo la mappa delle regioni più attente alla salute dei nostri mari, sul podio spiccano Molise e Basilicata e Toscana. La palma delle regioni che controllano più attentamente la costa marina spetta a Friuli Venezia Giulia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Lazio, Molise, Abruzzo:



BLUEDAYS in Sicilia

7 luglio	Mondello
8 luglio	Barcarello
9 luglio	Sferracavallo
10/11 luglio	Isola delle Femmine
8/9/10 luglio	10/11/12/ 17/18/19 agosto
	AMP Isole Pelagie
12/13 luglio	Isole Eolie -Salina
14 luglio	Brolo
16/17 luglio	Cefalù
21/22/23/24 luglio	
	AMP Isole Egadi – Favignana
3 agosto	San Leone - Agrigento
4 agosto	Eraclea Minoa
5 agosto	Sciacca
6 agosto	Porto Empedocle
28/29/30 settembre	
	AMP Plemmirio / Faro Augusta
5/6/7 ottobre	
	AMP Isole Ciclopi Acitrezza



preservare la diversità marina realizzare la produttività degli ecosistemi, sviluppare il benessere economico sociale nell'ottica dello sviluppo sostenibile.

La campagna BlueDays, in raccordo con l'Arpa (Agenzia regionale per l'Ambiente) si colloca in questo ambito e rappresenta un esperimento sinergico di collaborazione tra pubblico e privato.

la Sicilia pur godendo di un mare incomparabile per bellezza al resto d'Italia, rimane ancorata agli ultimi posti. L'aspetto positivo è da ritrovare nella istituzione dei numerosi parchi marini e nelle attività delle associazioni ambientaliste che con i loro progetti di sensibilizzazione li hanno resi mete permanenti di educazione ambientale rivolta a grandi e piccini. Infatti le aree marine protette rispondono anche in Sicilia a tre importanti esigenze per lo sviluppo della cultura ambientale:

Studio condotto dalla scuola di spettroscopia molecolare di Erice

Clima: su effetto serra ancora nessuna certezza

Uno studio sui gas che producono l'effetto serra, condotto dalla Scuola internazionale di spettroscopia molecolare della Fondazione Ettore Majorana di Erice, ha dimostrato che le attuali conoscenze non sono sufficienti per arrivare a conclusioni credibili.

«Mentre è stato ampiamente accertato che esiste un aumento misurabile della temperatura media del pianeta - spiega Giuseppe Baldacchini, ricercatore dell'Enea di Frascati - non è ancora possibile allo stato attuale delle conoscenze attribuire tale aumento alle attività umane o a cambiamenti climatici naturali». Secondo lo studioso «è ancora impossibile sviluppare un

modello generale dell'atmosfera terrestre che tenga conto di tutti i parametri coinvolti nel fenomeno». Durante il corso, tuttavia, è stato sottolineato che per combattere il terrorismo internazionale sono stati messi a disposizione finanziamenti rilevanti, sottraendoli dalla ricerca a più lungo periodo riguardante lo studio atmosferico.

Gli esperti riuniti ad Erice si sono confrontati inoltre sugli ultimi sviluppi tecnologici in ottica, in particolare quelli relativi alla rivelazione ed identificazione di sostanze chimiche e biologiche che possono costituire una minaccia per la salute dell'uomo e l'ambiente terrestre.



I malati di tumore in Sicilia possono ricevere le migliori cure? La maggioranza degli oncologi siciliani, nella scelta delle terapie innovative, si dice condizionata dai bilanci aziendali: un dato grave e di grande rilevanza etico e sociale. La voce di spesa "Beni e Servizi" che include la farmaceutica ospedaliera, in Sicilia è la più bassa d'Italia. Trovare soluzioni è imperativo per il bene dei malati oncologici: da un impiego più razionale delle risorse, ad una programmazione oncologica a breve, medio e lungo termine, a finanziamenti specifici, adeguati ai dati di crescita della patologia. È quanto è emerso dal congresso "L'Oncologia in Sicilia".

dovesse portare alla guarigione – dice Agostara - ma solo tradursi in una maggiore sopravvivenza o migliore qualità di vita per il malato si è moralmente impegnati a praticarlo". Dati Censis dimostrano che nei cittadini è molto forte la richiesta di equità nell'esercizio del diritto alla salute: la garanzia all'accesso

L'oncologia in Sicilia



PALERMO, - In Sicilia, la maggioranza degli oncologi si dice condizionata dai bilanci aziendali nella scelta dei farmaci innovativi per la cura del paziente: sulla base di considerazioni economiche, non sempre è possibile prescrivere al malato di tumore il trattamento

migliore, il più innovativo. Un fatto grave, di grande rilevanza sociale ed etica, discriminatorio rispetto a cittadini di altre regioni, che investe migliaia di pazienti oncologici siciliani. La Sicilia – secondo rilevazioni Censis su dati del Ministero della Salute – si trova all'ultimo posto tra le regioni italiane nella spesa di "Beni e Servizi", quel capitolo che, nella ripartizione della spesa sanitaria, ingloba la spesa per i farmaci, per la diagnostica, per le apparecchiature, per il funzionamento degli ospedali e altro. Nel 2003, alla voce "Beni e Servizi" è stata assegnata una quota di spesa del 16,3 per cento, rispetto ad una media nazionale del 23,2 per cento. La Calabria sta meglio di noi con il 17,7 per cento, per non dire di regioni che hanno destinato a quella voce quasi il doppio della Sicilia: 31,0 l'Umbria, 30,2 la Toscana, 28,8 la Valle D'Aosta, 28,5 il Veneto, 28,2 l'Emilia Romagna, 28,0 le Marche, 27,5 il Friuli Venezia Giulia. La Sicilia riveste la maglia nera.

Lo stato di preoccupazione degli

oncologi siciliani è legittimo. Un farmaco viene approvato e reso disponibile dopo che sperimentazioni cliniche rigidamente controllate ne abbiano dimostrato la maggiore efficacia o tollerabi-

lità rispetto ad un farmaco che fino a quel momento era considerato il migliore in una determinata patologia. Trovare condizionamenti nel suo utilizzo è un problema che investe l'etica professionale e la morale sociale.

"Il medico che sulla base di considerazioni economiche non utilizzasse il farmaco o l'associazione di farmaci a maggiore attività, lederebbe l'inalienabile diritto del malato alla migliore terapia", osserva il professore Giuseppe Altavilla, direttore dell'Unità Operativa di Oncologia Medica e Terapie Innovative del Policlinico universitario di Messina. E il rischio esiste, se un oncologo su due si dice condizionato dal bilancio della propria azienda ospedaliera nella scelta dei farmaci più innovativi. L'interrogativo che sorge è lacerante: "Si può mai negare il diritto del paziente oncologico al migliore trattamento perché questo ha un costo elevato?". Un no secco è del professore Biagio Agostara, direttore del Dipartimento di oncologia dell'Arnas-Civico di Palermo. "Anche quando un trattamento innovativo, anche se costoso, non

uniforme ai diversi servizi sanitari su tutto il territorio nazionale, a parità di bisogno. Il 95,9 per cento degli italiani sostiene che le Regioni dovrebbero fornire tutte le stesse prestazioni. Lavorare su nuovi modelli di coesistenza tra interessi in conflitto (vincoli economici e necessità delle persone malate) in nome di un bene comune: la salute dei cittadini, col superamento del gap oggi esistenti tra regioni del nord e quelle del sud.

Il "Libro Bianco dell'Oncologia Italiana" redatto dall'Aiom, nella sua seconda edizione riporta, alla tabella 29, le differenze significative nella spesa per i farmaci per aree geografiche: al sud la spesa per medicinali dei centri oncologici è, in media, di 926.000 euro all'anno per struttura, al centro Italia è di poco superiore al milione di euro (1.084.000), mentre al nord supera il milione di euro (1.242.000). Emerge che al Sud la spesa per paziente è notevolmente inferiore a quella delle strutture del centro e del nord del Paese.

"Chi opera in oncologia in Sicilia – aggiunge il dottore Carmelo Iacono – e in particolar modo gli oncologi medici, si trova a lavorare in ambiente poco favorevole, in condizione di mancata programmazione regionale e con poche risorse finalizzate a disposizione. Nonostante ciò l'oncologia siciliana negli ultimi 5 anni ha fatto passi importanti".

Che le risorse destinate alla sanità siano oggi scarse e difficilmente modificabili è un fatto. Il punto sta nel trovare delle soluzioni. Una potrebbe essere la redistribuzione delle risorse, riflettendo sul fatto che la spesa per i farmaci incide poco più del 12 per cento sulla spesa sani-



Alcuni numeri

In Sicilia, ogni anno, vengono registrati 18.000-20.000 nuovi casi di tumore (260.000 in tutta Italia). La mortalità è di circa 190 casi ogni 100.000 abitanti. Significa che nell'Isola si hanno intorno a 9.000 decessi per tumore ogni anno (160.000 nel Paese).

Il rapporto centri-abitanti è di 1 centro di oncologia ogni 248.450 abitanti, contro una media nazionale di 1 centro ogni 157.447.

L'assistenza oncologica è erogata per il 77,8 per cento da strutture pubbliche e per il 22,2 da centri privati.

Il numero medio di medici che opera in ciascuna unità operativa è di 5,1 (con un massimo di 27 e un minimo di 1).

taria complessiva, mentre la voce più onerosa riguarda gli ospedali che assorbono il 52,35 per cento della spesa sanitaria, mentre il 29 per cento è destinato ad altre prestazioni sanitarie. Altra proposta potrebbe essere una voce di spesa dedicata specificamente all'oncologia, così come avviene in altre regioni d'Italia.

In merito all'utilizzo dei farmaci innovativi, viene richiesto che l'oncologo possa essere libero di operare secondo scienza e coscienza. Viene altresì ribadito che le terapie di ultima generazione, certamente di costo più elevato rispetto ai farmaci tradizionali, se impiegate in modo appropriato possono guarire, dare una maggiore sopravvivenza e qualità di vita al paziente, ridurre la degenza ospedaliera, aumentare la capacità lavorativa, con un costo-benefico a tutto vantaggio dell'intera comunità.

Tutti d'accordo gli oncologi siciliani riuniti a Palermo, alla giornata "L'Oncologia in Sicilia": per aumentare le risorse da investire in farmaci innovativi occorre intervenire sugli sprechi, sull'organizzazione del lavoro, nei processi gestionali, nell'uso appropriato delle apparecchiature. Nella cura di un paziente, è importante l'appropriatezza terapeutica, la qualità di un intervento curativo in termini di corretta indicazione ed efficacia per la specifica patologia. Il Servizio Sanitario Nazionale riconosce un valore basilare all'appropriatezza terapeutica e ne fa l'elemento di riferimento dell'assistenza sanitaria. La legge 405/2001, nel prevedere che la tutela della salute è un diritto fondamentale del cittadino, individua i livelli essenziali e uniformi di assistenza (Lea) in base ad alcuni principi essenziali. Tra questi, la qualità e l'appropriatezza delle cure, con

riguardo alle specifiche esigenze, e l'economicità nell'impiego delle risorse. Oggi è chiaro che l'elemento economico può influenzare, a parità di altre condizioni, l'appropriatezza di un intervento terapeutico.

"Limiti e significato della corretta indicazione, quale elemento peculiare dell'appropriatezza terapeutica sono oggi sottoposti ad un processo di revisione, cosa particolarmente evi-

dente nell'area dei farmaci antineoplastici che possono essere oggetto di un ampliamento delle indicazioni riconosciute allo scopo di determinarne l'efficacia in patologie terminali prive di soluzioni terapeutiche alternative", sostiene il professore Filippo Drago, membro della Commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia Italiana del Farmaco.

Convegno a settembre Terapie Integrate in Oncologia dalla ricerca di base alla pratica clinica

Su iniziativa del prof. Vincenzo Adamo si terrà al Teatro Vittorio Emanuele di Messina dal 22 al 24 settembre 2005 il Convegno Nazionale su "Le Terapie Integrate in Oncologia" dalla ricerca di base alla pratica clinica".

Tale evento costituisce un momento di riflessione su tematiche di grande rilievo e pertanto crea una occasione di vero confronto ed aggiornamento con tutte le realtà operanti in campo oncologico.

Infatti, come si evince dal programma, è un evento scientifico di grande interesse, non solo per le recenti acquisizioni in campo diagnostico e terapeutico, ma soprat-

tutto per la presenza dei maggiori esperti nell'ambito di tale patologia.

A tal proposito il programma scientifico si articolerà attraverso letture magistrali, tavole rotonde, simposi, dibattiti, con interventi e contributi dei maggiori esperti di oncologia, cui seguirà la discussione circa il trattamento di alcuni casi clinici che verranno presentati, con il coinvolgimento della platea. Seguirà la discussione con interventi e contributi dei partecipanti, ed una serie di pro e contro sui temi più controversi.

Tale evento, già accreditato con 13 punti E.C.M., si svolgerà con il contributo delle maggiori Società Scientifiche coinvolte in ambito oncologico ed ha tra le finalità principali quella di favorire sempre più i rapporti di interdisciplinarietà in Oncologia.

Al fine di dare ampia diffusione alla manifestazione, è possibile visualizzare l'invito del Prof. Vincenzo Adamo, il programma e la relativa scheda di iscrizione, collegandosi al sito dell'ordine: www.omc.me.it

A Catania oculisti e oftalmologi italiani a convegno

Prebiotici e probiotici alimenti o farmaci

Si è svolta con successo, sottolineato dalla presenza di un pubblico folto e attento, l'edizione messinese del corso "Prebiotici e Probiotici: Alimenti o Farmaci" concepito e organizzato dall'A.D.I. (Associazione Dietetica Italiana), e con il patrocinio degli Ordini dei Medici di Messina, Catania e Trapani e delle Aziende Ospedaliere Papardo e Piemonte di Messina, Vittorio Emanuele di Catania e S. Antonio Abate di Trapani, il convegno è stato ospitato nell'Auditorium d'ATM di Messina il 19 febbraio. L'incontro, rivolto a medici, dietisti e biologi, ha trovato accreditamento come evento formativo presso la Commissione ECM del Ministero della Salute, a cura della Fondazione "Cultura e Salute".

I lavori sono stati articolati in due sessioni moderate, rispettivamente, dal Dr. Giuseppe Lo Greco dirigente struttura complessa Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera Piemonte di Messina, e dal Prof. Luigi Manasseri professore associato di Fisiologia Umana dell'Università di Messina, dal Prof. Alberto Calabroni e dal

Dott. Luigi Pinci Biologo Nutrizionista.

L'interesse del corso risiede essenzialmente nella novità rappresentata dai prebiotici e probiotici nell'attuale scienza nutrizionale, e motivata dal fatto che queste sostanze, se ingerite in circostanze specifiche e in dosi corrette, risultano efficaci nella terapia, ma anche nella prevenzione, di numerose condizioni patologiche. In presenza di malattie gastroenteriche,

di Giuseppe RUGGERI

ma anche di patologie cronicodegenerative strettamente

correlate allo stile di vita e alle abitudini alimentari del mondo industrializzato, prebiotici e probiotici svolgono infatti un ruolo chiave nel riassetto dell'equilibrio della flora batterica intestinale nonché sulla capacità di reazione dell'organismo di fronte all'insulto di agenti lesivi.

Il prebiotico, è in sintesi, una sostanza non digeribile che agisce in sinergia con il probiotico, quest'ultimo un microorga-



nismo batterico che esercita un effetto positivo sull'organismo ospite. L'azione congiunta della fibra alimentare (prebiotico) con il ceppo batterico (probiotico), di cui agevola l'azione consentendone una rapida ed estesa colonizzazione, è stata studiata al fine di promuovere la sperimentazione e la messa in commercio di alcuni cosiddetti "alimenti funzionali".

Quest'ultimi, pensati e messi a punto in Giappone, sono stati quindi esportati negli USA e in Europa, arricchendo l'industria alimentare e farmaceutica di tutta una categoria di prodotti di provata efficacia nella

cura e nella profilassi di quelle condizioni morbose che non conoscono, alla base della loro eziologia, un problema di disbiosi intestinale: da la dismissione in circolo di grandi quantità di radicali liberi, notoriamente dannosi per la salute.

Qualificate le relazioni succedutesi nel corso dei lavori. Il dott. Santo Morabito, presidente dell'A.D.I. Sicilia e responsabile U.O.D. Servizio dietetico dell'Azienda Ospedaliera Piemonte di Messina, ha parlato di "Alimenti funzionali: miti e realtà". Il Prof. Ugo Muraca, coordinatore S.I.N.U. - Sicilia e associato di Fisiologia Applicata presso l'Università di Messina, si è intrattenuto su "L'ecosistema intestinale in Fisiopatologia". Il dott. Angelo Ralbo consigliere del-

l'A.D.I. Sicilia e responsabile Servizio Dietologia dell'Azienda Ospedaliera Gravina - S. Pietro di Caltagirone, si è occupato di "Prebiotici e Probiotici nelle malattie del colon: prevenzione e terapia". Al Prof. Domenico Granese, associato di Fisiopatologia della Riproduzione Umana presso l'Università di Messina, è spettato il tema "Probiotici ed infezioni dell'apparato urogenitale femminile".

Probiotici e flogosi delle vie urogenitali in andrologia". Il titolo dell'intervento del Dr. Giovanni Smedile, responsabile Modulo Andrologia della struttura complessa di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera Piemonte di Messina. La Sig.ra Loredana Cali Odile, dietista libero professionista di Catania e consigliere A.D.I. - Sicilia ha trattato "La fibra alimentare: i consigli di quantità e qualità". E infine la Dr.ssa Andreana Marina, ricercatore Dipartimento Farmaco-Biologico dell'Università di Messina, ha discusso di "Probiotici e latracciabilità di un prodotto".

La prevenzione viaggia anche su Tir



Il Tir
della
fondazione
Italiana
Rene
nella sua
tappa di
Messina e
Milazzo

Si è conclusa la campagna itinerante di prevenzione di alcune patologie nefrologiche promossa dalla Fondazione Italiana Rene, effettuata con il suo TIR, attrezzato e dotato di sala attesa, saletta ambulatorio e toilette, messo a disposizione dal presidente nazionale F.I.R. prof.

Vittorio Andreucci, e che in Sicilia ha effettuato tappe a Messina, su iniziativa del prof. Guido Bellinghieri presidente Regionale FIR; a Milazzo, ospite il dott. Biagio Ricciardi primario di nefrologia, e a Siracusa.

A Messina in piazza Cairoli il Tir ha accolto centinaia di persone che si sono sottoposte a controllo. Il prof. Bellinghieri e Vincenzo Savica hanno coordinato il lavoro del personale sanitario e infermieristico che si è prestato con abnegazione.

Apprezzamento per l'iniziativa è stato espresso dal presidente dell'Ordine Nunzio Romeo.

A Milazzo, durante i 4 giorni di permanenza di fronte al Paladiana, il personale Medico e Paramedico



della Struttura Complessa di Nefrologia e Dialisi del P.O. "Fogliani", si è alternato permettendo a 250 persone di sottoporsi allo screening gratuito consistente nel riscontro anamnestico, nella misura-

zione della pressione arteriosa e nell'esame delle urine nell'ottica dell'individuazione di eventuali silenti segnali precoci di patologia renale quale la proteinuria, e/o l'ipertensione arteriosa, e proprio l'individuazione di una aliquota di popolazione in piena positività, cui è stato consigliato di completare l'iter diagnostico, ha pienamente gratificato e motivato la "Missione".

Dialisi a Pantelleria

È stato aperto il Servizio di Dialisi presso il Presidio Ospedaliero "B. Nagar" di Pantelleria. Costituisce per la ASL 9 un importante impegno per garantire la sicurezza di quanti scelgono di trascorrere serenamente il periodo di vacanza nell'isola.

Il servizio è completamente gratuito, è dotato di strumentazione di ultima generazione e di personale medico e infermieristico specializzato, consta di sette posti rene ed ha la possibilità di evadere qualsiasi richiesta circa il tipo di trattamento dialitico.

Per accedervi basta comporte il numero 0923 910211, tutti i giorni feriali dalle ore 8.30 alle ore 11.30.

Per ulteriori informazioni, è possibile rivolgersi ai seguenti numeri di telefono:

Ufficio Relazioni con il Pubblico,
Responsabile Dott. G. Robino
0923472391 Unità Operativa Qualità
Aziendale Responsabile Dott. A. Pirrone
0923 472279-280 o contattare il sito della

ASL 9 www.asltrapani.it cliccando su Qualità Aziendale e U.R.P.



Primo Congresso regionale della SIMG

Gli indicatori di qualità per il MMG: questo è stato il filo conduttore del primo grande evento della SIMG Sicilia che ha visto riuniti, in uno splendido scenario culturale scientifico-umanistico, i medici di medicina generale della Sicilia. Il Congresso si è tenuto il 3 e 4 giugno a Siracusa ed ha visto impegnati, tra gli altri, il gruppo di Messina, motivato e qualificato, rappresentato dai colleghi: U. Alecci, A. Campisi, G. Scarso, Luciana De Geronimo, M. Pollicita.

Viene proposto il riassunto dell'intervento, del collega Nino Campisi che si è soffermato sul comportamento del medico di Medicina Generale quando si trova di fronte ad un paziente con Fibrillazione atriale.

Fibrillazione atriale



di Antonio CAMPISI*

Senza dubbio la *Fibrillazione atriale* è l'aritmia che più frequentemente riscontra-
mo nella nostra pratica clinica.

Per tanti anni l'interesse prevalente del cardiologo, ma anche dell'aritmologo, si è concentrato sui disturbi del ritmo di origine ventricolare e la fibrillazione atriale veniva considerata solitamente come una condizione benigna e transitoria.

Oggi, invece, questa aritmia ha assunto un inaspettato ruolo di protagonista e viene considerata come causa indipendente di aumento di mortalità cardiovascolare.

Il peso epidemiologico della fibrillazione atriale (FA) ed i costi sociali ad essa correlati fanno sì che l'aritmia oggi non sia più una malattia di esclusivo interesse dell'aritmologo, ma anche e soprattutto del cardiologo clinico e del MMG, e più recentemente l'oggetto di studi di economia sanitaria.

Compare dopo che abbiamo superato il "mezzo del cammin di nostra vita"; quello dei nostri giorni, si capisce, non del tempo di Dante.

L'intervento terapeutico dipende dalla classificazione temporale della FA.

Quando il MMG riscontra per la prima volta l'aritmia, l'invio allo specialista cardiologo o al più vicino Pronto Soccorso è sicuramente indicato in alcune situazioni:

- instabilità emodinamica (come nel caso di scompenso cardiaco, dolore toracico ingravescente, ipotensione prolungata) per una immediata cardioversione ed eventuali altri interventi del caso.

- per valutare l'opportunità di cardioversione senza necessità di profilassi anticoagulante (quando il paziente è emodinamicamente stabile e sa datare con precisione l'inizio dell'episodio entro le 24- 48 ore).

Diverso è l'atteggiamento quando la FA è persistente (forma di FA parossistica che persiste da più di 48 ore e comporta, conseguentemente, indicazione a trattamento anticoagulante e l'invio a consulenza cardiologica "ordinaria", senza urgenza, per la possibile cardioversione elettrica o farmacologica). Dopo la cardioversione, il paziente dovrà continuare ad assumere l'anticoagulante per almeno quattro settimane. Occorre ricordare, infatti, come in numerosi casi al ripristino della normale attività elettrica non corrisponda una altrettanto pronta ripresa della normale attività meccanica atriale (paralisi atriale reversibile, "stunning phenomenon").

Nel caso di FA cronica o stabilizzata, o come si definisce oggi permanente (forma che dura da più di sette

giorni), l'invio allo specialista può non essere necessario. Il termine permanente lascia intendere che la FA è presente da molto tempo, che la cardioversione non è indicata o che più tentativi di ripristinare il ritmo sinusale sono falliti.

In tutti i casi, *la decisione di intervenire deriva dal bilancio tra la tollerabilità emodinamica e la probabilità di successo nel controllare le future recidive.*

Il perdurare del disordine elettrico atriale, infatti, causa un "rimodellamento" elettrico che determina il perpetrare stesso dell'aritmia: "*atrial fibrillation begets atrial fibrillation*".

Il trattamento della FA dovrebbe in ogni caso fondarsi su tre capisaldi:

a) il tentativo di ripristino del ritmo sinusale

b) la prevenzione dell'embolia sistemica e cerebrale mediante coagulazione

c) la moderazione della frequenza cardiaca allorché la FA risulti non reversibile.

Il ripristino del ritmo sinusale (RS) costituisce in linea di principio l'obiettivo da perseguire con determinazione, anche se c'è da considerare che i farmaci antiaritmici (propafenone e flecainide, sotalolo, amiodarone), efficaci per il controllo del ritmo, sono di solito gravati dalla presenza di noti e talora pericolosi effetti collaterali che condizionano il mantenimento della cura e peggiorano la qualità della vita e la prognosi.

- Il dibattito "Rate versus Rhythm" si è concluso con la pubblicazione dei risultati dello studio AFFIRM nel 2002 che *dimostrano che nei pazienti con FA a rischio di eventi tromboembolici una terapia finalizzata a controllare la frequenza cardiaca (con ?bloccanti e calcioantagonisti) non è inferiore ad una finalizzata a mantenere il ritmo sinusale.*

I trial clinici degli ultimi anni

hanno dimostrato che l'anticoagulazione con il warfarin riduce l'incidenza di "stroke" ischemici pur aumentando il rischio di eventi emorragici.

Occorre, inoltre, informare il paziente che alcuni alimenti che contengono vitamina K (cavoletti di Bruxelles, cavoli, broccoli spinaci, asparagi) interferiscono con l'azione del Warfarin. Si stanno tuttavia affacciando nuove terapie alternative; una promettente è quella con Ximelagatran, un anticoagulante diretto, che il trial SPORTIF III avrebbe dimostrato essere altrettanto efficace, meno pericoloso e più maneggevole della terapia tradizionale, non necessitando di continui monitoraggi di efficacia (INR) come avviene per il warfarin.

Caso per caso, il medico deve valutare il rapporto rischio/beneficio dell'anticoagulazione stratificando il rischio del paziente mediante gli indicatori clinici (precedente storia di TIA o ictus cerebrale, storia di ipertensione arteriosa, età > 65 anni, cardiopatia ischemica, diabete mellito e scompenso cardiaco cronico) ovvero con i predittori ecocardiografici (trombosi auricolare, eco-contrasto spontaneo denso, "smoke-like effect", velocità in auricola < a 20 cm/sec).

I pazienti a rischio aumentato di ictus devono continuare la terapia anticoagulante anche in presenza di un ritmo sinusale apparentemente stabile. Uno studio recente di un gruppo di Francoforte (JACC, gennaio 2004) ha studiato pazienti monitorati mediante un pacemaker

impiantato che aveva, oltre lo scopo di stimolare il cuore per altre necessità, anche la capacità di registrare e memorizzare gli episodi aritmici. L'interesse è dato dalla scoperta che il 17% dei soggetti aveva avuto fibrillazioni atriali prolungate oltre le 48 ore e di cui i pazienti non si erano per niente accorti (Fibrillazione atriale silenziosa). La durata delle aritmie non era di poco conto poiché si sa che quando la fibrillazione si prolunga oltre le 12 ore aumentano i rischi di embolie. A questo risultato si deve affiancare quello noto dell'AFFIRM, (N Engl J Med 2002; 347: 1825-33) in cui si è osservato che addirittura il 57% degli ictus da embolia si verificavano in coloro che, controllando bene il ritmo e credendosi immuni da episodi di fibrillazione atriale, avevano sospeso gli anticoagulanti.

L'ipotesi oggi più accreditata e supportata da studi sperimentali è che la FA determini un "rimodellamento funzionale" anche del sistema della coagulazione. Questo spiega, probabilmente, perché la FA conferisce agli individui che ne vanno soggetti uno stato protrombotico o di ipercoagulabilità con anomalie della emostasi, della trombosi, della attivazione delle piastrine e della funzione endoteliale. In pazienti con FA cronica si sono riscontrati incrementati livelli di D-dimero della fibrina, un marcatore della trombogenesi intra-vascolare; un aumento del fattore di von Willebrand, che svela una disfunzione endoteliale; la presenza di attivazione piastrinica, che è stata rile-

vata mediante gli alti livelli plasmatici di P-selectina solubile.

In conclusione, lo stato attuale dell'armamentario terapeutico è caratterizzato da una situazione di piena soddisfazione per quanto riguarda la possibilità di trattamento acuto della FA, di sicura insoddisfazione per i mezzi di prevenzione a lungo termine e di timide speranze per le prospettive terapeutiche di "guarigione" definitiva dell'aritmia.

La soluzione sembra giungere da una tecnica che ha dato ottimi risultati in altre aritmie più semplici: l'ablazione, che provoca ustioni puntiformi o lineari in zone scelte degli atri con lo scopo di distruggere i foci di attività extrasistolica che si è pensato siano i principali trigger di episodi di FA e che Haissaguerre e coll. nel 1994 hanno localizzato prevalentemente intorno o all'interno delle vene polmonari.

Certo, l'ablazione sarebbe la strada maestra, purtroppo oggi ancora sterrata e con qualche buca.

Non sembra tuttavia lontano il giorno in cui essa diverrà una vera autostrada.

Di certo, dopo il completamento definitivo della Palermo Messina; sicuramente prima della costruzione dell'autostrada che attraverserà il Ponte sullo stretto di Messina.

Antonino Campisi

Medico di medicina generale (responsabile area cardiovascolare SIMG Messina).

"Obiettivo di salute nel paziente con fibrillazione atriale"

al Castello di Milazzo

il 18 e 19 novembre a Milazzo

Convegno nefrocardiologico del Capo

Completato il programma scientifico che il 18-19 novembre vedrà insieme al Castello di Milazzo Nefrologi e cardiologi, ma anche medici di medicina generale, per il primo "Convegno Nefrocardiologico del Capo".

A presiedere i lavori saranno il prof. Guido Bel-linghieri e il dott. Biagio Ricciardi

Il coordinamento organizzativo è affidato alla dottoressa Francesca Parrinello.

Segreteria ECM e organizzativa: Europa due Media & Congress tel. 090 5726604 Messina. europadue@europadue.191.it

Nuove prospettive per lo studio del colon

La colonscopia virtuale

di Ignazio PANDOLFO e Ignazio SALOMONE

(Dipartimento di Scienze Radiologiche AOU Messina)

La colonscopia virtuale rappresenta indubbiamente uno dei più promettenti e stimolanti momenti innovativi introdotto nella diagnostica per immagini, dalla più recente tecnologia inerente la acquisizione volumetrica e la susseguente gestione post-processing dei dati.

La metodica rientra, infatti, nell'ambito delle tecniche di tomografia computerizzata che prevedono la segmentazione dei dati densitometrici relativi alle varie componenti anatomiche, alla soppressione elettronica di alcuni di essi ed alla successiva ricostruzione di immagini di superficie.

In estrema sintesi a livello di un organo cavo repleto da gas è possibile, annullando elettronicamente le informazioni relative al suddetto contenuto aereo, visualizzare solo la interfaccia tra quest'ultimo e la superficie interna del viscere che verrà ovviamente rappresentata con un colore convenzionale che, nei software comunemente commercializzati ricorda quello della mucosa normale.

Nell'ambito dei vari campi di applicazione di tale metodologia vanno ricordate la laringografia e la broncoscopia virtuale, la esplorazione delle cavità dell'orecchio medio, dello stomaco etc.

Non v'è dubbio, comunque, che lo studio del colon è il campo di impiego della endoscopia virtuale che più ha interessato sia i clinici che i radiologici per le significative problematiche inerenti la individuazione dei polipi retto-colici e per la conseguente ricaduta che tale problematica riveste nell'ambito della diagnosi precoce e nella prevenzione del carcinoma retto-colico.

Sulla base dei suddetti principi che costituiscono la base teorica della metodica appare di tutta evidenza come essa non sia indagine atta a documentare tutte quelle alterazioni che comportano modificazioni del colore della mucosa, quali ad esempio gli stati flogistici, le aree di atrofia e/o di metaplasma, le lesioni emorragico-petecchiali, etc

Per converso essa risulta estremamente efficace nella individuazione di tutte quelle lesioni dotate di volumetria e che, in ragione della loro tendenza all'accrescimento, finiscono esorbitare dalla superficie mucosa, aggettando nel lume dell'organo.

ASPETTI TECNICO-METODOLOGICI

Da quanto su esposto emergono in tutta la loro evi-

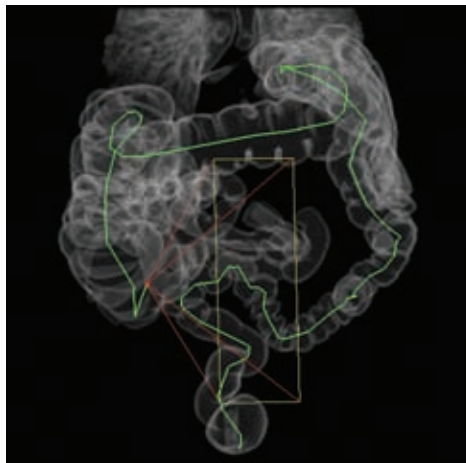
denza quali debbano essere i presupposti metodologici di base, atti a realizzare la metodica "lege artis":

LA PULIZIA INTESTINALE:

E' ovvio come tale passo rappresenti il momento fondamentale in quanto una perfetta detersione del colon dal contenuto fecale appare irrinunciabile per una metodica finalizzata da individuare lesioni aggettanti nel lume. Generalmente nella maggior parte dei centri viene impiegata una preparazione sovrapponibile a quella in uso per la colonscopia tradizionale che, tuttavia, va realizzata con maggior cura e rigore in quanto, in corso di colonscopia virtuale non vi è la possibilità di discriminare i residui fecali dalle lesioni di parete sulla base della osservazione diretta, elemento quest'ultimo che ovviamente viene in soccorso dell'operatore, durante l'esame tradizionale.

DISTENSIONE GASSOSA E IPOTONIA

La distensione gassosa ha la finalità di distendere le pareti coliche, appiattendone il rilievo plicare della mucosa, aumentando in tal modo la superficie esplorabile e ciò in analogia a quanto si realizza in corso di colonscopia tradizionale e nel clisma a doppio contrasto. La ipotonia farmacologicamente indotta, con la somministrazione endovenosa di un agente miorilassante, ha la finalità di facilitare la distensione parietale, di abolire eventuali spasmi e ridurre la mobilità peristaltica che, come in tutte le indagini di tomografia comput-



erizzata concorre a degradare la qualità della immagine.

LA ACQUISIZIONE

Una volta preparato adeguatamente il colon, il paziente viene sottoposto alla acquisizione volumetrica di tutto l'addome, prima in posizione supina e successivamente in posizione prona.

La acquisizione in due diversi decubiti ha la finalità di modificare la posizione e la sede di modeste quantità di fluido endoluminale residuo che possono rappresentare un ostacolo alla analisi della mucosa. Essa, inoltre, è utile per verificare il criterio della spostabilità delle immagini endoluminali, nell'ottica di differenziare eventuali residui fecali (spostabili) da vere lesioni ad impianto sessile (non spostabili). Il cambiamento di decubito infine, può essere utile nella valutazione delle possibili lesioni polipoidi dotate di peduncolo.

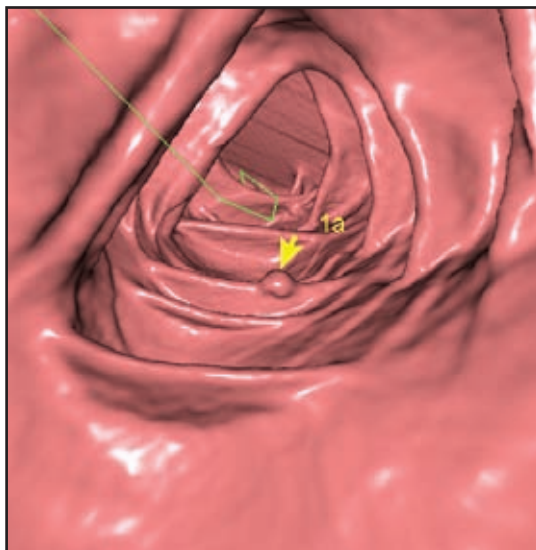
LA NAVIGAZIONE ENDOLUMINALE

La progressione dell'occhio virtuale del visore

elettronico all'interno del lume colico, è realizzata in post-processing dall'operatore, supportato da un apposito software detto appunto "di navigazione" che facilita la esplorazione del viscere, consentendo di superare eventuali stenosi ed angolazioni e fornendo al radiologo anche punti di riferimento indispensabili per poter localizzare nello spazio la posizione del punto di osservazione.

In tale ottica vengono utilizzate generalmente le singole partizioni assiali, coronali e sagittali del volume acquisito e/o la immagine bidimensionale estrapolata dal riempimento gassoso del colon che configura un'immagine simil-radiologica, denominata clisma virtuale. (fig.1)

Fig. 1: clisma virtuale con relativo repere di posizionamento (linea verde)



Il sistema di navigazione, infine è dotato anche di un programma di puntamento e localizzazione di eventuali lesioni sospette in grado di definirne ai fini differenziali la densità (bassa per i residui fecali, più alta per le vere lesioni polipoidi). (fig.2)

Fig. 2 lesione polipoide sessile, del diametro di 5 mm con impianto su plica (freccia)

Globalmente la procedura descritta prevede tempi di realizzazione estremamente contenuti nella fase di acquisizione (non oltre 5-10 minuti) durante la quale il disagio per il paziente può essere considerato estremamente modesto se non trascurabile. Per converso la fase di elaborazione post-processing, la navigazione e la analisi delle immagini richiedono, ovviamente tempi rilevanti oltre che una notevole esperienza da parte degli operatori. Per quanto attiene all'apporto dosimetrico al paziente, esso risulta di scarso rilievo in quanto i più recenti impianti di tomografia computerizzata dispongono di appropriati programmi denominati "low dose", in grado di ottimizzare la dose, personalizzandola al singolo paziente. La dose radiante somministrata al paziente in corso di colonscopia virtuale risulta, comunque, certamente e significativamente inferiore a quella erogata durante la esecuzione di un clisma a doppio contrasto.

INDICAZIONI ALLA ENDOSCOPIA VIRTUALE:

Sulla base di quanto su esposto emergono in via del tutto preliminare quali siano in realtà le condizioni che non rappresentano una indicazione alla endoscopia virtuale e che, talvolta possono configurare una controindicazione alla metodica. In estrema sintesi esse possono essere identificate in tutte quelle situazioni cliniche in cui sia sospettabile la presenza di alterazioni flogistiche (colite ulcerosa, etc) o di sospetti eventi perforativi (ad esempio di origine

diverticolare) del grosso intestino, stante il possibile aggravamento della situazione a seguito della insufflazione gassosa. Anche i pazienti in cui, vuoi per condizioni cliniche scadenti, instabilità metabolica, età avanzata, scarsa capacità collaborativa, non sia possibile realizzare una rigorosa pulizia intestinale, andrebbero esclusi dalla metodica.

La colonscopia virtuale gioca, pertanto, un ruolo fondamentale solo nella diagnostica non invasiva delle lesioni genericamente definibili come "aggettanti nel lume colico" (polipi e formazioni neoplastiche maligne).

Dall'analisi della letteratura emergono dati che indicano come la metodica sia da considerarsi tecnica di scelta nelle seguenti categorie di pazienti e/o situazioni cliniche:

- 1) Screening nei soggetti oltre i 50 anni con familiarità per carcinoma retto-colico (Parenti di primo grado affetti da carcinoma).
- 2) Pazienti già sottoposti a polipectomia endoscopica ed corso in follow-up
- 3) Pazienti caratterizzati dalla presenza di sangue occulto nelle feci.
- 4) Soggetti con colonscopia tradizionale incompleta da difficoltà tecniche o per mancata collaborazione e/o tolleranza da parte del paziente.

5) Pazienti già operati per carcinoma del colon ed in corso di Follow-up

6) Pazienti affetti da corteo sintomatologico genericamente inquadrabile nell'ambito di una condizione di "colon irritabile", nella quale la colonscopia virtuale viene, in pratica a sostituire il clisma a doppio contrasto, storicamente estensivamente impiegato in tale ambito di patologia.

In tutte le su elencate situazioni, un riscontro di colonscopia virtuale negativa, ovviamente in condizioni tecniche e di pulizia intestinale soddisfacenti, stante la elevata capacità predittiva negativa della metodica, può senz'altro giustificare la astensione da ulteriori procedure diagnostiche.

Per converso in presenza di reperti dubbi, ed a maggior ragione in caso di positività acclarata, ovviamente si renderà necessario il passaggio alla colonscopia tradizionale.

CONCLUSIONI:

In estrema sintesi la colonscopia virtuale rappresenta oggi una tecnica non invasiva, ben tollerata ed accettata dai pazienti, finalizzata alla individuazione di lesioni endoluminali e caratterizzata da notevole sensibilità e da valore predittivo negativo elevato. (90 % per lesioni con diametro minimo di 5 mm).

Appare ovvio come tali risultati estremamente positivi siano da un lato correlati al rigoroso rispetto delle indicazioni ed al razionale reclutamento dei pazienti e dall'altro ai progressi tecnologici che sono alla base del sempre maggiore sviluppo della esperienza e della confidenza degli operatori con la metodica.





Encomio al capitano medico Petrunaro

Un encomio solenne è stato conferito al collega Angelo Petrunaro da parte del comandante operativo interforze in Eritrea, con la seguente motivazione:

"Responsabile del Nucleo Sanitario del Contingente Militare Italiano impiegato nell'ambito della United Nations Mission in Ethiopia and Eritrea (UNMEE), il capitano medico Angelo Petrunaro ha disimpegnato il suo importante e delicato incarico con straordinaria competenza professionale,

incondizionata dedizione e non comune senso dell'etica militare, operando con scrupoloso rigore scientifico e profondissima sensibilità umana, prodigandosi con ogni energia e senza limiti di tempo a favore di militari, civili ed organizzazioni locali bisognose di assistenza.

Animato di eccezionale entusiasmo ed in possesso di pregevoli qualità di uomo e di soldato, ha fornito una collaborazione preziosa, generosa e oltremodo qualificata, unanimemente riconosciuta con attestazioni di grande stima ed ammirazione da parte di Autorità civili e militari, nazionali ed internazionali, che hanno operato o si sono recate in visita ufficiale in Asmara.

Magnifica figura di ufficiale e di professionista, straordinariamente capace e profondamente animato da parte nel servizio e nelle Istituzioni, che contribuiva in modo determinante al pieno successo della Missione dell'ONU e dava lustro all'Italia ed alle Forze Armate italiane nel particolare contesto internazionale"

Asmara (Eritrea), aprile - giugno 2004 Il comandante Operativo interforze Cecchi

Consulenza al Professionista

La SIAPA inserita fra le società convenzionate

La SIAPA s.r.l. è un'azienda specializzata nella consulenza al Professionista, alle Aziende e alla P.A.: e li supporta nella gestione dell'innovazione, nel guadagnare tempo e prendere decisioni, ottimizzando risorse ed investimenti anche attraverso l'utilizzo strategico e sicuro dei dati e delle informazioni; il tutto viene reso possibile grazie all'efficienza, qualità e professionalità del collaudato gruppo di lavoro che rappresentiamo, corroborato da una costante attività di aggiornamento e di formazione.

Lo staff tecnico è composto da un gruppo di legali specialisti anche in diritto informatico, e da tecnici specializzati in sicurezza informatica.

L'offerta si propone di assistere il Professionista, iscritto all'Ordine, che detenga archivi di dati personali, sia informatici che cartacei, nell'ottemperare agli obblighi previsti dal Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali.

SIAPA: Sede legale: Via Asmara, 1/B - 98076 S. Agata Militello; Sede Amministrativa: Via C. Colombo, 52/E - 98071 Capo D'Orlando. Tel. 0941 903434 - fax 0941 913166; web Site: www.siapa.info - e-mail: siapa@siapa.info

Apatia: dalla filosofia alla neurobiologia

di Rosario CAMBRIA e Linda DI BLASI

L'apatia è un concetto che trae origine dalla filosofia ellenistica. Le sue definizioni nelle varie scuole di pensiero variano lungo un continuum in cui da una parte abbiamo connotazioni prettamente positive e dall'altra connotazioni negative, assumendo sfumature diverse dipendenti da variabili come gli influssi del pensiero orientale (nirvana). Stilpone, il più importante dei Megarici (IV sec. a.C.) afferma che esiste solo "l'Uno", mentre tutto il resto è irreali; il saggio deve quindi raggiungere l'insensibilità, cioè il distacco dalla realtà e da ogni rapporto affettivo. Pirrone di Elide (III sec a.C.), uno Scettico, nega ogni ontologia affermando che "Il fenomeno domina sempre, dovunque appaia" il suo allievo Timone di Fliunte afferma: "Colui che vuole essere felice deve considerare che: le cose sono ugualmente indifferenti, immisurabili e indiscriminabili per tale motivo né le nostre sensazioni né le nostre opinioni possono essere vere o false; di conseguenza non bisogna accordare ad esse fiducia ma bisogna essere senza opinione perché ogni cosa è non è. Pertanto coloro che si porranno in tali disposizioni conseguiranno l'afasia e l'atarassia. "Dal momento che le cose sono apparenze l'atteggiamento da assumere è quello dell'astensione del giudizio, dell'"epoché", dell'essere senza opinione, "adoxatos", indifferente. Il distacco secondo questa teoria comporta l'"afasia", il non esprimersi sulla natura delle cose e la conseguente "atarassia", la quiete interiore. Cicerone riferisce che il saggio secondo Pirrone non sente neppure le cose fuori di sé chiama questo apatia, la quale non è solo indifferenza ma anche insensibilità. Pirrone tendeva a spogliare completamente l'uomo per realizzare il "ne sentirequidam", coincidente con la "vita ugualissima" (isotatos bios) che nasce dal Divino. Diogene di Sinope (IV sec a.C), della scuola dei Cinici, predicava l'impassibilità e l'autarchia facendo però leva sull'esercizio e sulla fatica, pervenendo così ad

una vita povera e frugale. Diversa è l'apatia stoica. Seneca distingue due tipi di apatia: da un lato l'impassibilità come vittoria sulle difficoltà e dall'altro l'impassibilità che è incapacità di sentire le difficoltà, indifferenza che stacca il soggetto dalla realtà e gli fa apparire identiche vittoria e sconfitta, dolore e piacere. Allo stoico appartiene la prima forma di apatia in quanto "*vincit incommodum sed sentit.*" La seconda forma di apatia descritta da Seneca pone per la prima volta l'accento su una "incapacità" un "deficit" assumendo quindi connotazioni prettamente negative ed è quella che si avvicina al concetto di apatia che interessa la psicopatologia e che si ritrova anche nel linguaggio comune nel quale ha il significato di mancanza di interessi, ridotta reattività agli stimoli, mancanza di motivazione e riduzione dell'attività. Jaspers afferma: "l'apatia è la mancanza di sentimenti. Se essa è totale accade che il soggetto, in piena coscienza e in perfetto orientamento veda, e conservi memoria di ciò che ha osservato; ma in presenza di qualsiasi avvenimento che gli procuri felicità o gioia o che lo minacci di pericoli, dolori e distruzioni, lasci passare tutto innanzi a sé con la stessa indifferenza. Manca allora anche lo stimolo ad agire: l'apatia ha come conseguenza l'abulia. È come se il lato della vita psichica che indichiamo col termine di coscienza oggettiva, questo lato che coglie il mondo in modo puramente oggettivo solo con l'intelletto, fosse isolato "Ancora Jaspers paragona la visione del mondo del soggetto apatico a quella di un "apparecchio fotografico". Tale visione infatti è priva di "risonanza sentimentale". Nella psicopatologia il concetto di apatia attualmente è suscettibile di sfumate variazioni: viene talvolta associato al concetto di abulia, altre volte è usato per indicare ridotto interesse o piacere, altre volte ancora è associato alla carenza di energie. Le diverse componenti che costituiscono l'apatia confluiscono quindi in uno schema comportamentale caratterizzato dalla riduzione o assenza di comportamenti motivati. Secondo Pancheri (2002)

l'apatia dal punto di vista clinico può essere definita come la riduzione o perdita della capacità di pianificare organizzare ed effettuare comportamenti emozionalmente motivati. Nello specifico tale dimensione sarebbe caratterizzata da una riduzione della capacità di programmare sequenze comportamentali finalizzate da una riduzione della capacità di organizzare operativamente le sequenze programmate, da una riduzione del livello di attività comportamentale finalizzata. Marin (1996) definisce l'apatia come la riduzione contemporanea degli aspetti comportamentali cognitivi ed emozionali correlati al comportamento diretto al raggiungimento di un fine, distinguendo un'"apatia cognitiva", associata a disfunzioni delle funzioni cognitive esecutive sottesa da circuiti che coinvolgono la corteccia frontale dorso-laterale; un'"apatia motoria" associata a disturbi extrapiramidali, i cui circuiti comprenderebbero lo striato motorio e altri componenti del circuito motivazionale, un'"apatia sensoriale", associata ad alterazioni corticosensoriali, legata all'interessamento del lobulo parietale inferiore e delle sue connessioni con le regioni della corteccia prefrontale; una "apatia pura o affettiva" legata alla disfunzione dei circuiti neurali che interessano l'amigdala o la regione mesiale della corteccia prefrontale. L'apatia può essere presente in diversi disturbi psichiatrici e per periodi di tempo limitati anche in condizioni di normalità. Ad esempio dopo un periodo di forte stress può comparire in un soggetto sano una condizione transitoria di apatia che viene ad assumere il significato di un periodo di "recupero energetico" sia fisico che psichico. Un costante livello di apatia è invece presente in alcuni disturbi di personalità: personalità schizoide, schizotipica, narcisistica, borderline. Una particolare forma di apatia è quella che si osserva nei confronti di certi sentimenti superiori di natura morale in personalità psicopatiche cosiddette anetiche. Questa condizione viene chiamata da Schneider "povertà congenita del sentimento". Nella schizofrenia la dimensione apatia-abulia compare tra i sintomi negativi. Tipica caratteristica dell'apatia schizofrenica è l'incapacità a programmare l'azione in funzione di un obiettivo.

Nella depressione l'apatia è parte integrante del quadro sintomatologico e sembra essere secondaria all'alterazione dell'umore; in particolare nella depressione maggiore, secondo il DSM IV, essa è uno dei due sintomi essenziali per fare diagnosi.

Anche in diversi disturbi organici del SNC è presente la dimensione dell'apatia: nel delirium, nella demenza, nel morbo di Parkinson, in lesioni traumatiche.

I disturbi organici che presentano tale dimensione come dato caratteristico sono accomunati da un coinvolgimento della corteccia prefrontale, primario o secondario. Gli studi di neurofisiologia in riferimento all'apatia chiamano principalmente in causa il "Primary Motivation Circuit" (PMC), (Chambers and Potenza 2001), il quale con una serie di efferenze eccitatorie ed inibitorie regolerrebbe la "motivazione" di ogni singola azione. Questo circuito è rappresentato da una serie di loops disposti in parallelo a partenza dalla corteccia prefrontale verso lo striato ventrale (nucleus accumbens), quindi il talamo e da questo nuovamente alla corteccia (Masterman and Cummings 1997; Ongur and Price 2000). La neurotrasmissione avviene attraverso i nodi di questo circuito composto da una fitta serie di corpi neuronali all'interno della corteccia e dei nuclei sub-corticali. La trasmissione intranodale utilizza fibre a trasmissione glutamatergica dentro e fuori la corteccia e trasmissione prevalentemente gabaergica di tipo inibitorio nelle regioni subcorticali del circuito (Lavin et Grace 1994; Masterman and Cummings 1997). Esisterebbe anche un Secondary Motivation Circuit (SMC) che includerebbe afferenze da amigdala, ippocampo, nucleo dorsale del rafe e ipotalamo che servirebbe ad arricchire il PMC di informazioni riguardanti la memoria contestuale, l'affettività, il sistema motorio, autonomico e ormonale (Bechara et al. 2000; Panksepp 1998c; Pennartz et al. 1994).

I nuclei dell'ipotalamo arricchiscono il PMC di informazioni riguardanti la motivazione "istintuale", rilevante per la sopravvivenza come l'assunzione di cibo, il comportamento sociale e sessuale. La comunicazione tra circuiti motivazionali avviene attraverso una grande varietà di neurotrasmettito-

ri quali noradrenalina, endorfine e altri neuropeptidi e neuroormoni come il testosterone; tuttavia i principali neurotrasmettitori coinvolti nel circuito motivazionale sono la Dopamina e la Serotonina (Buchanan et al. 1992; Leary and Dickerson 1985; Potenza 2001; Roy et al. 1989; Shinohara et al. 1999). Al PMC si affiancano i sistemi di output che permettono il passaggio dalla motivazione all'azione (Mongenson et al. 1980; 1993). Tradizionalmente, i sistemi di output motorio sono considerati operanti attraverso la corteccia motoria, il nucleo caudato, il globus pallidus, la sostanza nera e il nucleosubtalamico. Numerosi dati convergono verso l'ipotesi che l'output motivazionale del circuito centrale abbia anche un accesso ai centri autonomici e locomotori del tronco dell'encefalo attraverso la regione locomotoria del mesencefalo e in particolare il nucleo peduncolare pontino in esso contenuto (Skinner e Garcia-Rill, 1993). Per esempio, il ritmo cardiaco, la pressione del sangue e le risposte locomotorie, elicitate attraverso la stimolazione chimica del nucleo accumbens e del pallido ventrale, dipendono dall'integrità del mesencefalo e in particolare del nucleo peduncolare pontino. Questo nucleo è a sua volta in connessione con il tratto reticolo-spinale e con altri output autonomici e moto-

ri della formazione reticolare (Skinner e Garcia-Rill, 1993).

Sulla base di diversi studi (Kalivas et al., 1993; Alheid e J4eimer, 1988; Fleimer et al., 1993) si considera oggi il nucleo accumbens divisibile in una parte periferica, localizzata più medialmente e funzionalmente associata con gli input limbici al circuito motivazionale, e in una "regione centrale", localizzata più lateralmente, le cui connessioni sono maggiormente correlate ai circuiti dell'output motorio. La stessa differenza funzionale esiste tra le porzioni laterali e mediali del pallido ventrale. Ugualmente, l'area tegmentale ventrale è associata con gli input limbici mentre le corrispondenti strutture laterali motorie sono situate nella sostanza nera. Esistono vie multiple che provvedono a trasferire alle componenti motorie del PMC le informazioni relative alla scelta degli obiettivi. Esse includono vie dirette, che interessano le connessioni intranucleari e internucleari tra le componenti limbiche e motorie del PMC, e vie indirette che interessano altre regioni, appartenenti alla corteccia prefrontale, che ricevono le informazioni dalle componenti limbiche mediali e le ritrasmettono a quelle motorie laterali (Kalivas et al., 1993).

Applicazione della nota 78 Colliri antiglaucoma

Con D.I.G. n. 5223 del 30 marzo 2005 sono stati resi noti i centri specializzati, Universitari e delle Aziende Sanitarie, individuati per la diagnosi e il piano terapeutico relativamente ai medicinali di cui alla determinazione AIFA 29 ottobre 2004 e successive

modifiche ed integrazioni. Con specifico riferimento alla nota 78, relativa ai colliri antiglaucoma, tali centri sono stati individuati nelle "U.O. Ospedaliere e Universitarie con o senza posti letto di Oculistica, IRCCS, strutture private pre-accreditate per le stesse branche e specialisti convenzionati interni per le stesse branche".

L'AIFA ha chiarito che la disposizione di cui alla nota 78 della Determinazione 29 ottobre 2004 è da considerarsi non retroattiva consentendo, pertanto, ai pazienti già in trattamento alla data di entrata in vigore della citata determinazione (19/11/04) di dotarsi del piano terapeutico in occasione del primo controllo successivo a tale data e disponendo l'applicazione immediata della nota per i nuovi casi.

In merito inoltre alla prescrizione a carico del SSN dei medicinali relativi a questa nota viene evidenziato che il trattamento a base di beta-bloccanti va considerato di prima scelta, seguito, ove necessario, dalla monoterapia con uno dei principi attivi elencati o dalla terapia associata nei pazienti per cui la monoterapia risulti terapeuticamente insufficiente.

Alla luce di quanto premesso, in considerazione che sono trascorsi circa sette mesi dalla data di entrata in vigore della nota, si dispone che dal primo luglio tutte le prescrizioni a carico del SSN contenenti i preparati antiglaucoma devono essere effettuate su diagnosi e piano terapeutico dei centri autorizzati.

Lilli Cavallaro presidente, Teresa Pustorino past president

Cambio alla guida dell'AMMI

*Lilli
Cavallaro
e Teresa
Pustorino*

La sezione dell'Ammi di Messina ha proceduto al rinnovo delle cariche sociali. A dirigere il sodalizio è stata chiamata Lilly Cavallaro Cuomo. Dell'esecutivo fanno parte: Cettina Manganaro Visconti vicepresidente; Rosanna Morabito Trovato, segretaria; Iliana Rotondo Padovano, Tesoriera.

Teresa Pustorino, per sei anni al vertice della sezione, è past president oltre a far parte del direttivo nazionale.



Insieme sei anni

di Teresa PUSTORINO

Sei anni. Un periodo lungo quanto un corso di laurea, breve quanto uno sbatter di ciglia. Questo è stata la durata del mandato della mia presidenza AMMI della sezione di Messina. Provo a ripercorrere assai velocemente questo periodo che per molti versi ha scandito e impegnato anche la mia vita privata. Siamo una cinquantina di donne ben ferme e convinte di portare avanti un sodalizio che ha fatto come suo scopo la prevenzione e l'educazione sanitaria. Ma si è prefissa anche compiti sociali e culturali, trovando tuttavia il tempo, la voglia e l'entusiasmo per qualche evento

ludico. Il primum movens ci viene da una manifestazione a favore della donazione delle cellule staminali estratte dal cordone ombelicale. Oggi se ne parla tanto più diffusamente di quando non fummo noi tra le prime ad occuparcene. Il fatto che la non donazione manda il cordone tra i rifiuti di un ospedale proprio non ci andava, se pensiamo che il suo recupero può essere un'alternativa al trapianto midollare per i bambini leucemici. Da quell'8 febbraio 2000 a tutt'oggi, con la partecipazione della Banca Cordonale di Sciacca, con il contributo fattivo di illustri clinici della nostra città, si è fatta informazione nelle scuole, nelle parrocchie, nelle piazze e nei mercati. E poi

all'Ordine dei Medici e nell'Aula Magna della nostra Università. Preziosi sono stati la partecipazione e il patrocinio della prof.ssa Alida Scammacca, consorte del prefetto di Messina che si è battuta al nostro fianco e con il nostro entusiasmo. E quando l'Etna decise di fare i suoi peggiori capricci e quando la terra iniziò a ballare peggio di una soubrette di terza classe (chi non ricorda le tragedie che si susseguirono in quei giorni?) nessuno riuscì a fermarci. Ma sarà poi vero che noi donne e diavoli percorriamo sempre la stessa strada? Abbiamo tenuto un seminario nazionale a Taormina. Quella volta, Telemedicina e Obesità ci fecero ritrovare in gran numero. Lo ricordo, quella manifestazione fu dedicata alla nostra amica Silvana Cavalieri, scomparsa

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'AMMI

PRESIDENTE	<i>Lilly Cavallaro Cuomo</i>	Via C. Pompea, 51	tel. 090359082
VICE PRESIDENTE	<i>Cettina Manganaro Visconti</i>	Via S. Cecilia, 82	tel. 0902921018
SEGRETARIA	<i>Rosanna Morabito Trovato</i>	Via A. Freri, 38	tel. 0902921515
TESORIERA	<i>Iliana Rotondo Padovano</i>	Via Fiore-“La chiocciola”	tel. 090359508
CONSIGLIERE	<i>Cettina Catalano Occhino</i>	Via M. Polo, 425	tel. 090622484
	<i>Anna Ciccolo Silvestro</i>	Via Osservatorio is. 397	tel. 09040069
	<i>Provvy Di Pietro Visalli</i>	Via Camiciotti, 146	tel. 0902937995
	<i>Marina Fiorentino Ansaldo</i>	S. Giovannello Parco Girasoli	tel. 09068784
	<i>Francesca Leonardi De Domenico</i>	Via A. Saffi, 12	tel. 090692331
	<i>Annamaria Saitta Fugali</i>	Via L. Manara, 82	tel. 090771591

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

*Milena Guerrisi La Camola
Maria Magliarditi Bellan
Nora Di Stefano Bono*

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

*Cettina Rotondo Cappetta
Cettina Inferrera Parafioriti
Antonietta Romeo Catalfamo*

tanto prematuramente appena qualche giorno prima dell'inizio dei lavori e tutte le nostre socie si strinsero in un unico abbraccio a Mario in un momento di così grande dolore. Ebbene, in quei giorni furono personaggi di primo piano internazionale quali il nutrizionista dell'Università di Roma La Sapienza Eugenio Del Toma e Antonino Simeone dell'Alenia Spazio a tenerci delle lezioni magistrali. E poi si sono susseguite le organizzazioni di concerti musicali, di dibattiti, di eventiculturali. Mi piace ricordare l'ultima in ordine cronologico: "Le donne dei Poeti", in occasione della festa della Donna 2005 che ci ha fatto raccogliere fondi per i nostri progetti benefici. Una raccolta che abbiamo l'abitudine di ripetere a conclusione di ogni anno sociale. Nelle precedenti edizioni, siamo state promotrici di una biblioteca e di una ludoteca al dipartimento di Pediatria del Policlinico di Messina e abbiamo promosso una donazione all'ospedale Bambin Gesù di Roma per l'attuazione del progetto Peter Pan a favore dei bambini oncologici. Inoltre abbiamo donato un assegno a favore dell'AIL (Associazione Italiana Leucemie). E poi ci siamo mosse per un consistente aiuto alle popolazioni colpite dallo tsunami nel Sud Est Asiatico e per chiudere quest'anno ci sarà il gemellaggio con l'ABAL (Associazione Bambini Adulti Leucemici) perché l'AMMI istituirà un fondo concepito per sostenere le famiglie che, oltre al dramma della malattia, vivono anche il disagio economico. Ed ora mi tocca elencare una serie di doverosi ringraziamenti a tutti coloro che ci sono stati vicini nelle nostre attività. Grazie alla redazione di Messina Medica che ha seguito il nostro operato

aprendoci le sue pagine e offrendoci i suoi spazi. Grazie, grazie tante al dott. Nunzio Romeo, presidente dell'Ordine dei Medici della Provincia di Messina, sempre presente alle nostre manifestazioni e sempre disponibile ad ospitarci nella sede dell'Ordine. Grazie alla presenza quasi costante della Provincia di Messina. Un grazie speciale alla segretaria dell'AMMI di Messina e ora nuova presidente, la mia amica carissima Lilly Cavallaro. Grazie Lilly, senza di voi il nostro non sarebbe stato un gruppo vincente. E proprio a te, Lilly, io auguro per il prossimo triennio i migliori traguar-

di. I tuoi successi saranno i successi dell'AMMI, perchè l'"A" della nostra associazione vuol dire innanzitutto Amicizia e il nostro obiettivo è stato centrato. Il mio grazie più profondo, più caldo e più affettuoso va alle mie consocie che con affetto mi hanno aiutato e sostenuto in questi due mandati che ho avuto l'onore di presiedere. Alle mie amiche, che mi hanno aiutato sempre a superare le difficoltà e che hanno condiviso tutta la gioia che abbiamo avuto. Grazie a tutte, per essere state con me sei anni.

teresapustorino@intrefree.it

Il "Premio Campo" al prof. Nicolò Rizzuto



Due immagini dell'anno scorso. La manifestazione è giunta alla X edizione.



Si è svolta il 16 luglio la decima edizione del premio di medicina intitolato al dott. Giuseppe Campo, manifestazione istituita nel 1996 per ricordare un medico di famiglia che ha esercitato per oltre un trentennio nella propria terra d'origine, Castroreale, lasciando di sé il ricordo di una persona buona, corretta; animato dalla grande passione per la professione che ha svolto con abnegazione e impegno. Il premio è stato conferito al prof. Nicolò Rizzuto, direttore del Dipartimento di scienze neurologiche e della visione dell'Università di Verona, originario di Trapani.

Nella frazione Protonotaro, dove si tiene la cerimonia di consegna del Premio, a fare gli onori di casa è stato il dott. Candeloro Nania assieme al sindaco di Castroreale, dott. Alessandro Pagano. Fra gli altri un riconoscimento è stato assegnato al presidente dell'ordine dei medici Nunzio Romeo quale apprezzamento per l'instancabile opera a favore della classe medica.