

in questo numero

Nuovo ricettario unico



Tirocinio Pre Laurea

Privacy, scadenza a dicembre

Onaosi, entro ottobre le quote

Terapie integrate in oncologia



Iperensione e rischio cardiovascolare

Aids, nuovi farmaci

Corso sulla certificazione medica



Giornata della donazione di organi

Diritto degli specializzandi

7

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

Revisori:

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

Commissione Odontoiatri:

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

DIRETTORE EDITORIALE

Nunzio Romeo

DIRETTORE RESPONSABILE

Lorenzo Mondello

REDATTORE CAPO

Mario Primo Cavaleri

VICE DIRETTORI

Antonio Puglisi Guerra, Valentino Sturiale

COMITATO DI REDAZIONE

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

SEGRETARIA COMITATO DI REDAZIONE

Giusy Giordano

SEGRETARIA di REDAZIONE



Europa Due
media & congress

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

Ordine, rieletto il direttivo

Nunzio Romeo confermato presidente

MESSINA – Ampia partecipazione dei medici alla fase elettorale per il rinnovo degli organismi di categoria dell'Ordine dei medici della nostra provincia e maggioranza straordinaria per il rieletto Consiglio che si prepara a un nuovo triennio di attività dopo la parentesi elettorale che per tre giorni ha visto i colleghi al voto nella sede di via Bergamo dove ha funzionato un'efficiente segreteria organizzativa: snelle e rapide le varie fasi della votazione; undici cabine a disposizione degli iscritti, duplicato a vista per chi era senza scheda, elaborazione dati in tempo reale, scrutinio senza alcuna contestazione

All'unanimità, il dott. Nunzio Romeo è stato riconfermato presidente. Lo affiancano, nell'esecu-

tivo: Carmelo Salpietro, vice presidente; Salvatore Rotondo, segretario; Paolo Catanoso, tesoriere.

Consiglieri - Del nuovo direttivo, fanno parte: Giacomo Caudo, Santo Fazio, Giuseppe Lo Giudice, Sebastiano Marino, Giovanni Materia, Lorenzo Mondello, Mario Pollicita, Giuseppe Renzo, Rosalba Ristagno, Vincenzo Savica, Antonino Trifirò, Francesco Trimarchi, Filippo Zagami.

Revisori: Eligio Giardina; Giovanni Caminiti, Carmelo Staropoli, Stefano Leoanrdi.

Commissione odontoiatri: Giuseppe renzo, Giuseppe Lo Giudice, Alfredo Catarsini, Giuseppe Della Torre, Gaetano Iannello.

Nel consiglio, unica novità, l'elezione del dott. Materia, direttore



sanitario del Policlinico che subentra al dott. Antonio Pugliesi Guerra il quale non ha riproposto la propria candidatura.



Un momento delle elezioni all'Ordine: il rettore Franco Tomasello al momento del voto.

In alto il presidente Nunzio Romeo. Sotto, gli uffici di segreteria



Malasanità o fatalità: questo l'interrogativo che ha portato il Presidente dell'Ordine a sollecitare tempestiva chiarezza sugli infausti eventi verificatisi al Policlinico Universitario di Messina ed al nosocomio di Barcellona Pozzo di Gotto, dove hanno perso la vita un ragazzino ed una ragazzina appena dodicenni.

Malasanità o fatalità

Nominata dall'Ordine una commissione dopo i due eventi tragici al Policlinico e all'Ospedale di Barcellona

L'Ordine non è rimasto fermo ad aspettare l'esito delle indagini che le competenti Autorità hanno avviato a seguito del decesso di Davide e di Miriam, ma è intervenuto direttamente nella vicenda, in virtù dei suoi compiti istituzionali, affinché venga fatta chiarezza su questi decessi, già bollati di malasanità.

Il Presidente e l'intero Consiglio direttivo hanno espresso solidarietà e commossa partecipazione al dolore delle famiglie per le perdite subite; l'Istituzione ordinistica è innanzitutto chiamata a tutelare i destinatari delle cure mediche, cioè i cittadini che ripongono nella classe medica fiducia ed aspettative di cure e salute. Da qui la decisione di nominare una Commissione.

Il Presidente dell'Ordine, puntualizza che non sarà un apporto partecipativo a favore dei medici coinvolti nella vicenda, ai quali comunque andrà il sostegno di tutti i Colleghi in caso di esenzione da responsabilità, bensì un atto

appagare.

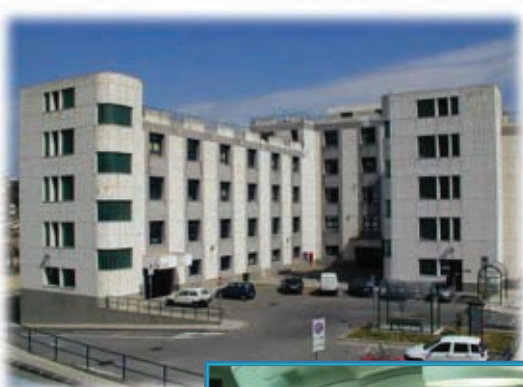
In aderenza con le finalità isti-

di coscienza umana improntato alla chiarezza ed alla trasparenza, ritenendo non tollerabile che un errore possa spezzare una vita umana, a maggior ragione quando si tratta di due ragazzini, pieni di speranze e di desideri da

tuzionali dell'Ordine, tra le quali quella della vigilanza sull'operato degli appartenenti alla classe medica, il Presidente ha nominato una Commissione d'inchiesta, che sarà anche a disposizione dell'Autorità giudiziaria e di quelle amministrative.

Il Presidente Romeo ha precisato che si metterà in contatto con l'Assessorato Regionale alla Sanità, nonché con i Direttori Generali del Policlinico Universitario e dell'Azienda USL n.5, per un fattivo contributo alle Commissioni di indagine che le strutture pubbliche hanno costituito al proprio interno.

L'azione dell'Ordine sarà quindi vigile, attenta e trasparente nella valutazione dell'operato dei medici essendo interesse di tutti che venga fatta chiarezza, non solo per le famiglie dei ragazzi ma anche per i cittadini, affinché responsabilità e senso del dovere possano consapevolmente ed a ragione sovrapporsi alla emotività degli eventi.



L'Usl richiama l'attenzione su alcuni punti attinenti la corretta compilazione della ricetta così come dispone la Circolare Assessorato Sanità n° 1157 del 4 gennaio 2005 e precisamente:

Il nuovo ricettario unico "estere" e "fuori provincia"

L'esenzione per reddito E01 (uniformata temporaneamente da Sentenza T.A.R. Catania accolta con DAS agosto 2005 e contestuale modifica della Circ. Ass. Sanità 1157 v. prot. DIRS/5/1775 del 12.8.05) deve essere indicata nelle caselle ombreggiate a sinistra utilizzando per le altre tipologie quelle più chiare a destra;

- Barrare sempre la casella N nei casi dei soggetti non esenti;
- Il codice ASL va sempre indicato;
- L'obbligo della sigla della provincia, pur

essendo normato solo per gli assistiti che risiedono in una regione diversa dal medico prescrittore, è opportuno, per la necessaria compensazione sanitaria tra A.S.L., che sia esteso anche per gli assistiti residenti nelle altre provincie siciliane.

Il numero delle confezioni va sempre indicato sia nell'area prescrizione che nel riquadro ad esso dedicato in basso a sinistra.

Per le ricette destinate agli "assicurati cittadini italiani o stranieri in temporaneo soggiorno in Italia" (ricette estere) si raccomanda la puntuale e completa compilazione di tutti i campi previsti, in particolare sul retro della ricetta stessa, tenuto conto che sono indispensabili per le suggestive

richieste di rimborso alle istituzioni estere di provenienza.

Confidando in un rapido adeguamento dei sistemi informatici funzionali alla compilazione della nuova ricetta si ottiene opportuno altresì richiamare, in questa sede, alcune criticità, rilevate nell'ambito della revisione tecnica delle ricette S.S.N., che certamente non facilitano la corretta lettura da parte di questa U.O.C. delle ricette stesse.

Più precisamente si invitano i Signori Medici prescrittori:

ad evitare quanto più possibile correzioni o cancellature con opposizione di timbro personale (di per sé non ammesse vedi Circ. Ass. Sanità n° 1157) specie nei pressi delle aree destinate a lettura ottica (codice a barre);

ad una stesura delle ricette quanto più chiara possibile, qualora se ne rendesse necessaria la compilazione manuale, avendo cura di rispettare le singole caselle destinate alla lettura ottica.

Per le prescrizioni di farmaci di fascia C ai soggetti invalidi di guerra titolari di pensione vitalizia è sempre necessaria l'attestazione di comprovata utilità terapeutica (Legge 19 luglio 2000 n° 203) e che tale possibilità è limitata esclusivamente ai farmaci soggetti ad obbligo di ricetta medica (punto 3 Circ. Ass. Sanità n° 1155 del 20.12.04).

Onaosi le quote entro Ottobre

Nei prossimi giorni la Concessionaria "Bergamo Esattorie S.p.A.", Società del gruppo bancario BPU Banca, incaricata della riscossione, provvederà a recapitare al domicilio dei Sanitari iscritti ai rispettivi Ordini Professionali, l'invito al pagamento della quota relativa all'anno 2005, corredato da apposita nota informativa, la quota per l'anno 2005, scade il 31 ottobre, il contributo è interamente deducibile dall'imponibile fiscale dell'anno di versamento (ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. e) del T.U. delle imposte sui Redditi, D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917).

Il Centro Onaosi a Messina



I colleghi
sono invitati

a collaborare

con
"Messina
Medica"

inviando
articoli
e notizie alla
Segreteria
di redazione



Novità in tema di tirocinio pre laurea in Medicina Generale *per gli studenti del V° anno*

di Sebastiano **MARINO**

Il tirocinio pre laurea in medicina Generale sarà riproposto anche per l'anno accademico 2005-2006 e sicuramente diventerà parte integrante del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

La frequenza degli studi dei medici di famiglia, tutori, permette agli studenti l'acquisizione di quei crediti necessari alle attività professionalizzanti previste dall'ultima riforma.

La novità più importante, rispetto allo scorso anno, riguarda il periodo di frequenza: non più due settimane, soltanto in orario antimeridiano, ma una in full immersion.

Questo garantirà una maggiore efficacia dell'attività formativa, poiché gli studenti "vivranno" l'esperienza in maniera completa.

Cinque sono state le settimane individuate nel periodo che va da settembre 2005 a Maggio 2006. Ogni studente del V anno è affidato ad un Medico di Medicina Generale Tutore e l'assegnazione è fatta dalla segreteria universitaria sulla base di un elenco fornito dall'Ordine dei Medici di Messina.

E' previsto che ad ogni tutore venga assegnato un solo studente.

L'assegnazione sarà comunicata al Medico Tutore dalla Facoltà di Medicina.

Durante la settimana gli studenti del V° anno frequenteranno per 4 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, lo studio del tutore.

All'attività ambulatoriale si aggiungerà un pomeriggio dedicato alle attività domiciliari, meglio se programmate, come le ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) e le ADI (Assistenza



Domiciliare Integrata).

Tutti gli studenti seguiranno un seminario introduttivo, che si terrà presso l'aula della Chirurgia, il 26 Settembre alle ore 9, durante il quale saranno definiti gli obiettivi del tirocinio e gli aspetti organizzativi. Saranno, inoltre, comunicate informazioni sull'organizzazione del SSN

Il consuntivo della passata esperienza è stato molto positivo sia dal punto di vista degli studenti, che della Facoltà che della stessa Medicina Generale.

Gli studenti hanno parecchio apprezzato l'esperienza negli ambulatori dei medici di famiglia, e al domicilio dei pazienti, soprattutto nelle attività programmate, come l'ADI e l'ADP

Di riflesso anche la Facoltà ha espresso il proprio compiacimento riproponendo per gli anni a seguire questa attività professionalizzante.

I medici di famiglia hanno colto l'importanza di un'attività, prima ed unica nel nostro territorio, che li ha messi alla prova davanti a giovani studenti cui dovevano fare conoscere la medicina territoriale, valorizzando in particolare la Medicina Generale nel contesto di quel mondo sanitario di

cui fino ad ora hanno conosciuto solamente la parte accademica.

L'unica vera criticità è stata il periodo di frequenza, limitato ai soli pomeriggi di due settimane. Questo ha limitato l'attività didattica e il numero dei tutori poiché molti dei Mdf ha una ridotta disponibilità negli orari antimeridiani. Da quest'anno, come si è detto all'inizio, il periodo di frequenza sarà di una settimana, mattino e pomeriggio. Anche in tal senso auspichiamo che in un prossimo futuro le settimane di frequenza possano diventare due, a garanzia degli obiettivi didattici.

Altra criticità, che sicuramente supereremo nei prossimi anni, è da correlare al fatto che gli studenti del V° anno non hanno ancora maturato quelle conoscenze che possano facilitare l'acquisizione di processi clinici. Si sta lavorando anche in questa direzione con la Facoltà perché si possa spostare il tirocinio pre laurea in Medicina Generale al VI anno.

Da quest'anno implementeremo anche una valutazione del processo didattico.

Alla fine del tirocinio il tutore esprimerà un giudizio compilando alla fine del periodo una **Scheda di comportamento e profitto** inviandola per e-mail al proprio coordinatore.

In particolare il tutore dovrà esprimere un giudizio sui seguenti parametri:

- Capacità d'essere puntuale
- Capacità di rapportarsi all'ambiente professionale
- Dimostrazione d'impegno
- Dimostrazione d'interesse

Anche lo studente al termine del tirocinio compilerà in forma anonima una **Scheda di valutazione e gradimento** dell'attività tutoriale, comprensiva di una sezione dedicata ai suggerimenti ed alle proposte di

miglioramento, che consegnerà al coordinatore di medicina generale.

L'esperienza di cui sopra pone Messina all'avanguardia tra tutte le città sedi Universitarie, anche se vi sono delle punte d'eccellenza, come quella di Modena, cui guardare con attenzione.

L'Università di Modena, infatti, prima fra le Università italiane, già da tre anni ha messo nel suo "core curriculum" l'insegnamento della Medicina Generale agli studenti del VI anno di Corso;

L'Università, infatti, riconosce fra i suoi bisogni la necessità di fornire ai suoi studenti una formazione di base nell'ambito di tutta la Medicina del Territorio, inteso come studi dei MMG, domicilio dei pazienti, Strutture territoriali intermedie (RSA, residenze per Anziani, Consultori, ecc.) e strutture organizzative dei Distretti e dei Dipartimenti di Cure Primarie.

Siamo convinti che anche a Messina si arriverà a prendere sempre più atto del percorso di qualità fatto fino ad ora dai Medici di Medicina Generale, cogliendo l'opportunità per aprire una discussione fra le Istituzioni per formalizzare e riconoscere il "tempo dedicato" alla didattica nel Territorio, in un progetto condiviso, in cui le varie parti sono alla pari, perché ognuno è esperto nelle proprie competenze.

Concludo ringraziando tutti i tutori, disponibili in maniera del tutto gratuita, il prof. Alfredo Carducci, Presidente del Corso di Laurea, (grande artefice assieme ad altri Universitari come il Prof. Ferraù ed il Prof. Saitta) ed il rappresentante degli studenti, Alberto Vaiarelli.

Privacy prossima scadenza Servizi di consulenza integrata

Il 31 dicembre prossimo scade il termine ultimo per mettersi in regola nei riguardi delle nuove norme sulla privacy per tutti i medici. Tra gli adempimenti particolarmente importante è la redazione del Documento Programmatico sulla Sicurezza da far vidimare entro la fine dell'anno. L'attività ispettiva è affidata alla Guardia di Finanza. Pesanti le sanzioni per i contravventori: fino a 50.000.,00 di ammenda e la reclusione fino a tre anni per i casi più gravi.

Armonia S.r.l., nata dall'esperienza teorico/pratica di docenti universitari, liberi professionisti ed imprenditori, ha la finalità di offrire all'utenza, trattando con un unico referente, un servizio integrato fra diverse discipline.

La struttura organizzativa attuale è costituita dalle seguenti divisioni specialistiche.

- Privacy
- Formazione
- Sicurezza cantieri
- Sicurezza lavoro
- Consulenza immobiliare
- Consulenza gestionale e di marketing
- Finanza agevolata
- Consulenza legale
- Consulenza ambientale
- Marchi e brevetti.

Ogni divisione, che è diretta da un professionista qualificato, ha il compito di garantire l'omogeneità e la qualità del servizio sul mercato.

Armonia S.r.l. si trova in via Garibaldi, 118 a Messina - Tel. e fax 0906783638 r.a.

Domenica 2 Ottobre si svolgerà la XI giornata annuale di donatori d'organi

"I dirigenti regionali delle Associazioni ADMO (Associazione Donatori di Midollo Osseo), AIDO (Associazione Italiana per la Donazione di Organi e tessuti), AILE (Associazione Italiana per la

fronti dei numerosipazienti in attesa di trapianto e dei cittadini donatori da essi rappresentati, hanno convenuto di costituire un "Coordinamento Regionale delle Associazioni" medesime, al fine di poter

regionale della donazione e del trapianto di organi e tessuti (domenica 2 ottobre), è stato anche varato un programma di iniziative:

"Donare è sempre un atto d'amore"

unitariamente interloquire con le Istituzioni, politiche e sanitarie, per essere propositivi e, ove necessario, denunciare le disfunzioni che si ripercuotono sulla salute e sulla sopravvivenza dei pazienti

Lotta alle Epatopatie), ANED (Associazione Nazionale Emodializzati), APRO (Associazione Pazienti Riceventi Organi), ASL (Associazione Siciliana Leucemia), ASTRAFE (Associazione Siciliana per il Trapianto di Fegato) e AVIS (Associazione Volontari Italiani Sangue), operanti in Sicilia nel settore della donazione del trapianto di organi e tessuti, riunitisi a Palermo, a fronte del rilevante e grave regresso dei prelievi d'organi, registrati nell'isola nella prima parte del 2005, nonché della preoccupante situazione di incertezza tuttora perdurante nelle strutture di coordinamento dell'attività di prelievo e di trapianto degli organi e di ristagno del processo di istituzione dell'Agenzia Regionale per i Trapianti, onde non rendersi responsabili di colpevole omissione nei con-

ed al fine di poter più efficacemente adempiere al proprio ruolo di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica sulla donazione ed il trapianto di organi e tessuti".

In occasione della XI Giornata

01) nella settimana precedente, trasmissioni televisive di materiale informativo sulle emittenti locali; 02) sabato 1 ottobre 2005, in orario antimeridiano, presumibilmente nel Salone di Rappresentanza del Comune di Messina, "Incontro con famiglie di donatori e con trapiantati"; 03) domenica 2 ottobre 2005

a) al mattino, Messe con particolare dedica alla donazione di organi e tessuti;

b) di pomeriggio, nel caso il calendario del campionato di calcio preveda una partita casalinga del F. C. Messina, manifestazione allo Stadio "S. Filippo", preceduta da informazione e sensibilizzazione sull'argomento in collaborazione con la Società e la tifoseria organizzata;

c) la sera, Concerto in Piazza Duomo, accompagnato ad informazione e sensibilizzazione. A seconda dell'impegno calcistico, previa autorizzazione del F. C. Messina, utilizzo come testimonial, per i numeri 2 e 3 del Programma, di giocatori del Messina. Per il suddetto programma verrà redatto un preventivo di spesa, il più possibile ridotto, che verrà presentato alla Regione Siciliana, insieme all'istanza di un contributo economico



Seminario gratuito sulla Psicoterapia

per psicologi e studenti in psicologia

Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP)

Fondato da Carl Rogers, Charles Devonshire e 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 del nostro 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

Borsa di studio Panarello alla dott.ssa Paratore

Si è conclusa la cerimonia di consegna della borsa di studio intitolata alla memoria del dott. Alessandro Panarello conferita alla dott.ssa Paratore Silvana, impegnata in un programma di ricerca di durata di ricerca di durata annuale sul tema: La tutela della salute con particolare riguardo alla salubrità dell'ambiente: profili costituzionali.

Alla dott.ssa Paratore, nostra collaboratrice ed autrice degli articoli sull'attività medico professionale dei prof.ri Cosimo, Franco e Bruno Galletti della clinica otorinolaringoiatrica di Messina, i migliori auguri.



Silvana Paratore

Torna l'appuntamento con il “brivido” culturale e fa “scuola” anche oltre Stretto.

Dopo il successo della scorsa stagione, al via da ottobre, la nuova edizione di “week-end in giallo”, il progetto nato dalla collaborazione fra un tour operator messinese e una società di servizi per il turismo e tempo libero di Catania. Un prodotto originale, lanciato sul mercato turistico un anno fa, a Roccalumera. E ora, pronto a sbarcare su tutto il territorio nazionale.

Due giorni da protagonisti in un appassionante giallo, con tanto di regista, attori e “parti” da recitare. Un mix di effetti speciali nella suggestiva cornice ottocentesca di Villa Carrozza dei marchesi di San Leonardo, a pochi chilometri da Taormina. Quest'anno, un'importante novità. Il “pacchetto”, oltre alla versione siciliana, che rimarrà a Roccalumera, in provincia di Messina, sarà “esportato” in altre regioni. La New Bridge srl, infatti, lancia un progetto di partnership, destinato alle agenzie

Da ottobre la nuova edizione sbarca oltre Stretto

RITORNANO I “WEEK-END IN GIALLO”

di tutta Italia, per poter realizzare il week-end anche in altri siti. L'accordo consentirà a qualsiasi operatore interessato, di realizzare l'iniziativa “in proprio”, utilizzando il marchio, la sceneggiatura e tutta una serie di strumenti già collaudati.

“L'idea –spiega Roberto Iannelli della New Bridge srl- è quella di offrire un prodotto di turismo culturale, alternativo ai soliti pacchetti vacanze, che in questo periodo risentono della persistente crisi economica, aggravata dalla paura per il rischio terrorismo e per le recenti sciagure aeree. Il successo dell'anno scorso, in termini di adesioni e di recensioni sulla stampa locale e nazionale (anche il magazine del Tg2 “Costume e società” ha dedicato un ampio servizio), ci incoraggia. Siamo orgogliosi che un esperimento messinese, da parte di un gruppo di giovani imprenditori, possa essere esportato su tutto il territorio nazio-

nale. Abbiamo già avuto in tal senso numerosi contatti con agenzie

e tour operators che vorrebbero realizzare il nostro “week-end” in altre regioni”.

Venti i partecipanti, che saranno protagonisti di una storia misteriosa, di un giallo ricostruito fedelmente, con vittime, colpevoli, indagini e alla fine, anche un premio per chi riuscirà a smascherare l'assassino. L'anno scorso il giallo era ambientato in una casa di cura, tra pazzi, ricche ereditiere, medici intriganti e storie d'amore. La nuova edizione proporrà una trama nuova, puntando questa volta sul paranormale...Tanta suspense e divertimento assicurato. Per partecipare, gli interessati potranno rivolgersi presso tutte le agenzie di viaggio.

Per informazioni: si può visionare il sito www.weekendingiallo.info

Per informazioni rivolgersi a Roberto Iannelli (349/3119181 o 090/6010105)

E' stato modificato l'allegato 3 e sostituito da uno nuovo inserito nel sito dell'Assessorato con riferimento all'Allegato 3 alla Circolare n. 1157/05, sulla "Codifica delle condizioni di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria" e le successive modifiche ed integrazioni; si è infatti avvisata la necessità di

Compartecipazione spesa sanitaria Sostituito l'allegato 3

dover inserire nuovi codici per la certificazione delle condizioni di esenzione ed in particolare:

- la lettera "I" per le prestazioni richieste per il

rilascio di certificati di idoneità alla pratica sportiva, all'adozione e affidamento, allo svolgimento del servizio civile;

- la lettera "P" per le prestazioni in favore di cittadini stranieri presenti non in regola con le norme relative all'ingresso e soggiorno che versano in stato di indigenza;

Offerte di lavoro

Struttura sanitaria privata a carattere ortopedico e traumatologico

in nota località turistica delle dolomiti trentine cerca medico per collaborazione professionale a tempo pieno.

Costituiscono elementi preferenziali l'esperienza, sia pur minima, in medicina pratica e pronto soccorso e la conoscenza della lingua inglese.

Durata del periodo di collaborazione: 6 mesi, eventualmente rinnovabile.

Per ulteriori informazioni telefonare al 335 205519

Al Papardo Unità operativa di chirurgia dell'aorta e dei grossi vasi

Presso l'Azienda Papardo è stata istituita l'U.O.S. di Chirurgia dell'aorta e dei grossi vasi, come articolazione della U.O.C di Cardiocirurgia, e la direzione di tale nuova realtà è stata affidata al dr. Francesco Attinà. L'unità operativa oltre a trattare chirurgicamente (con o senza l'utilizzo della circolazione extracorporea) e in maniera tradizionale la patologia a carico dell'aorta toracica ed addominale e dei grossi vasi (Aneurismi, dissenzioni acute e croniche, steno-ostruzioni, etc.) effettua, in collaborazione con i cardiologi emodinamisti, il trattamento chirurgico endovascolare delle lesioni ove ricorra l'indicazione. L'U.O. si avvale, delle sale operatorie della Cardiocirurgia e del Servizio di Cardioanestesia e terapia intensiva post-operatoria diretto dalla dott.ssa Zucchetti.

Per eventuali informazioni tel. 090 3993314 oppure 3993519.

Tre giorni dedicati alle nuove linee-guida nel trattamento nelle neoplasie



Convegno terapie integrate in oncologia

Dal 22 al 24 Settembre si è svolto il IV Convegno Nazionale sulle "Terapie integrate in oncologia", organizzato dal Prof. Vincenzo Adamo direttore della U.O. di Oncologia Medica dell'A.O. Universitaria del Policlinico di Messina che ha visto per tre giorni nella nostra città alcuni tra i maggiori clinici, chirurghi, radioterapisti e patologi per un approccio interdisciplinare al trattamento della malattia. L'incontro messinese, che ha destato l'interesse di centinaia di colleghi, ha permesso un confronto tra gli intervenuti ai massimi livelli che ha confermato lo standard di qualità nelle nostre strutture uniformi ai più accreditati centri clinici nazionali. Tale occasione di aggiornamento professionale che ha offerto ai medici partecipanti la possibilità di vedersi assegnati 13 crediti formativi costituirà un appuntamento biennale fisso nella nostra provincia.



ta al Docetaxel nella II linea del trattamento dei NSCLC, in quanto ha dato percentuali di risposta sovrapponibili ma con minore tossicità; il Cetuximab, un anticorpo monoclonale diretto verso l'EGFR, che sta dando importanti risultati nel trattamento del carcinoma del colon metastatico, dopo fallimento di chemioterapia con Irinotecan, e il Bevacizumab, un innovativo farmaco antiangiogenetico, già utilizzato nel carcinoma coloretale, sperimentato anche nel trattamento del tumore del polmone e del seno.

Al tavolo: Carmelo Caratozzolo, direttore gen. Policlinico; Vincenzo Adamo, il rettore Franco Tomasello; il preside Emanuele Scribano, il presidente dell'Ordine Nunzio Romeo. Accanto, i congressisti al Teatro Vittorio E.

Il convegno si è aperto con il simposio sui nuovi farmaci utilizzati in campo oncologico, con interventi di esperti che hanno evidenziato le caratteristiche di queste nuove molecole, anche alla luce dei dati emersi dall'ultimo congresso dell'American Society of Clinical Oncology, tenutosi a Orlando lo scorso Maggio. Tra queste i dati più interessanti riguardano: il Pemetrexed, un farmaco multi-target antifolate, che rappresenta una valida scel-

dei presidenti del CINBO, dell'AIOM, della SICO e dell'AIRO, che hanno posto l'attenzione sull'importanza di potenziare l'integrazione per sviluppare trattamenti sempre più articolati, utilizzando al meglio le innovazioni nei vari campi.

Il Prof. Iacobelli, Presidente del Consorzio Interuniversitario per la Biomolecola (CINBO), ha illustrato l'evoluzione della ricerca biomolecolare oncologica, che oggi più che mai deve essere "traslazionale", permettendo lo sviluppo di nuovi farmaci per terapie più mirate e personalizzate.

Il Prof. La Bianca, Presidente Nazionale dei Medici Oncologi (AIOM), ha evidenziato gli importanti risultati raggiunti nel trattamento dei tumori, con l'attenzione rivolta alle terapie "target" pur nella necessità di meglio utilizzare i dati biomolecolari della ricerca di base nella pratica clinica.

Il Prof. Mussa, Presidente dei Chirurghi Oncologi (SICO), ha mostrato i risultati raggiunti con la



tecnica del linfonodo sentinella, illustrando anche il suo ruolo nel cancro dell'ano.

Ha concluso gli interventi il Prof. Zorat, Presidente dei Radioterapisti Oncologi (AIRO), illustrando il ruolo delle nuove tecniche radioterapiche sempre più mirate e finalizzate ai trattamenti integrati.

Nel secondo giorno ha destato particolare interesse la tavola rotonda sulla neoplasia mammaria operabile in cui ha un ruolo essenziale l'integrazione tra la chirurgia sempre più conservativa e tecnica del linfonodo sentinella, la radioterapia e la terapia medica, sia anti-blastica che ormonale. La tavola rotonda è stata conclusa dal dibattito sull'ormonoterapia con gli inibitori aromatatici e le nuove prospettive aperte da studi in corso.

Nel simposio sul tumore della prostata sono stati evidenziati i risultati ottenuti dalla chemioterapia con Taxotere trisettimanale nel tumore ormono-refrattario. Interessanti anche se da valicare i dati dell'integrazione terapeutica tra radioterapia ed ormonoterapia nelle forme localmente avanzate.

Nella successiva tavola rotonda sul tumore del retto si è molto discusso sull'importanza di una chirurgia conservativa, ma quanto più radicale, punto di partenza essenziale per i corretti approcci radio-chemioterapici a scopo adiuvante.

Molto seguito il simposio sull'integrazione terapeutica nell'anziano, problema di grande attualità. I vari esperti hanno cercato di evidenziare

quando e come trattare i pazienti anziani, valutando se utilizzare trattamenti mirati o terapie di supporto. In campo medico si è ipotizzato l'eventuale ruolo di terapie targeted nel paziente anziano ed è quindi emersa la necessità di studi clinici mirati.

Nella successiva tavola roton-

da sulla neoplasia dell'ovaio è stata evidenziata l'importanza della chirurgia citoriduttiva primaria e della rivalutazione chirurgica nelle recidive. Anche per il tumore dell'ovaio è stato indagato il ruolo delle terapie targeted. Pur essendo l'EGFR espresso nel 70% dei tumori ovarici non vi sono ancora dati concordanti, mancando inoltre studi di fase III conclusivi.

La giornata si è conclusa con il simposio sul ruolo delle terapie orali, discutendo di vinorelbina, di fluoropirimidine e di temozolamide, ma anche di farmaci biologici, come



gefitinib e erlotinib e dell'antiemetico Aprepitant. Di certo la terapia orale è molto più duttile e maneggevole e meno influisce sulla qualità di vita dei pazienti e sull'impatto psicologico rispetto ad una terapia infusionale.

L'ultimo giorno del convegno si è aperto col simposio sui melanomi in cui la chirurgia ha di certo un ruolo fondamentale. Minore appare il ruolo della RT, mentre non ancora ben definito è il ruolo della immunoterapia anche se la moderna vaccinoterapia sembrerebbe dare prospettive interessanti.

Nella tavola rotonda sui tumori della testa e del collo si è molto parlato di trattamenti integrati finalizzati alla conservazione dell'organo e dei possibili scenari aperti dai farmaci targeted.

Il convegno si è concluso con il simposio sul tumore polmonare NSC, che di certo continua a essere il "big killer". Tuttavia i progressi scientifici degli ultimi anni permettono di fare valutazioni più positive. Nel simposio è stata posta l'attenzione sulla metanalisi PORT del '98 che aveva evidenziato dati negativi sulla radioterapia adiuvante nel NSCLC. Questa metanalisi è stata rivista in quanto presenta incongruenze statistiche. Pertanto nuovi

dati stanno mettendo in luce il ruolo della radioterapia adiuvante, con l'indicazione di non superare i 54 Gy. Molti progressi si stanno ottenendo con la chemioterapia. Inoltre nonostante i risultati poco incoraggianti ottenuti negli studi con l'Iressa, altri agenti biologici come Cetuximab, Erlotinib e Bevacizumab sembrano dare interessanti segnali per un ruolo positivo delle terapie targeted anche in questa patologia.

A conclusione dell'assise scientifica e del confronto tra i vari esperti un significativo messaggio di speranza per i pazienti dell'area dello Stretto: «L'Ateneo messinese, insieme con altre Università italiane - ha detto Adamo - ha contribuito notevolmente alla formazione delle linee-guida europee in oncologia (da quelle sull'anziano, a quelle prettamente conservative per la mammella, a quelle per le neoplasie polmonari e cerebrali). I risultati clinici - come ha sottolineato il rettore Francesco Tomasello, previsti dai nostri protocolli terapeutici fondamentalmente sono legati a "criteri organizzativi corretti ed adeguati". Bisogna migliorare pertanto la "visione multidisciplinare del percorso" oncologico, dalla diagnosi sino alla fase ultima». Dalla ricerca di base sino alla pratica clinica, Tomasello ha affermato che «non basta "riempire" le strutture cliniche di tecnologia avanzata, se mancano i "contenuti" culturali umani, che - poi - costituiscono l'aspetto più importante. Occorre seguire con grande attenzione i giovani medici, indirizzarli nel modo giusto, trasmettere esperienze cliniche e di laboratorio, in una nuova dimensione culturale».

In conclusione si può affermare che «le nuove tecniche radioterapiche; la chirurgia meno invasiva e sempre più conservativa; la riveduta e corretta terapia medico convenzionale e soprattutto le nuove chemioterapie integrate con le "combinazioni biomolecolari" di terza generazione che vengono praticate anche nelle cliniche oncologiche del nostro policlinico, rigorosamente personalizzate in base alla "tossicità attesa", sono capaci di offrire al paziente, anche cronico, una maggiore sopravvivenza e una migliore qualità di vita; il tutto sovrapponibile al trattamento di elezione esistente nei protocolli terapeutici europei.



Il 18 e 19 novembre a Milazzo

Convegno nefrocardiologico del Capo

al Castello di Milazzo

Guido Bellinghieri e Biagio Ricciardi

Sono stati assegnati sei crediti formativi al "Convegno Nefrocardiologico del Capo" che si terrà il 18-19 novembre al Castello di Milazzo. Un'occasione di approfondimento per nefrologi e cardiologi, ma anche medici di medicina generale.

A presiedere i lavori saranno il prof. Guido Bellinghieri e il dott. Biagio Ricciardi. Questo il programma:

18 Novembre: ore 10, saluto autorità e apertura lavori dott. Salvatore Furnari, direttore generale A.U.S.L. 5 ME, dott. Lorenzo Italiano, sindaco Comune di Milazzo, prof. Francesco Tomasello, rettore Università di Messina, dott. Nunzio Romeo, presidente Ordine dei medici, dott. Antonino Abate, presidente Ordine farmacisti. Seguirà la lettura magistrale su "Il concetto di Cardiopatia nella Storia naturale delle nefropatie", Prof. Mario Timio (Assisi), Rischio Cardiovascolare - Moderatori: prof. Avella e Sparacino

Le relazioni: *Rischio cardiovascolare e danno d'organo nel paziente nefropatico*, prof. Alessandro Antonelli (Lucca); *Rischio cardio-vascolare e ESRD: dati epidemiologici*, prof. Guido Bellinghieri; *Problematiche cardiovascolari nel trapianto renale*, prof. Sergio Stefoni (Bologna). Discussione: *Flogosi vascolare sistemica* - Moderatori: prof. Rotolo e Maringhini;

Disfunzione endoteliale e patologie cardiovascolari: ruolo delle citochine, prof. Antonio Dal Canton (Pavia); *Meccanismi di aterosclerosi accelerata nel paziente nefropatico*, prof. L.

Gesualdo (Foggia); *Albuminuria e malattia coronarica: dati su popolazione*, prof. Massimo Cirillo; *Metabolismo Ca/P e danno cardiovascolare: nuove metodiche d'indagine*, prof. Diego Brancaccio (Milano), prof. Maurizio Gallieni.

Discussione: *Il rene e lo scompenso cardiaco*, Moderatori: prof. Vasquez e Liuzzo; *Fisiopatologia dello scom-*



Guido Bellinghieri



Biagio Ricciardi

penso cardiaco sisto-diastolico, dott. Rosario Evola (Taormina); *L'IRA nel cardiopatico scompensato*, dott.ssa Santina Castellino (Taormina); *Terapia farmacologia dello scompenso cardiaco nell'insufficienza renale cronica*, Evidence base medicine, dott. Gennaro Cice (Napoli); *Effetti dell'anemia nell'evoluzione della cardiopatia nel pz neuropatico* prof. Pietro Castellino

19 Novembre: Studio ECG grafico del nefropatico, moderatori: prof. Andreucci e Favazza; *Disionia ed alterazioni elettrocardiografiche in pre e post HD*, dott. Biagio Di Iorio (Avellino); *L'ECG Holter nello studio delle alterazioni elettrocardiografiche nel dializzato: metodiche a confronto*, dott. Biagio Ricciardi (Milazzo), dott. Franco Badessa (Milazzo); *Eventi cardiovascolari in corso di seduta HD: emergenza terapeutica*, prof. Di Landro (Catania); *Rivascularizzazione coronarica nella prevenzione nell'infarto miocardio acuto nell'uremico emodializzato*, prof. R. Tarchini (Mantova); *Cardioprotezione e dialisi*, Dott. Salvatore Cesare (Palermo).

Tavola rotonda - Moderatori: prof. Bellinghieri e Ricciardi, *Un network sul rischio cardiovascolare è pensabile?* Il Nefrologo: dott. Biagio Ricciardi, L'Università - Azienda: prof. Vincenzo Savica, Il Cardiologo: dott. L. Vasquez, Il Medico di base: dott. Giacomo Caudo, La struttura privata: dott. Ascanio de Gregorio. *Quale ruolo delle istituzioni?* presidente Commissione sanità Assemblea regionale siciliana, on. Santi Formica; componente Commissione Sanità Camera dei Deputati: on. Francesco Stagno D'Alcontres; componente Commissione Sanità Senato: sen. Sebastiano Sanzarello.

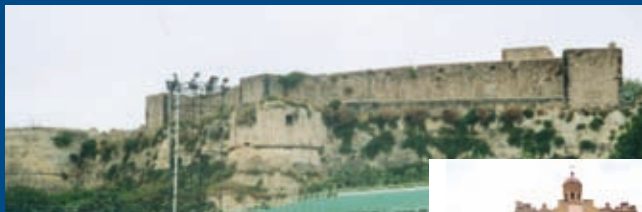
Discussione: *L'organizzazione territoriale dei processi d'integrazione*, dott.ssa Francesca Parrinello: direttore sanitario P.O. di Milazzo.

Analisi prospettive e conclusioni, on. Giovanni Pistorio: assessore regionale alla Sanità.

Sponsor del Convegno: Fresenius Medical Care insieme con Amgen e Coop. La Traccia.

Segreteria ECM e organizzativa:

Europa due Media & Congress tel. 090 5726604 Messina. europadue@europadue.191.it



Il castello di Milazzo e l'ex Duomo sede dei lavori



E' stato inaugurato il 16 settembre nell'Auditorium dell'Ordine il corso di formazione: "Prassi corretta e responsabilità professionale del medico nell'attività certificativa e nella valutazione medico-legale in ambito previdenziale, assicurativo ed assistenziale". Coordinato dai dottori Aldo Di Blasi e Giuseppe Ruggeri e organizzato dalla Fondazione "Cultura e Salute", il corso si articolerà in 13 seminari. La Segreteria scientifica è composta, oltre che dai

Certificazione medica

Corso medicina legale

di Aldo **DI BLASI** e Giuseppe **RUGGERI**

coordinatori e dal prof. Crinò, dai dottori Vincenzo Morana, Franca Arculco, Corrado De Luca, Patrizia Napoli, Nadia Cottone. L'organizzazione è stata curata da Multimedia Congress. Tra gli argomenti dei seminari, il primo dei quali programmato il 24 settembre di quest'anno, sono previsti l'attività medico-legale dell'A.U.S.L., dell'I.N.P.S. edell'I.N.A.I.L., la sanità militare, il danno biologico in responsabilità civile, la corretta prescrizione e interpretazione ai fini medico-legali degli accertamenti strumentali nelle varie branche specialistiche. Rivolto, in particolare, ai medici di famiglia, senza escludere tuttavia gli specialisti e i medici ospedalieri, il corso intende focalizzare l'attenzione dei destinatari sull'importanza della certificazione, atto tra i più delicati e difficili della pratica professionale per le inevitabili ricadute che ha sulla società civile. La certificazione, quale attestazione di fatti rilevati nell'esercizio della pratica clinica, deve rispondere a criteri di chiarezza e veridicità, iscrivendosi nella sfera di doveri professionali del medico dai quali possono derivare conseguenze penali di rilievo (in primo luogo il reato di falso ideologico) a carico di chi lo redige. Vi è poi da considerare il peso che l'attività certificativa detiene nella mobilitazione di risorse finanziarie di notevole

entità, dal momento che nel più dei casi - certificati di malattia, valutazioni peritali di parte o per l'autorità giudiziaria - essa viene richiesta ai fini del conseguimento di benefici previdenziali o assicurativi, subordinati al possesso di precisi requisiti psico-fisici. L'informazione sulla corretta compilazione del certificato mira pertanto a fornire elementi legislativi e spunti deontologici tesi a rafforzare nella categoria medica la preparazione necessaria a svolgere con competenza e professionalità il suo ruolo nella società. Dopo il breve saluto introduttivo dei coordinatori, hanno fatto seguito gli interventi delle autorità presenti: il Procuratore Generale della Repubblica di Messina S.E. dott. Ennio D'Amico, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Messina dott. Carmelo Caratozzolo, l'avv. Antonino Comunale, diri-

gente ufficio contenzioso Azienda Ospedaliera "Papardo" di Messina, il direttore amministrativo dell'Azienda U.S.L. n° 5 di Messina dott. Francesco Colavita, il dott. Rosario Conti, dirigente amministrativo T.N.P.S., il dott. Filippo Impallomeni, direttore provinciale Servizi Vari del Ministero Economia e Finanze, il dott. Salvatore Anzalone, Sovrintendente Medico Regionale I.N.A.I.L., il dott. Sebastiano Mari-

no, Presidente Fondazione "Cultura e Salute", il dott. Giacomo Caudo, consigliere dell'Ordine dei Medici di Messina, in rappresentanza del presidente dott. Nunzio Romeo, assente per motivi istituzionali. Hanno portato il loro saluto anche il Direttore Sanitario del Policlinico, dott. Giovanni Materia, il Primario medicolegale provinciale dell'INAIL di Messina, dott. Vincenzo Mellino, presente con tutto lo staff dei medici di Messina e Milazzo, la Presidente della Commissione Medica di Verifica, d.ssa Katia Fabiano, il dott. Mario Rappazzo, in rappresentanza dei medici INPS, il dott. Filippo Silipigni della Medicina Fiscale AUSL 5. Quindi si è svolta la lettura magistrale del prof. Claudio Crinò, direttore della scuola di specializzazione di medicina legale dell'Università di Messina, che ha molto interessato il folto uditorio, dal titolo: "La responsabilità professionale del medico nella certificazione e nella valutazione medico-legale in ambito previdenziale, assicurativo ed assistenziale". Ribadendo fin dal principio che "un certificato medico fa sentenza", Crinò ha sottolineato gli aspetti giuridici e deontologici che normano la corretta redazione della certificazione medica, la quale, se sospettata di falsità ideologica, obbliga il sanitario che ne è venuto a conoscenza nel contesto della sua attività, a farne immediata denuncia all'autorità giudiziaria.

Incontro a Milazzo di operatori sanitari e pazienti

"Vivere la miastenia"

Miastenia, un incontro di medici, operatori sanitari pazienti per saperne di più. Si è svolto a Milazzo su iniziativa dell'Associazione Mia onlus e con il patrocinio, fra gli altri, della Presidenza del Consiglio e del Parlamento europeo. L'incontro si è svolto al Castello di Milazzo e ha consentito di rispondere in modo originale e accessibile a tutti, alle tante domande che medici e pazienti si pongono di fronte alle varie manifestazioni della malattia: quali sono i sintomi; perché esistono grandi difficoltà nel diagnosticarla e curarla in modo adeguato; quali le terapie, i comportamenti utili, i farmaci, le sostanze controindicate.

La miastenia, malattia poco conosciuta e riconosciuta, vede in Italia pochi medici che se ne occupano e molti pazienti in attesa di diagnosi.

Dati riferibili a qualche anno fa parlano di 15 mila casi ma il numero realtisticamente sembra sia più alto.

Presidente dell'Associazione è Roberta Ricciardi, neurologa, responsabile dell'ambulatorio per la cura della miastenia all'ospedale di Pisa. La segreteria organizzativa dell'incontro milazzese è stata curata da Alessia Scarponi. L'apertura dei lavori affidata al prof. Corrado Messina.

AIDS *l'aggiunta di enfuvirtide alle nuove terapie anti-HIV aumenta del 70% la risposta*

Nuove speranze per i pazienti affetti da HIV: da recenti studi clinici presentati al XV International AIDS Conference (IAS), a Rio de Janeiro, emergono dati eccezionali relativi al farmaco enfuvirtide. Quando enfuvirtide viene somministrato in combinazione con uno dei nuovi farmaci per l'HIV, tipranavir, il 70% dei pazienti che non si sono mai sottoposti alla cura con enfuvirtide ha ottenuto una riduzione di dieci volte nella carica virale e ha inoltre raddoppiato la crescita della conta cellulare (1), rispetto ai pazienti che ricevono tipranavir/r senza enfuvirtide. Ma oggi ancora 3 medici su 4 non conoscono l'importanza di questo "effetto enfuvirtide".

Oggi i pazienti resistenti al virus dell'HIV hanno migliori opportunità di trattamento per ridurre i propri livelli di carica virale nel sangue. E' quanto promette una nuova associazione farmacologica: i più recenti farmaci antiretrovirali combinati a enfuvirtide, capostipite di una nuova classe di farmaci anti HIV, definiti inibitori della fusione.

"I pazienti che hanno già fatto uso di tutte e tre le classi di farmaci si aspettano che, a seguito di una terapia, la carica virale nel sangue scenda a livelli non rilevabili. E oggi la combinazione di enfuvirtide con gli ultimi farmaci a disposizione della scienza medica rende tutto ciò facilmente rag-

giungibile," ha spiegato Dr Mike Youle the Royal Free Hospital, London. "Stiamo osservando un importante "effetto enfuvirtide" con questi nuovi farmaci e credo che questi dati potranno cambiare il modo in cui curiamo i pazienti multiresistenti che sono già stati sottoposti alle tre classi di farmaci".

L'effetto di "potenziamento" della risposta generato dall'aggiunta di enfuvirtide al regime terapeutico, era già stato ampiamente osservato durante gli studi RESIST, POWER e TORO: l'aggiunta di enfuvirtide, in combinazione con uno degli ultimi inibitori delle proteasi (PI) potenziati come lopinavir/r, tipranavir/r o TMC 114/r ha generato in oltre il doppio dei pazienti livelli non rilevabili di virus nel sangue.

Oggi però sono ancora in molti a non conoscere l'"effetto enfuvirtide". Sorprendentemente, su 560 medici intervistati durante la conferenza IAS, tre quarti (75%) sottostimano "l'effetto enfuvirtide" osservato sia nello studio RESIST (2) che nel POWER (3).

Gli ultimi dati si aggiungono al crescente "corpo dell'evidenza" secondo cui tutti gli ultimi inibitori di proteasi potenziati ((lopinavir/r, tipranavir/r and TMC 114/r) funzionano meglio quando associati a enfuvirtide.

Gli studi

RESIST: studi di fase III con tipranavir

Su un periodo di 24 settimane, quasi il doppio della proporzione dei pazienti che hanno ricevuto enfuvirtide più tipranavir ha mostrato una riduzione del 90% nella carica virale rispetto ai pazienti non ricevuti enfuvirtide

POWER: studi di fase II di

dosaggio del TMC114

Negli studi di combinazione con TMC114 a 24 settimane, quasi il doppio della proporzione di pazienti che hanno ricevuto enfuvirtide più TMC114/r ha ottenuto una carica virale al di sotto delle 50 copie/ml rispetto ai pazienti non ricevuti enfuvirtide

Ben il 67% dei pazienti ricevuti enfuvirtide più TMC 114/r ha raggiunto una carica virale non rilevabile

TORO: studi di fase III con enfuvirtide

A 24 settimane, il doppio della proporzione dei pazienti che hanno ricevuto enfuvirtide più lopinavir/r ha ottenuto livelli di carica virale non rilevabili (<50 copie/ml) rispetto ai pazienti non ricevuti enfuvirtide

Nel loro insieme, i dati raccolti da questi studi, condotti su un totale di oltre 2,500 pazienti, stabiliscono un nuovo paradigma nella gestione dei pazienti che hanno già provato le altre tre classi di farmaci.

Enfuvirtide

Enfuvirtide è il primo e unico farmaco antiretrovirale che agisce fuori dalla cellula immunitaria umana (detta linfocita T CD4), bloccando l'entrata del virus dell'HIV. Tutti gli altri farmaci attualmente disponibili per la lotta all'HIV combattono il virus agendo all'interno della cellula. La modalità d'azione unica di enfuvirtide elimina qualsiasi rischio di cross-resistenza con i farmaci oggi disponibili e si conferma quindi come trattamento efficace, in combinazione con altri farmaci anti HIV, per i pazienti che sviluppano resistenze.

L'utilizzo di enfuvirtide sta continuando a diffondersi. Un numero sempre maggiore di pazienti sta iniziando con successo la terapia o la sta continuando grazie a iniziative formative e di supporto sulla modalità di somministrazione e utilizzo di enfuvirtide per pazienti e medici.

Per ulteriori informazioni:

Comunicazione Roche Dario Francolino Tel. 039/2474445 – Fax 0 3 9 / 2 4 7 4 4 1 6 , Dario.francolino@roche.com
Silvia Coha, Tel. 039/2474466
Fax 039/2474416, Silvia.coha@roche.com

Presentate le conclusioni della studio Ascot-Bpla

IPERTENSIONE

Trial clinico

I risultati del braccio principale dello studio ASCOT, denominato ASCOT-BPLA (Anglo-Scandinavian Outcome Trial – Blood Pressure Lowering Arm), mostrano per i pazienti ipertesi e con altri fattori di rischio cardiovascolare in cura con il calcio-antagonista amlodipina i seguenti benefici, se confrontati con pazienti trattati con il regime convenzionale basato sul beta-bloccante atenololo: significativa riduzione sia della mortalità per problemi cardiovascolari e altre cause, sia degli altri eventi cardiovascolari – compresi l'infarto miocardico e l'ictus cerebrale.

Prevenzione e approccio cardiovascolare globale al trattamento sono la strada giusta per un cuore in salute.

Questi dati, anticipati in questi giorni a Stoccolma nel corso del Meeting annuale dell'European Society of Cardiology (ESC) e che saranno pubblicati su The Lancet del prossimo 20 settembre, sono stati presentati oggi alla stampa italiana da Enrico Agabiti Rosei, ordinario di Medicina interna all'Università di Brescia e Giuseppe Mancina, ordinario di Clinica medica all'Università di Milano-Bicocca e direttore del Centro interuniversita-

rio di Fisiologia clinica e Ipertensione.

Le positive conclusioni dello studio ASCOT che, con oltre 19mila pazienti arruolati, risulta il più grande trial clinico sull'ipertensione finora condotto in Europa, giustificano pienamente la decisione di interrompere prematuramente il trial in ragione della riduzione dell'11% della mortalità totale rilevata nei pazienti assegnati al trattamento con amlodipina. I pazienti di questo gruppo, in confronto a quelli del gruppo atenololo, hanno avuto anche una riduzione del 23% degli ictus fatali e non fatali e del 24% delle morti cardiache.

Nell'ottobre 2002, anche il braccio ASCOT-LLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcome Trial – Lipid Lowering Arm) era stato interrotto in anticipo per via della significativa riduzione del rischio di infarti miocardici e ictus cerebrali emersa a vantaggio del sottogruppo in trattamento con atorvastatina.

Le indicazioni del sottostudio ASCOT-LLA sono state un'inostituibile fonte informativa per lo sviluppo, da parte del National Cholesterol Education Program (NCEP) statunitense e del Joint European Committee, delle nuove Linee guida per la diagnosi, la classificazione e il trattamento delle dislipidemie, che ora raccomandano un intervento più aggressivo sull'ipercolesterolemia nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare, compresi quelli affetti da ipertensione arteriosa.

“Lo studio ASCOT ha dimostrato che un'efficace strategia terapeutica può dare ai pazienti la protezione ottimale e anche salvare vite – ha sottolineato Mancina - E' necessario, a questo fine, che i medici curanti tengano nella dovuta considerazione l'importanza di un intervento terapeutico precoce, ma trattino insieme all'ipertensione anche gli altri fattori di rischio cardiovascolare eventualmente presenti, in primo luogo l'ipercolesterolemia”.

“Lo studio ASCOT rappresenta un ulteriore passo avanti verso la definizione del migliore approccio terapeutico al trattamento dei pazienti ipertesi – ha

ESC 2005, studio ASCOT e rischio cardiovascolare femminile

di Enrico AGABITI ROSEI

confermato Agabiti Rosei - Questi soggetti traggono sicuramente giovamento dalla riduzione pura e semplice dei valori pressori, ma purtroppo questo beneficio è condizionato da alcuni limiti. Il primo è che, con la terapia convenzionale, non sembra possibile azzerare del tutto il loro rischio aggiuntivo associato all'ipertensione stessa. Il secondo dipende dal fatto che gli ipertesi soffrono di una condizione che molto spesso è associata ad altri fattori di rischio cardiovascolare, quali per esempio la dislipidemia e l'ipercolesterolemia, quindi necessitano in molti casi di una terapia di associazione.”

L'ipertensione arteriosa, che interessa circa 800 milioni di pazienti in tutto il mondo, è uno dei fattori di rischio cardiovascolare a prevalenza più elevata. Si stima che almeno l'80 per cento dei pazienti ipertesi sia portatore anche di altri fattori di rischio cardiovascolare non controllati, il più comune dei quali sembra essere l'ipercolesterolemia. Nell'ambito del Congresso 2005 della Società europea di Cardiologia (ESC),

che ha richiamato a Stoccolma 25-30mila specialisti provenienti da tutto il mondo, nulla è stato trascurato: dai grandi temi clinici quali la malattia coronarica e lo scompenso cardiaco, ad argomenti più tecnologici quali l'imaging diagnostico e gli strumenti per il controllo del ritmo cardiaco, fino ad aree che oggi sono ancora appannaggio della ricerca di base, quali il ruolo delle cellule staminali, l'angiogenesi e il controllo dell'apoptosi dei cardiomiociti (la "morte cellulare programmata" delle cellule muscolari contrattili che formano la parete del cuore, ndr). Tra i maggiori studi clinici ha avuto ancora una volta grande risalto l'ASCOT, che ha arruolato oltre 19mila pazienti ipertesi trattati con il calcio-antagonista **amlodipina** più l'ACE-inibitore perindopril, oppure con il beta-bloccante atenololo più il diuretico bendroflumetiazide; in un ampio sottostudio (ASCOT-LLA), chiuso in anticipo a fine 2002 per manifesta superiorità del trattamento attivo, era stata prevista anche l'aggiunta della statina (inibitore dell'HMG-CoA reduttasi) **atorvastatina** o placebo.

Ebbene, anche lo studio principale (ASCOT-BPLA) è stato interrotto lo scorso dicembre, prima della data stabilita, perché è apparsa evidente una differenza statisticamente significativa, in termini di mortalità cardiovascolare e mortalità totale, a favore dell'associazione **amlodipina** + ACE-inibitore. Il vantaggio è apparso chiaro anche in termini di eventi cardiovascolari maggiori, soprattutto coronarici e

cerebrovascolari. I risultati definitivi hanno confermato questa differenza tra i due regimi terapeutici, che in parte può essere spiegata con una maggiore efficacia antipertensiva dell'associazione amlodipina + ACE-inibitore: si ritiene quindi possibile un'efficacia aggiuntiva di questa combinazione rispetto all'altra (beta-bloccante + diuretico) indipendente dalla riduzione dei valori pressori in sé. La spiegazione di questo vantaggio può essere legata a un effetto metabolico più favorevole: con quest'associazione, infatti, l'incidenza di nuovi casi di diabete mellito è risultata significativamente inferiore rispetto a quella riscontrata nel gruppo beta-bloccante + diuretico. Non si può escludere, d'altra parte, che l'aggiunta di **atorvastatina** abbia avuto un effetto più favorevole quando associata ad **amlodipina** + ACE-inibitore anziché a beta-bloccante + diuretico.

Lo studio ASCOT rappresenta quindi un ulteriore passo avanti verso la definizione del migliore approccio terapeutico al trattamento dei pazienti ipertesi. Questi soggetti, com'è noto, traggono sicuramente giovamento dalla riduzione pura e semplice dei valori pressori, ma purtroppo questo beneficio è condizionato da alcuni limiti. Il primo è che, con la terapia convenzionale, non sembra possibile azzerare del tutto il loro rischio aggiuntivo associato all'ipertensione stessa. Il secondo dipende dal fatto che gli ipertesi soffrono di una condizione che molto spesso è associata ad altri fattori di

rischio cardiovascolare, quali per esempio la dislipidemia e l'ipercolesterolemia, quindi necessitano in molti casi di una terapia di associazione. Un terzo limite è legato all'evidenza che spesso questi pazienti non sono trattati al meglio, per vari motivi, non esclusa in alcuni casi la scarsa tollerabilità del trattamento loro prescritto.

Un altro argomento ben approfondito a Stoccolma è stato quello del rapporto – segnato a volte dalla reciproca incomprensione – tra patologia cardiovascolare e sesso femminile. Nell'ambito di questo interesse si inquadra anche l'iniziativa della Società europea di Cardiologia denominata *Women at Heart*, che consiste in un'ampia indagine nei Paesi europei sull'epidemiologia cardiovascolare nel sesso femminile e sugli elementi che rendono diverse queste malattie nella donna rispetto a quanto è di riscontro comune nell'uomo. E' noto, infatti, che le malattie cardiovascolari non rappresentano la principale causa di mortalità solo nel sesso maschile, ma anche in quello femminile; oltre il 50 per cento dei decessi nelle donne è infatti dovuto alle malattie del cuore e dei vasi sanguigni: un'incidenza superiore a quella dei tumori, che in molti casi sono invece ritenuti la principale causa di morte nel sesso femminile. Tale elevatissima prevalenza di malattie cardiovascolari si realizza soprattutto dopo la menopausa, spesso con aspetti clinici ben differenti da quelli tipici, o comunque da quelli descritti nei testi e

più frequenti nell'uomo. Per queste ragioni, spesso le malattie cardiovascolari vengono diagnosticate nella donna con ritardo, anche per un minore ricorso alle tecnologie diagnostiche più evolute e alle terapie più efficaci, per quanto più invasive. Nei grandi trial clinici le donne sono sottorappresentate, perciò i ricercatori dispongono anche di meno informazioni sugli approcci terapeutici più appropriati al sesso femminile. Le donne, infatti, hanno peculiarità di genere che si possono associare a ben definite situazioni di rischio o malattie cardiovascolari. E' questo il caso del periodo post-menopausale, ricordato in precedenza, in cui hanno luogo parecchie modificazioni legate al drastico calo degli estrogeni e del progesterone, che riguardano vari aspetti metabolici ed emodinamici che a loro volta favoriscono, nel complesso, un aumento del rischio cardiovascolare. Per esempio, dopo la menopausa le donne tendono ad aumentare di peso, a diventare ipertese e a sviluppare alterazioni del metabolismo glucidico e lipidico, accrescendo così ulteriormente il loro rischio cardiovascolare globale.

Oltre alla menopausa, va tenuto conto anche della gravidanza, che si può associare talora ad un aumento della pressione arteriosa e della glicemia: entrambe queste condizioni possono causare danni nel corso della gravidanza e/o anticipare lo sviluppo futuro di ipertensione arteriosa o diabete mellito. Quest'ultima associazione pone le donne in una con-

dizione di elevato rischio cardiovascolare, anche per affezioni che nelle pazienti non diabetiche sono relativamente rare, come l'arteriopatia obliterante periferica (*l'ostruzione progressiva delle arterie degli arti inferiori, causata dall'aterosclerosi*, ndr), ma più in generale, nelle donne diabetiche e ipertese, tutte le patologie cardiovascolari – dalla malattia coronarica allo scompenso cardiaco – hanno un'incidenza molto alta. Un'altra condizione che può esporre le donne a un rischio cardiovascolare più elevato è l'assunzione della pillola contraccettiva ormonale, specie se sono presenti altri fattori di rischio associati come fumo di sigaretta, sovrappeso corporeo, alterazioni metaboliche e familiarità per malattie cardiovascolari o per trombosi venosa.

Sfortunatamente le malattie cardiovascolari, oltre a essere alquanto comuni, nel sesso femminile hanno spesso una prognosi meno favorevole. Per esempio l'ictus cerebrale, pur essendo – secondo alcune indicazioni epidemiologiche – più frequente nell'uomo, decorre in modo assai più grave nella donna; dopo un infarto miocardico, la mortalità a un anno è ben superiore nella donna rispetto all'uomo, per motivi non ancora del tutto accertati e che pertanto richiedono ulteriori approfondimenti. Sulla base di queste considerazioni, appare del tutto evidente la necessità di una particolare attenzione nelle donne alla diagnosi precoce e soprattutto alla prevenzione delle malattie cardiovascolari. Quest'ultima è già oggi possibile sulla base dei dati in nostro possesso, che però

dovranno essere approfonditi mediante studi epidemiologici disegnati *ad hoc*.

Per concludere sul trattamento dell'ipertensione, anche se nei grandi trial finora effettuati il numero di eventi cardiovascolari maggiori nelle donne è risultato inferiore a quello negli uomini, si può affermare però che la sua efficacia, nel complesso, è pari nei due sessi. Rimane valida, nell'uomo come nella donna, la necessità di un trattamento efficace dell'ipertensione arteriosa, con particolare riguardo alle condizioni (contraccezione ormonale, gravidanza) peculiari del sesso femminile. Ancora nella donna sarà necessario porre particolare attenzione alla prevenzione e al trattamento delle alterazioni metaboliche glucidiche e lipidiche e anche a quella condizione, definita "sindrome metabolica", molto frequente nei soggetti di sesso femminile e in particolare nel bacino del Mediterraneo e nel Sud Europa, anche in questo caso per ragioni non ancora del tutto chiarite. Per quanto riguarda infine la terapia ormonale sostitutiva della menopausa, essa ha un'efficacia dimostrata nel controllo dei sintomi soggettivi e nella prevenzione dell'osteoporosi grave, ma non sembra avere effetti nella prevenzione – sia primaria sia secondaria – degli eventi cardiovascolari. Essa non rappresenta quindi un'indicazione utile a prevenire le malattie cardiovascolari, inoltre non si può ignorare che la sua assunzione protratta comporta un rischio supplementare, seppure modesto, di neoplasie a carico dell'apparato riproduttivo.

Un aspetto di grande interesse, molto dibattuto negli ultimi anni, è quello della protezione intrinseca offerta dai farmaci antipertensivi. In altre parole: a parte la protezione conferita dalla riduzione pressoria in sé, esistono differenze tra i vari farmaci? Tenuto conto dell'estrema difficoltà che si incontra nel cercare di ottenere un controllo ottimale della pressione, ovviamente il quesito è della massima importanza. Si può ottenere lo stesso beneficio anche con un controllo imperfetto della pressione usando però farmaci che hanno migliori caratteristiche protettive rispetto ad altri? Molti studi, per un totale superiore ai 200mila pazienti, hanno cercato di rispondere a questa domanda, ma nella maggior parte dei casi hanno avuto esito negativo, nel senso che a parità di riduzione pressoria non sono emerse differenze tra le varie strategie terapeutiche. Ciò ha convinto molti ricercatori (e altrettanti clinici) che non esistono differenze significative tra i diversi farmaci, ma che l'unico elemento importante è la riduzione della pressione in sé.

Altri studi dimostrano però che possono esistere differenze tra farmaci, così come non si possono ignorare i limiti delle informazioni ricavate e ricavabili dai

trial clinici. E' il caso dello studio ASCOT, che ha dimostrato ancora una volta come la terapia di associazione con beta-bloccante e diuretico – definita "terapia convenzionale" – sia inferiore

Lo stato dell'arte

di Giuseppe MANCIA*

in termini di protezione cardiovascolare a un'altra terapia iniziata con il calcio-antagonista **amlodipina** e proseguita con l'aggiunta dell'ACE-inibitore perindopril, perché, come in tutti gli studi sul trattamento dell'ipertensione arteriosa, la terapia di associazione diventa nel tempo una scelta pressoché obbligatoria. Questa differenza ha fatto sì che il Comitato etico di vigilanza dichiarasse conclusa prematuramente anche la seconda e fondamentale parte dello studio ASCOT (il braccio ASCOT-BPLA), per l'evidenza statistica che i pazienti trattati con il calcio-antagonista e l'ACE-inibitore erano più protetti rispetto a quelli trattati con il beta-bloccante atenololo e il diuretico bendroflumetiazide. Non vi è dubbio, quindi, che esistano differenze tra le varie terapie, pertanto non basta limitarsi a controllare la pressione arteriosa, ma bisogna farlo scegliendo i farmaci più adatti.

Purtroppo, malgrado queste nuove acquisizioni, passano gli anni e l'ipertensione si conferma quale fattore di rischio primario per la salute pubblica, per due ragioni fondamentali. Innanzitutto l'ipertensione è un importante fattore di rischio per molti tipi di patologie cardiovascolari: basti pensare all'ictus cerebrale, che a sua volta è la terza causa di morte al mondo e di cui gli alti valori pressori sono il fattore di rischio princi-

pale. Poi la cardiopatia ischemica, ma soprattutto lo scompenso cardiaco: due terzi dei pazienti affetti da quest'ultima condizione – o forse anche più – hanno una storia clinica di ipertensione arteriosa. E ancora, l'insufficienza renale: l'ipertensione arteriosa, con o senza diabete, è un'importantissima causa di danno alla funzionalità renale.

La seconda ragione è data dall'alta prevalenza: un fattore di rischio, infatti, può essere molto potente, ma se la sua prevalenza nella popolazione è scarsa, la sua importanza è significativa solo per i pochi individui che ne sono portatori, mentre quella complessiva ai fini della salute pubblica è limitata. L'ipertensione arteriosa colpisce però molti milioni di persone e questo spiega perché l'OMS, in un suo documento del 2002, la consideri quale prima causa di morte al mondo, e questo sorprendentemente non solo nei paesi più sviluppati, bensì anche in quelli in via di sviluppo.

Tutto ciò premesso, negli ultimi tempi sono apparse alcune importanti novità, soprattutto in campo epidemiologico. Una di esse, che forse era già nota da tempo ma che si è andata precisando solo in questi ultimi anni, è che purtroppo l'ipertensione è raramente isolata e nella grande maggioranza dei casi è accompagnata da altri fattori di rischio. Questo vale anche per la popolazione italiana: da nostri studi – appena pubblicati – su elevatissimi numeri di ipertesi seguiti da Centri specializzati e da medici specialisti, ma anche da medici di medicina generale, quindi su casi di ipertensione di riscontro comune nella realtà clinica quotidiana, i pazienti con ipertensione isolata erano complessivamente molto scarsi, non più del 10-15 per cento; tutti gli altri avevano qualche fattore di rischio supplementare. Il rischio globale, quindi, è superiore a quello rilevabile nel paziente solo iperteso: per esempio, la parte dello studio PAMELA che abbiamo pubblicato su *Hypertension* qualche mese fa dimostra un'impressionante correlazione tra valori della pressione arteriosa e alterazioni del profilo lipidico e glucidico. Esisterebbe quindi un *clustering*, cioè un accoppiamento preferenziale che va al di là della pura spiegazione statistica, tra alterazione della pressione arteriosa, incremento della colesterolemia totale, riduzione della colesterolemia-HDL e aumento della glicemia. Nello studio PAMELA, che è uno studio di popolazione, quando ciascuna delle tre pressioni a nostra disposizione (non solo quella ambulatoriale, ma anche quella domiciliare e quella

sulle 24 ore, la qual cosa rende il nostro studio unico al mondo) veniva divisa in quartili, all'aumentare della pressione aumentavano anche la glicemia (e con essa il numero dei pazienti intolleranti al glucosio e diabetici) e la colesterolemia totale, mentre si riduceva il colesterolo-HDL.

Questo rilievo non solo spiega bene la molteplicità dei fattori di rischio cardiovascolare, ma illustra altrettanto bene perché le più recenti Linee guida – tra cui quelle congiunte delle Società europee di Cardiologia e dell'Ipertensione, che ho avuto l'opportunità di coordinare – diano un'importanza così grande non solo alla diagnosi di ipertensione arteriosa, ma anche alla valutazione del rischio cardiovascolare globale, cioè alla sinergia con i fattori di rischio cardiovascolare che si associano all'ipertensione arteriosa in sé. È naturale che se il paziente è gravemente iperteso, basta questo per classificarlo ad alto rischio, ma in un altro caso un modestissimo aumento della pressione arteriosa, affiancato però da altri fattori, può bastare a creare un profilo di rischio ancora più elevato. Tra questi fattori, oltre al diabete, va ricordato anche il danno d'organo subclinico. Questo è un altro campo in cui è necessario percorrere ancora molta strada. Numerosi pazienti erroneamente definiti "a basso rischio", perché hanno solo una modesta elevazione pressoria e il medico ritiene che non siano presenti altri fattori di rischio, se vengono studiati più a fondo, risultano spesso portatori di un'ipertrofia ventricolare sinistra, di un ispessimento delle carotidi oppure di una microalbuminuria, e ognuno di questi danni d'organo si associa a un rischio più elevato, condizionando una prognosi peggiore. L'identificazione del rischio globale segue quindi tutti questi concetti e ha, a sua volta, precise implicazioni di carattere terapeutico.

Che dire in ambito terapeutico? Innanzitutto, che l'ipertensione ha svolto una funzione di traino per i grandi studi di intervento con disegno sperimentale controllato, randomizzati e in doppio cieco, che hanno dimostrato al di là di ogni dubbio, su grandissimi numeri di pazienti, che l'ipertensione è un fattore di rischio almeno parzialmente reversibile. In altre parole, se la terapia riesce a ridurre la pressione arteriosa, si riduce anche il rischio. Un'altra buona notizia è che esistono numerosi farmaci antipertensivi efficaci, esistono varie associazioni di farmaci molto efficaci e l'evidenza porta a concludere che il primo fattore protettivo è la riduzione della pressione in sé. Quando i risultati di

tutti questi studi, condotti con le più varie terapie, vengono messi insieme, si nota infatti un'impressionante proporzionalità fra l'entità della riduzione pressoria, comunque ottenuta, e l'entità della riduzione d'incidenza delle malattie cardiovascolari. E' quindi ovvio che il messaggio che ci sforziamo continuamente di trasmettere ai medici è: «Prima ancora di preoccuparvi del tipo di terapia, preoccupatevi innanzitutto di controllare la pressione arteriosa». Qui purtroppo interviene una cattiva notizia: nonostante l'impressionante evidenza scientifica del beneficio, il controllo della pressione arteriosa sul territorio è scarsissimo; ovunque questi studi siano stati compiuti, indicano che solo una piccola minoranza degli ipertesi ha la pressione controllata sotto i 140/90 mmHg.

A questo punto torna in causa la questione del rischio. Una volta che il paziente sia stato definito "ad alto rischio" (per la presenza di valori pressori molto elevati, oppure per una pressione aumentata solo di poco, ma associata ad almeno altri tre fattori di rischio cardiovascolare, diabete, danno d'organo – anche subclinico – o storia di patologia cardiovascolare), la qual cosa è molto frequente, soprattutto se si indaga con cura il danno d'organo, ha una probabilità documentata del 20 per cento di andare incontro a un evento cardiovascolare nei dieci anni successivi. In questi casi, l'evidenza scientifica dimostra che si ha un effetto protettivo iniziando il trattamento quando la pressione è superiore a 140/90 mmHg. Ma dimostra anche (come sottolineato dalle Linee guida europee) che si ha un effetto protettivo dando inizio alla terapia quando la pressione supera i 130/85 mmHg, valori che si identificano con la cosiddetta "fascia normale-alta". E' poi dimostrato che in questi casi bisogna essere anche più aggressivi nella riduzione pressoria, perché in questi pazienti si ha un beneficio aggiuntivo se la pressione viene ricondotta sotto i 130/80 mmHg, la qual cosa implica il ricorso a una terapia di associazione, dal momento che ben raramente un singolo farmaco – qualunque esso sia – riesce a controllare la pressione a questi livelli. Va da sé che nella pratica clinica i pazienti ad alto rischio che raggiungono i 130/80 mmHg sono ben pochi: in uno studio su 12mila pazienti seguiti da medici di medicina generale, pubblicato recentemente sul *Journal of Hypertension* e da me coordinato con altri colleghi, tra i diabetici che avrebbero dovuto scendere sotto i 130/80 mmHg la percentuale di coloro che raggiungevano il goal terapeutico non superava il 3 per cento.

In questi casi c'è inoltre evidenza che comunque non basta l'aggressività sui valori pressori, perché questi pazienti hanno un profilo di rischio composito e sono quindi richiesti molteplici punti di aggressione sui loro fattori di rischio. Per esempio, è stato provato che questi pazienti – come quelli in prevenzione secondaria – traggono beneficio dall'aggiunta quotidiana al loro regime terapeutico di piccole quantità di acido acetilsalicilico, mentre questo non vale nei pazienti a basso rischio, nei quali i vantaggi dell'aspirina sono controbilanciati dai suoi effetti collaterali. Infine – e questo è un importante contributo proveniente dallo studio ASCOT, pubblicato in due tappe

nel corso degli ultimi anni – si è visto che questi pazienti traggono beneficio anche dall'aggiunta di una terapia ipolipemizzante. Lo studio ASCOT, oltre alla terapia antipertensiva somministrata a tutti i pazienti, prevedeva anche un sottogruppo atorvastatina in confronto con placebo (ASCOT-LLA), che fu interrotto circa tre anni fa perché era evidente che i pazienti trattati con atorvastatina in aggiunta alla terapia antipertensiva avevano un beneficio cardiovascolare significativo, per cui non sarebbe stato etico proseguire negando la protezione offerta dalla statina ai pazienti del sottogruppo di controllo con placebo. Da qui, la raccomandazione delle Linee guida che in questi pazienti andrebbe considerata la somministrazione aggiuntiva di una statina.

L'aspetto più importante dello studio ASCOT-LLA è però che la statina veniva somministrata indipendentemente dai valori più o meno elevati della colesterolemia: basti pensare che i criteri di arruolamento prevedevano l'ammissibilità allo studio di tutti i pazienti con colesterolemia totale a partire da 135 mg/dl, vale a dire valori "cinesi", in pratica chiunque. Ebbene, nonostante l'assenza di ipercolesterolemia, la statina è stata ugualmente efficace, pertanto esiste un'indicazione al suo impiego non tanto legata alla presenza di elevati valori del colesterolo plasmatico, quanto piuttosto all'alto rischio cardiovascolare: tutti i pazienti dello studio ASCOT erano infatti arruolati se avevano almeno tre altri fattori di rischio, quindi erano definibili, secondo la classificazione delle Linee guida, come "pazienti ad alto rischio cardiovascolare". Ecco perché in questi pazienti si considera importante non solo un atteggiamento aggressivo nei confronti dei valori pressori, ma anche associare alla terapia antipertensiva farmaci aggiuntivi, come gli antiaggreganti piastrinici e soprattutto gli ipolipemizzanti, indipendentemente dalla colesterolemia. Può essere, paradossalmente, addirittura inutile effettuare un dosaggio preliminare della colesterolemia, perché basta l'alto rischio di questi pazienti per definire la necessità della terapia di associazione.

Tornando alle differenze tra farmaci, già da anni queste si sono dimostrate con maggiore evidenza nelle fasi più anticipate della prevenzione, in particolare quando si guarda alla prevenzione del rischio totale e non solo di quello associato all'ipertensione arteriosa, e qui si innesta la questione dell'attendibilità dei trial. Finora dai trial sono venute informazioni della massima importanza, però non si possono ignorare i loro limiti. Per essere più chiari: condurre e finalizzare un trial richiede ovviamente un gran numero di eventi in un arco di tempo relativamente limitato, non più di quattro o cinque anni, altrimenti manca la potenza statistica necessaria a raggiungere qualsiasi conclusione. Ciò significa che i trial devono arruolare per forza pazienti ad alto rischio, altrimenti non possono essere condotti. Si tratta quindi di pazienti con molteplici fattori di rischio – come anche nel caso dello studio ASCOT – nella cui storia si trovano malattie cardiovascolari, oppure che sono molto anziani. Quasi tutte le nostre evidenze derivano infatti da pazienti avanti negli anni, così siamo costretti a estrapolare ai giovani

i risultati ottenuti negli anziani, non il contrario. Non esiste però alcuna prova che i vantaggi ottenibili nei cinque anni successivi da un settantenne posto in terapia antipertensiva siano gli stessi offerti a un quarantenne da un trattamento analogo, soprattutto in un arco di tempo più corrispondente alla sua aspettativa di vita.

Quali benefici potrà ottenere dalla prevenzione, nell'arco di 20-30 anni, un quarantenne affetto per esempio da un'ipertensione lieve? Può essere che in un paziente ad alto rischio, anziano e in cui sia già presente un danno d'organo non completamente reversibile, la più efficace – se non l'unica – opzione possibile sia il controllo della pressione arteriosa. Qual è invece la prevenzione più efficace per il paziente di mezza età o giovane? L'obiettivo, in questo caso, non è evidentemente quello di impedirgli di avere un infarto nei tre anni successivi, perché in un paziente di 40 anni tale evento sarebbe comunque estremamente raro, bensì impedirgli di andare incontro a un lento accrescimento del danno d'organo, che emergerebbe sotto forma di evento clinico venti o anche trent'anni dopo. Trattare i pazienti più giovani ha quindi come scopo non tanto prevenire un evento a breve termine, quanto piuttosto bloccare l'evoluzione del danno d'organo e ridurre così il rischio cardiovascolare totale.

Ebbene, esaminando gli studi clinici sulla prevenzione del danno d'organo e sul profilo di rischio cardiovascolare, le differenze tra farmaci sono chiarissime. I calcio-antagonisti, gli ACE-inibitori e gli antagonisti dell'angiotensina-II sono ben più efficaci dei beta-bloccanti e dei diuretici nel favorire il regresso dell'ipertrofia ventricolare sinistra. I calcio-antagonisti manifestano inoltre un'intensa attività anti-aterogena, cioè nel rallentare l'evoluzione della placca aterosclerotica, che a sua volta è la base anatomo-patologica della maggior

parte delle malattie cardiovascolari associate all'ipertensione arteriosa. Più in generale, si può affermare che il profilo di rischio cardiovascolare è molto meglio controllato dai "nuovi" farmaci rispetto a quelli "convenzionali": basti pensare che i diuretici e i beta-bloccanti hanno un effetto dislipidemico e – negli ultimi tempi se n'è parlato e scritto moltissimo – soprattutto diabetogeno. Quest'ultimo dato è stato confermato anche dallo studio ASCOT, in cui i pazienti assegnati al gruppo atenololo/bendroflumetiazide hanno avuto un'incidenza di nuovo diabete superiore del 30 per cento rispetto a quella registrata nel gruppo amlodipina/perindopril. Questo "nuovo diabete" non è un incremento "cosmetico" della glicemia bensì un diabete a tutti gli effetti, perché se questi pazienti vengono seguiti a lungo, manifestano un incremento del rischio cardiovascolare. E' quindi evidente che se la terapia antipertensiva riduce a un 40-50enne la pressione arteriosa ma gli aumenta la glicemia fino a farlo diventare francamente diabetico, il bilancio tra rischi e benefici può diventare addirittura negativo, perché l'aumento del rischio cardiovascolare dovuto dall'iper-glicemia può essere superiore alla sua riduzione ottenuta grazie al calo dei valori pressori. Ecco perché le Linee guida europee insistono tanto sul fatto che l'obiettivo terapeutico deve essere la riduzione del rischio, che molte volte può identificarsi con il calo della pressione, mai però al prezzo di effetti negativi su altri fattori di rischio cardiovascolare. Non si può accettare una strategia terapeutica che tolga con una mano ciò che ha dato con l'altra, in particolare se il paziente ha un'aspettativa di vita di trent'anni o più ancora.

* *Ordinario di Clinica medica – Direttore del Centro interuniversitario di Fisiologia clinica e Ipertensione – Università di Milano-Bicocca.*

MASTER

BIOTERAPIE
NEI DISTURBI
PSICHICI
MINORIRoma
16 Gennaio

Master sul contributo delle Medicine non convenzionali al trattamento dei più comuni disagi emotivi: ansia, insonnia, depressione reattiva, fobie, nevrosi, somatizzazioni, disturbi del carattere e del comportamento alimentare e sessuale. In fase di accreditamento ECM. Per informazioni: Società Italiana di Psichiatria Olistica.

Tel. 051.44.10.20.
Cell. 333.38.57.130
info.sipollibero.it

FLORITERAPIA
CLINICABologna
22 Gennaio

Master sull'insegnamento tradizionale della Floriterapia di Bach, impartito dal Mentore della Fondazione Bach Inglese, integrato dai moderni contributi della ricerca scientifica. Per informazioni: Società Italiana di Floriterapia:

Tel. 051.44.10.20.
Cell. 333.38.57.130.
info.sif@libero.it

Ricordo di Giuseppe Carrozza

Onore ad un patologo
gentiluomo

di Antonino FERRARA

Il mercoledì 14 settembre u.s. ricorrendo il trigésimo della prematura scomparsa del Prof. Giuseppe Carrozza, ordinario di Anatomia e Istologia patologica: della nostra Università, si è svolta nella Basilica Cattedrale un solenne rito religioso, inteso a riportare all'attenzione di un nutrito stuolo di parenti, colleghi, amici ed estimatori, la nobile figura di un uomo di scienza che ha saputo essere, lungo tutta la sua esistenza, testimonianza ed esempio di saggio esercizio delle proprie funzioni di

docente e di guida alla maturazione tecnico-professionale dei suoi allievi, nonché nell'esercizio, estremamente corretto, degli incarichi amministrativi a lui di volta in volta affidati.

Il tumultuoso evolvere dei tragici eventi che portarono alla morte dell'illustre e caro docente, nella singolare coincidenza con lo svolgimento della più sentita e celebrata manifestazione religiosa della città, non consente allora di soffermarsi sui sentimenti veri e sentiti che l'evento avrebbe dovuto scatenare.

Il procedere del tempo ed il progressivo sgretolamento della sorpresa, porta sempre - è vero - alla inaccettabilità totale della tragedia, ma, al contempo, ad una analisi impietosa di quanto ci viene oggi a mancare, a seguito della scomparsa del protagonista, quali erano le doti, e la qualità di esse, che avevano reso quasi indispensabile e quali di quelle caratteristiche, che un giudizio superficiale poteva far criticare, andavano diversamente lette ed interpretate, a suo vantaggio.

Si diceva allora che fosse troppo taciturno e silenzioso, ma si deve riconoscere oggi che dietro questa ritrosia al dialogo non si nascondeva mai trascuratezza o disinteresse, anzi era sempre informatissimo ed atten-

to alle vicende che si sviluppavano attorno a noi ed era la sua saggezza innata, la serietà ineguagliabile, il senso di responsabilità a consigliargli il riserbo, la rinuncia al chiacchiericcio inutile e spesso dannoso, affidando alla lealtà del suo comportamento, ogni giudizio finale.

Persona "umile" lo ha definito, l'accorato Necrologio dei familiari, e non

è certamente qualcosa che sminuisce la sua limpida personalità. L'umiltà è una virtù assai rara, in tempi di arrivismo e di prepotenze. Ma per Pino Carrozza associata, come fu sempre, alla bontà d'animo ed al desiderio d'aiutare il prossimo, era invece orgogliosa espressione di superiorità morale e d'afflato umanitario.

Non dimentichiamo che "Humilitas" fu il motto araldico dell'insigne famiglia lombarda dei Borromeo, cui appartennero, oltre a S. Carlo, insigni prelati, benefattori illuminati, nonché cultori delle Arti e delle Scienze Naturali. Il Collegio Borromeo di Pavia e la Biblioteca Ambrosiana, ma anche i tesori delle isole Borromeo sul Lago Maggiore, furono le loro ricchezze.

Pino Carrozza appartiene ad una grande Famiglia, di antico prestigio, di proprietari terrieri e di professionisti, nei quali l'umiltà si è sempre associata ad attività sociali, virtuose e caritative, con mentalità aperta a prestigiose realizzazioni. Sia onore alla Sua memoria.



Il prof. Pino Carrozza, in uno dei rari momenti di "Relax"

Addio Professore, ho il triste compito di dirLe addio e lo faccio a nome di tutti coloro che sono stati Suoi allievi nei lunghi anni della Sua attività professionale.

La mia memoria risale all'epoca in cui ho cominciato a frequentarla, poco prima dell'inizio degli

anni, innumerevoli sono state le volte in cui Lei ha manifestato in pubblico o a me, particolarmente privilegiato nel coglierle, emozioni e commozioni che c'erano e che Lei teneva nascoste, forse per pudore, nel profondo.

Imparammo da lei - nella vita di ogni giorno -

utile per fare imprimere in mente certe nozioni o certi segni. Fu per noi Maestro.

E fedele al dato obiettivo - che giustificava quasi sempre quello anamnastico - era il ragionamento clinico, la valutazione del dato di laboratorio, quindi

indicibile, con il quale era stato bello vivere e lavorare, senza conoscere mai stanchezza, era ormai scomparso per sempre.

A Lui Lei successe e con il trascorrere degli anni venne fuori, insieme alla Sua straordinaria cultura, la stessa delicatezza e il tratto umano con cui sapeva accostarsi agli ammalati, conscio che dietro il caso, interessante che fosse, vi era l'uomo, insegnandoci così, con gesti per Lei naturali, che l'arte medica è tale, solo se ispirata ai alti valori morali.

Di Lei si potrebbe dire quello che qualcuno ha scritto di altri: Ha saputo chinarsi sul malato per assisterlo, assistendolo, ha imparato; imparando ha insegnato".

In quella sede si manifestò pure la Sua grande capacità creativa. Realizzò, prima che altri ne avessero la più lontana idea, la prima Unità coronarica, divenuta realtà nel 1968; diede vita alla terapia intensiva; applicò il primo PM a Messina, avvenimento straordinario almeno in quell'epoca.

Per Suo merito chi Lei parla ha potuto conseguire la docenza universitaria e otto dei suoi allievi sono stati o sono all'apice della carriera ospedaliera ed è verosimile che pochi Primari - nessuno certamente a Messina - hanno potuto vantare una tale discendenza.

Innumerevoli sono state le fatiche, ma accanto a Lei noi tutti percepiamo la certezza che le umane fatiche sono un germe che si apre alla realtà beatificante del regno di Dio, dove oggi Lei è sicuramente accolto.

Addio Professore.

Commemorato il prof. Giovanbattista Perrone

Grande rigore professionale in mezzo secolo di attività

di Francesco BRIGUGLIO

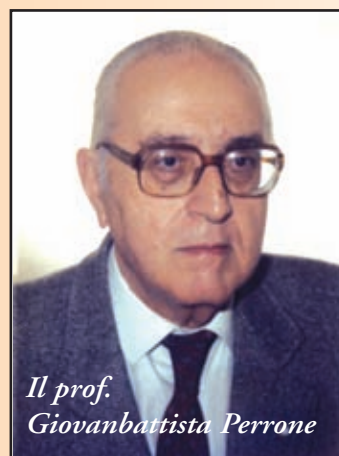
anni 50 quando, ancora studente, venni in Clinica Medica, dove Lei, già da alcuni anni laureato, prestava servizio. Quanti eravamo lì, vivemmo una stagione d'oro.

Lei mi insegnò - ed è quello che fece poi con quanti hanno avuto la fortuna di starle accanto - che al là da ogni altra considerazione, l'approccio al malato, da considerare un amico sofferente ed inviolabile, al quale si deve rispetto, comprensione ed aiuto, passava attraverso un rigore metodologico che non ammetteva e non ammette errori o deviazioni, e questo era il suo comportamento.

Ci colpiva il suo atteggiamento estremamente rigoroso, il suo aspetto severo, nonostante i giovani anni, la sua apparente diffidenza da tutto ciò che potesse distogliere dall'attività di studio, di ricerca, di lavoro, di assistenza, atteggiamento che l'ha sempre caratterizzato, che se poi, nell'arco di questi

a saperci avvicinare a chi sofferiva e a tenere in grande considerazione che, intanto gli saremmo stati di aiuto, se e in quanto avessimo rispettato le norme che dovevano caratterizzare la medicina: raccogliere con metodo e pazienza l'anamnesi, praticare un attento esame obiettivo, nel rispetto della semeiotica più elementare, un virtù della quale - lei diceva - ad onta di ogni progresso tecnologico, saremmo stati in grado di fare la giusta diagnosi, anche nelle più sperdute contrade, dove la tecnologia non ci soccorreva.

A tanto ci condusse con pazienza, ripetendo e tornando a ripetere, insistendo, appassionato ed appassionante, soddisfatto solo quando un dato obiettivo, un rumore patologico, un soffio, uno sfregamento l'aveva fatto acquisire a tutti, qualche volta un pò "cattivo", (detto tra virgolette), quanto ciò poteva tornare



Il prof.
Giovanbattista Perrone

la diagnosi e il conseguente atto terapeutico.

Sicché, non fu per noi, grazie a Lei, quel che è stato poi purtroppo per la gran parte dei così detti specialisti: l'orizzonte ristretto alla specialità, la Medicina Interna divenuta un inutile corpo dottrinale, il cui apprendimento necessario viene sostituito dalla "Consulenza" di un altro specialista, con una settorialità pertanto cui sfugge ogni possibilità di sintesi.

Con Lei avevamo vissuto gli anni affascinanti e stupendi di Enrico Trimarchi, quando lasciammo tutti insieme la Clinica e ci rifuggiammo in quel piccolo Ospedale S. Angelo, facendone un gioiello di assistenza e di studio, fino a quella terribile sera del 5 marzo del 1959 quando, dopo tre giorni ininterrotti di lotta accanita e rabbiosa contro la morte, dovemmo arrenderci, accettare con gli occhi pieni di lacrime che un Uomo, che avevamo amato con affetto filiale

La consulenza tecnica medico- legale d'ufficio: *aspetti di responsabilità professionale*

di Patrizia **GUALNIERA** e Claudio **CRINO**

Accade spesso nella prassi giudiziaria che il giudice, per decidere su controversie di varia natura, abbia la necessità di considerare e risolvere questioni tecniche che non sono alla portata delle sue cognizioni e che implicano così l'apporto di esperti, che sono tali per specifica preparazione culturale e per comprovata esperienza professionale.

Per casi siffatti, nel codice di procedura civile viene individuata la figura del consulente tecnico del giudice, secondo quanto previsto dall'art. 61, per il quale, quando è necessario, il giudice può farsi assistere, per il compimento di singoli atti o per tutto il processo, da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica.

Il secondo comma di detto articolo prevede inoltre che "la scelta dei consulenti deve essere normalmente fatta tra persone iscritte in albi speciali, formati a norma delle disposizioni di attuazione" allo stesso codice di rito.

L'art. 61 ammette quindi l'ausilio al giudice di persone con cui consultarsi o da cui trarre consigli, definite appunto consulenti, secondo derivazione etimologica latina: dal verbo *consulere*, cioè consultarsi, consigliare; persone che hanno così la funzione di suggerire al giudice la regola tecnica ignorata ma necessaria per l'apprezzamento o la valutazione di fatti di causa, indispensabili per una adeguata collocazione degli stessi *sub specie iuris*.

Quanto alla nomina del consulente tecnico, l'art. 191 dello stesso c.p.c. prevede che, nei casi in cui è necessario, il giudice proceda a tale incombenza con specifica ordinanza, fissando l'udienza alla quale il consulente designato dovrà comparire. Lo stesso articolo precisa poi che la nomina di più consulenti sia subordinata solo ai casi di grave necessità,

ovvero a quelli per i quali la legge lo dispone.

Da tale disposizione appare evidente che consulenze d'ufficio collegiali possono essere ammesse, a discrezione del giudice, solo ed in quanto esistono motivi di grave necessità, individuabile nelle situazioni in cui la soluzione tecnica del caso richiede professionalità diverse e non certamente anche in quelle che comportano una grande mole di lavoro. Grave necessità, quindi, che è strettamente connessa al rischio che la carenza di competenze specifiche plurisettoriali porti poi a sentenze inique, in quanto fondate su attività peritali erranee per carenze collegate alla non disponibilità nell'unico consulente di tutte le cognizioni tecnico-scientifiche di elevato livello, necessarie per una adeguata considerazione e soluzione di alcuni aspetti della vertenza.

Il giudice, tuttavia, specie nel settore medico-legale, spesso non è in grado di comprendere la necessità di conferire incarichi collegiali, ritenendo per lo più che la comune preparazione media del medico sia oltremodo sufficiente per una attività peritale adeguata e quindi per una compiuta e puntuale risposta ai quesiti. Come peraltro spesso ritiene che qualunque professionista d'area medica possa espletare incarichi peritali, pur in assenza di una specifica competenza medico-legale, indispensabile ad una corretta valutazione del nesso causale, ad una adeguata determinazione del danno alla persona in responsabilità civile, all'individuazione dell'errore colposo del medico, all'accertamento ed alla valutazione di infennità per le quali, secondo legge, possa ammettersi uno stato di invalidità pensionabile, etc.

Nella pratica, invece, si propongono non pochi casi in cui l'oggetto della consulenza prospetta la consi-

derazione e la soluzione di particolari problemi tecnici che richiedono l'apporto collegiale di altre professionalità mediche. In

casi siffatti è quantomai opportuno che sia lo stesso consulente d'ufficio designato, previo preliminare ed attento esame del caso proposto alla sua attenzione, ad evidenziare al giudice committente la necessità di un collegio peritale; essendo sconsigliabile, se non addirittura censurabile sotto il profilo deontologico, il doversi poi avvalere, facendoli propri, di pareri di ausiliari o collaboratori, ottenuti spesso in maniera informale; pareri che potrebbero essere compresi solo in parte, ovvero approssimativi e quindi poco affidabili, anche perché resi da professionisti non sottoposti al vincolo del giuramento, e peraltro nemmeno interpellabili dal giudice per fornire chiarimenti, eventualmente anche su sollecitazioni tecniche delle parti. Per questo aspetto, secondo la Suprema Corte, è proceduralmente ammissibile l'intervento di altri professionisti a collaborazione del c.t.u., ma tale intervento dovrebbe essere limitato all'esecuzione materiale delle indagini da effettuarsi, indagini che il consulente d'ufficio non è in grado di eseguire personalmente (y. ad esempio esami elettromiografici, prove vestibolari, indagini di diagnostica per immagini, etc.). E' tuttavia compito e dovere del consulente vagliare e controllare l'operato di tali suoi ausiliari, posto che di eventuali errori o inesattezze di questi ultimi trasfusi nella relazione peritale d'ufficio è proprio il consulente d'ufficio a dovere rispondere, sia in sede disciplinare che di risarcimento del danno. In altri termini, il consulente d'ufficio non può recepire acriticamente i risultati di indagini da lui commesse ad altri esperti, essendo suo preciso dovere avallarli dopo un attento esame delle indagini stesse.

Sarebbe così da ritenere gravemente negligente e come tale sanzio-

nabile il comportamento di quel consulente d'ufficio che, nel trasferire nella sua relazione peritale il reperto di un esame radiografico commesso ad altro professionista, non provvedesse a verificare eventuali patologie non descritte nel reperto medesimo; ovvero non procedesse ad un accurato esame delle immagini radiologiche finalizzato a verificare se una eventuale riduzione della lordosi cervicale, che dovrebbe confermare la realtà di una contrattura muscolare antalgica, non fosse piuttosto da attribuire ad un atteggiamento incongruo dell'esaminando al momento di esecuzione dell'indagine; come gravemente negligente dovrebbe considerarsi quel consulente che non si curasse di riscontrare dalle relative immagini se un reperto radiografico, che si limiti ad una esclusione di lesioni traumatiche, abbia omesso di segnalare la presenza di una patologia artrosica preesistente, responsabile di manifestazioni dolorose e disfunzionali che il danneggiato attribuisce ad un evento traumatico subito nei fatti per cui è causa; ovvero se non provvedesse tale consulente (tramite adeguato esame dei radiogrammi) a verificare se una riduzione in altezza di un corpo vertebrale, oggetto di reperto radiografico con giudizio diagnostico di frattura, non fosse piuttosto da attribuire ad un crollo vertebrale osteoporotico; ovvero ed ancora se un reperto di esame TC o RMN, con ammissione di lesioni o conseguenze lesive traumatiche, non fosse piuttosto da attribuire ad artefatti tecnici, o ad interpretazioni inesatte o compiacenti di chi hamaterialmente eseguito l'esame; e così via dicendo.

L'ammissibilità procedurale di indagini diagnostiche effettuate da ausiliari e collaboratori non può comunque significare che tali figure di professionisti possano essere chiamate a valutazioni che sono invece di esclusiva pertinenza del consulente d'ufficio. Per questo aspetto, le regole procedurali escludono che il consulente del giudice possa fare proprie valutazioni di altri su questioni che sono demandate esclusivamente al suo giudizio, alla sua personale responsabilità, al suo diretto convincimento, quali, ad esempio, la valutazione dell'errore medico, dell'enti-

tà di eventuali postumi invalidanti, della qualificazione di sussistente danno lavorativo-reddituale, del grado invalidante di menomazioni da infortunio sul lavoro, e così via. Non si vedrebbe altrimenti in che cosa potrebbe consistere l'attività professionale intellettuale del professionista designato dal giudice, né a che titolo allo stesso dovrebbe essere corrisposto un onorario.

Devo aggiungere che il ricorso ad indagini diagnostiche fatte eseguire nel contesto dell'indagine peritale d'ufficio presso la struttura sanitaria pubblica, nell'ambito quindi delle prestazioni del servizio sanitario nazionale, dovrebbe essere nei limiti del possibile evitato. Ed infatti, a parte le finalità del servizio sanitario pubblico che non sono certamente quelle diagnostiche giudiziarie e la metodologia di esecuzione delle indagini stesse, prettamente clinica e come tale non sempre caratterizzata dal necessario rigore che un esame a fini giudiziari tassativamente richiede, non v'è dubbio che graverebbero sulla sanità pubblica, nei casi di esenzione parziale o totale, costi chedi fatto dovrebbero essere posti a carico della parte soccombente in giudizio e non certamente sui fondi dell'ente previdenziale, che sono patrimonio pubblico in quanto derivanti dalle contribuzioni dei vari cittadini assicurati e quindi da destinare esclusivamente a finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei cittadini ammalati. E d'altra parte non si comprende quale significato potrebbe avere l'acconto previsto dal giudice a favore del consulente, se non quello di far fronte alle spese che devono essere sostenute dal consulente stesso e quindi anche quelle relative al costo di indagini diagnostiche necessarie all'espletamento dell'incarico peritale; indagini che si presumono così affidate dal consulente a professionisti di sua fiducia, nel contesto di prestazioni professionali di tipo privatistico.

Tutto quanto sopra dimostra non solo la necessità di una particolare avvedutezza del consulente d'ufficio nell'affidare indagini diagnostiche a collaboratori e nel verificarne l'attendibilità, ma anche l'opportunità che lo stesso consulente, nei casi in cui si profilano apprezzamenti e valutazio-

ni che richiedono specifica competenza specialistica di cui il consulente medesimo non dispone, provveda a comunicare al giudice la necessità di acquisire tale competenza mediante incarico collegiale.

Come già detto, l'art. 61 del c.p.c. prevede che i consulenti del giudice debbanopossedere particolare competenza tecnica ed al contempo essere iscritti in un albo, formato a norma delle disposizioni di attuazione dello stesso c.p.c.. L'art. 13 di talidisposizioni attuative prevede che presso ogni tribunale sia istituito un albo dei consulenti tecnici. Tale albo, ai sensi del successivo an. 14, è tenuto dal presidente del tribunale ed è formato da un comitato da lui presieduto e composto dal procuratore dellarepubblica e da un professionista designato dal consiglio dell'ordine professionale cui appartiene il richiedente l'iscrizione. Per quest'ultima, secondo quanto previsto dall'art.15 delle medesime disposizioni attuative, sono richieste, oltre all'iscrizione all'associazione professionale ed alla condotta morale "specchiata", anche una speciale competenza tecnica in una determinata materia. La valutazione di tali requisiti necessari per l'iscrizione è competenza da comitato suddetto.

Le predette disposizioni dimostrano come la funzione dell'albo dovrebbe essere quella di garantire un corretto svolgimento della funzione giudiziaria, in quanto l'inclusione nell'albo stesso dovrebbe rappresentare il modo più efficace per assicurare alla giustizia il contributo di professionisti non solo di elevata qualità morale, ma anche dotati della migliore preparazione tecnica possibile.

Per questo aspetto, può tuttavia accadere che vengano iscritti all'alboprofessionisti che non danno sufficienti garanzie di speciale competenza tecnica, considerato che alcuni comitati, nel valutare le domande di iscrizione, non esigono la dimostrazione attraverso la produzione di titoli della richiesta particolare competenza, essendo in tali casi sufficiente per l'iscrizione l'esclusione di precedenti penali e la sola abilitazione all'esercizio professionale, come se quest'ultima rappresentasse di presunzione la dimostrazione di

quella elevata preparazione tecnica voluta dalla legge; abilitazione che si consegue normalmente subito dopo la laurea, sicché nulla vieta che l'iscrizione possa avvenire anche senza un adeguato periodo di esperienza professionale.

Deve altresì evidenziarsi che la scelta del consulente potrebbe ricadere anche supprofessionista non iscritto all'albo, prevedendo il predetto art. 61 del c.p.c. e le disposizioni attuative predette con l'art. 22, che gli incarichi di consulenza d'ufficio debbano affidarsi "normalmente", quindi non tassativamente, ad un professionista iscritto; pur se poi la designazione di non iscritti o di iscritti in albi di altri distretti implica per il giudice l'obbligo di sentire il presidente del tribunale e di evidenziare, nell'ordinanza di nomina i motivi per i quali la scelta è ricaduta su un professionista non ricompreso nell'albo.

Queste ultime disposizioni sono state ritenute dalla Suprema Corte ed in più di una circostanza non cogenti, per cui l'inosservanza delle stesse non è produttiva né di nullità, né è censurabile in sede di legittimità; dovendosi così ritenere che la Corte abbia ritenuto prevalente l'autonomia e l'indipendenza del giudice nella scelta del suo consulente. Sicché, in definitiva, il giudice può nominare consulente qualunque professionista ritenga; pur se poi dovrebbe essere del tutto ovvio l'interesse del giudice stesso a designare una persona assai competente ed esperta.

E' demandata al presidente del tribunale la promozione di eventuali procedimenti disciplinari nei confronti degli iscritti all'albo, quando - secondo disposizione degli artt. 19 e 20, delle disposizioni d'attuazione del c.p.c. - tali iscritti non abbiano tenuto o mantenuto "una condotta morale specchiata", ovvero quando non abbiano "ottemperato agli obblighi derivanti dagli incarichi ricevuti". Per tali comportamenti sono previste sanzioni che vanno dall'avvertimento, alla sospensione dall'albo fino ad un anno, alla definitiva cancellazione dall'albo stesso. Quanto alla condotta morale "non specchiata", si tratta di quella condotta che è chiaramente dimostrativa di propensione alla violazione della

legalità e di mancanza di senso morale; non sarebbero da considerare motivi di condotta non specchiata alcuni delitti colposi (ad esempio la lesione colposa da incidente stradale) ed alcune contravvenzioni obblabili.

Nel contesto dell'inottemperanza degli obblighi derivanti dall'incarico, e quindi anche dell'impegno a bene e fedelmente adempiere le funzioni affidate al solo scopo di far conoscere ai giudici la verità - secondo giuramento previsto dall'an. 193 del c.p.c. - si annoverano più di frequenti comportamenti che derivano da inadeguata applicazione delle regole procedurali da seguire durante l'espletamento dell'indagine tecnica d'ufficio, per negligenza o per ignoranza delle regole stesse: assenza colposa del consulente all'udienza fissata per l'assunzione dell'incarico; ritardo ingiustificato nel deposito della relazione, in assenza di proroga concessa dal giudice; operatività che determina nullità procedurale, quali il mancato avviso alle parti dell'inizio o della prosecuzione delle indagini peritali, ovvero la acquisizione e la considerazione di documentazione prodotta dalle parti nel corso dell'indagine tecnica e quindi oltre i termini ritualmente previsti. Rientrano poi nell'inottemperanza degli obblighi assunti l'insufficienza della relazione peritale ed i gravi errori di valutazione, nonché le attività di cosiddetta mediazione impropria da parte del consulente.

Quest'ultima consiste nella formulazione di valutazioni peritali intermedie fra le posizioni delle parti in causa, tali da non scontentare totalmente gli interessi delle parti stesse. Mediazioni siffatte ricorrono non raramente nelle consulenze medico-legali, specie nell'ambito della valutazione del danno alla persona in responsabilità civile; nelle quali consulenze vengono operate valutazioni di invalidità temporanea e/o permanente rese al giudice in misura intermedia rispetto alle richieste formulate dalle parti. Può accadere poi di osservare che talora è addirittura lo stesso consulente a sollecitare le parti a convenire su valori intermedi; e ciò anche al fine di evitare fastidiose deduzioni tecniche avanzate dalla parte totalmente scontenta.

Comportamenti siffatti del con-

sulente d'ufficio sono assolutamente censurabili e quindi da evitare accuratamente: sia perché inducono le parti alla produzione di consulenze - anch'esse censurabili - con rilevanti sovrastime e sottostime del danno; sia perché rappresentano infedele adempimento dell'incarico, motivo di responsabilità disciplinare; sia, infine, per il fatto che la evidenziazione cosciente e volontaria al giudice di valutazioni siffatte di tipo intermedio e quindi non conformi al vero, trovano tutti gli effetti collocazione nell'ambito della previsione delittuosa di falsa perizia o interpretazione, pesantemente sanzionata dal codice penale con specifica norma dell'art. 273 (v. oltre). Senza contare poi che tali comportamenti troverebbero motivo di sanzione disciplinare anche da parte dell'ordine professionale d'appartenenza, ed in particolare, per i professionisti d'area medica, per inosservanza della norma di cui all'an. 64 del codice deontologico, ove è previsto fra l'altro l'obbligo di attività medico-legali che soddisfino le esigenze giuridiche, nel rispetto della verità scientifica e dei diritti della persona.

Ma, a parte le predette sanzioni disciplinari, deve evidenziarsi che nei confronti del consulente d'ufficio possono configurarsi ipotesi di responsabilità penale e civile, ai sensi dell'art. 64 del c.p.c..

Tale articolo prevede, al primo comma, che al consulente tecnico si applicano le disposizioni e quindi le sanzioni previste dal codice penale relative ai periti, con particolare riferimento, quindi, ai delitti di: rifiuto di uffici legalmente dovuti (art. 366 c.p., con sanzione di reclusione fino a sei mesi o con multa da 30 a 516 euro), nel caso in cui il professionista nominato consulente, anche se non iscritto all'albo, ottenesse con mezzi fraudolenti l'esenzione dall'obbligo di comparire o di prestare il suo ufficio ovvero di prestare il giuramento richiesto, ovvero ancora di adempiere le funzioni peritali; di falsa perizia o interpretazione (art. 373 c.p., con sanzione di reclusione da due a sei anni), ove il consulente rendesse al giudice pareri o interpretazioni mendaci, ovvero affermasse fatti non conformi al vero; di frode processuale (art. 374 c.p., con sanzione di reclusione da sei mesi a tre anni), nelle

ipotesi in cui il consulente stesso, al fine di trarre in inganno il giudice, mutasse artificialmente lo stato dei luoghi, delle cose o delle persone.

Tutte le predette ipotesi delittuose sono sanzionate dalla legge solo se commesse con dolo, dovendosi escludere la punibilità se conseguenti a comportamenti colposi.

Questi ultimi, tuttavia, trovano motivo di sanzione penale, sia pure a titolo contravvenzionale, nel secondo comma del predetto art. 64 del c.p.c., nel quale è prevista di arresto fino ad un anno o di ammenda fino ad euro 10.329, oltre che, nei casi più gravi, della pena accessoria della sospensione dall'esercizio della professione odell'arte, per quel consulente d'ufficio che nell'espletamento degli atti che gli sono richiesti incorra in colpa grave.

Per tale previsione dell'art. 64, ben potrebbero essere assoggettati alle predette sanzioni quei consulenti che abbiano espresso valutazioni erronee o difformi dal vero, per attività espletata con gravi imperizia, imprudenza e negligenza; ovvero quei consulenti che abbiano dimostrato grave trascuratezza, depositando con notevole ritardo l'elaborato peritale, o non rispondendo ai chiarimenti richiesti dal giudice, ovvero ancora fornendo chiarimenti incompleti, gravemente carenti di motivazioni tecniche, di difficile compren-

sione, o, peggio ancora, ribadendo con tali chiarimenti valutazioni francamente erronee già espresse, pur a fronte di evidenze tecniche suggerite dalle parti, dimostrative dell'errore espresso con tali precedenti valutazioni.

Per non incorrere in una o più responsabilità cui in precedenza accennato, è del tutto ovvio che l'indagine espletata dal consulente d'ufficio debba essere conforme, oltre che alle disposizioni del codice di rito, anche alla metodologia medico-legale, che è quella del rigore oggettivo, sia negli aspetti di stretta pertinenza diagnostica, sia per quanto riguarda la determinazione del nesso causale e la valutazione quantitativa e qualitativa del danno, sia per la collocazione di quest'ultimo sub specie iuris.

Ne deriva che nessun professionista dovrebbe cimentarsi in attività peritali, specie d'ufficio, senza il possesso di una adeguata e maturata competenza medico-legale e senza la consapevolezza delle implicazioni del suo giudizio sul piano processuale. Ed al riguardo giova qui ricordare che lo stesso codice deontologico della categoria dei medici e degli odontoiatri, con già citata disposizione dell'art. 64 in tema di compiti e funzioni medico-legali, dispone che il professionista, chiamato ad espletare attività medico-legali, deve possedere consapevolezza delle gravi

implicazioni penali, civili amministrative ed assicurative collegate a tali funzioni, le quali devono essere espletate sul piano tecnico in modo da soddisfare le esigenze giuridiche, nel rispetto della verità scientifica e dei diritti della persona. Nessuna indulgenza quindi nel regolamento professionale nei confronti dei professionisti che espletano tali funzioni in maniera inadeguata; come nessuna indulgenza dovrebbe avere il giudice, escludendo e sanzionando quei professionisti che dovessero dimostrarsi manifestamente incapaci.

Nell'espletamento dell'incarico affidatogli è essenziale, infine, che il consulente d'ufficio assuma un comportamento che sia corretto sotto il profilo deontologico, non solo nei confronti dei legali e dei consulenti delle parti, ma anche nei riguardi dell'esaminando. In proposito è bene che tale professionista non perda mai di vista di essere un medico e come tale soggetto alle disposizioni del codice deontologico, che impone, all'art. 1, comportamenti che siano consoni al decoro ed alla dignità della professione. Da qui la necessità che qualunque rapporto con tali figure di professioniste con l'esaminando stesso sia improntato a cortesia, affabilità e disponibilità, pur nei limiti delle possibilità consentite dalle disposizioni procedurali.

Specializzandi diritto a un'adeguata remunerazione *due sentenze a confronto*

di Francesca DE DOMENICO

In particolare una sentenza del Tribunale di Roma, che nello scorso luglio ha fatto esultare numerosi interessati, ed altra del tribunale di Messina; entrambe attraverso diversa motivazione hanno riconosciuto il diritto degli specializzandi degli anni 83/91 ad una adeguata retribuzione ed al risarcimento dei danni.

Della questione nel corso dei lunghi anni si sono interessati vari tribunali siano essi amministrativi che ordinari affrontando ciascuno la problematica in modo diverso prospettando nel contempo soluzioni diverse e contraddittorie.

Soltanto l'intervento della Corte di Cassazione ha risolto il problema della giurisdizione, della legittimazione passiva e del diritto soggettivo in capo ai richiedenti.

Si ricorderà come i tribunali ordinari avevano rigettato le domande

-In favore della giurisdizione esclusiva dei tribunali amministrativi, - sul presupposto che legittimato passivo fosse lo Stato Italiano e non anche i ministeri convenuti -sull'erronea qualificazione che il diritto vantato fosse interesse legittimo e non anche diritto soggettivo - sulla natura non incondizionata e sufficientemente precisa delle direttive invocate.



Certamente si è trattato e trattasi di materia particolarmente complessa, che attraverso contrasti giurisprudenziali via via negli anni e con non poche difficoltà interpretative sembra pervenire a soluzioni se non unitarie almeno convergenti.

Il Tribunale di Roma sul presupposto che la violazione degli obblighi comunitari da parte dello Stato Italiano trova riscontro nella inutile scadenza del termine ultimo (31.12.82) e nella mancata allegazione di circostanze impeditive o di altre ragioni giustificative del ritardo, non essendosi lo Stato avvalso della deroga eccezionale dell'art.3 dir.75/363. ha ritenuto infondata la domanda di risarcimento dei danni da responsabilità aquiliana per violazione di obblighi comunitari riportata al mancato riconoscimento della retribuzione posto che la sola azione esperibile è quella contrattuale fondata sulla richiesta di pagamento della remunerazione.

Secondo il giudice, la possibilità di immediata applicazione della

direttiva, con conseguente esperibilità dell'azione contrattuale, riguarda soltanto il diritto a conseguire la remunerazione, mentre per le altre utilità che la direttiva prevedeva (punteggi per partecipare a pubblici concorsi, diritto allo stabilimento in altro Stato della comunità in base all'equipollenza del titolo professionale) nessuna interpretazione adeguatrice può valere ad attribuire quanto richiesto e la sola tutela riconosciuta può essere soltanto quella risarcitoria sempre che venga fornita rigorosa prova dello svolgimento dei corsi di formazione specialistica nel rispetto delle condizioni stabilite dalle norme comunitarie e che il loro titolo sia stato valutato dalle commissioni di concorso in modo diverso e deteriore.

Pertanto secondo il Tribunale di Roma può trovare tutela soltanto l'azione di responsabilità contrattuale e quindi il diritto al pagamento della giusta remunerazione mentre in relazione alla domanda risarcitoria essa è soggetta a prova rigorosa circa il danno subito.

Nulla motiva in relazione alla eccezione di prescrizione rigettandola de plano stante che la difesa erariale si era limitata a dedurre che l'iniziativa giudiziale era soggetta a precisi termini di prescrizione senza meglio specificare quale prescrizione doveva essere applicata nella fattispecie. Al contrario secondo il Tribunale di Messina sussiste la giurisdizione del G.O. quantomeno sotto il profilo del risarcimento del danno, osservando che la

Corte di Giustizia ha affermato che il Giudice nazionale è tenuto ad interpretare le disposizioni del diritto nazionale, precedenti o successive ad una direttiva, quanto più possibile alla luce della lettera e dello scopo della direttiva stessa e che nel caso in cui il risultato prescritto dalla direttiva inattuata non possa essere conseguito gli stati membri hanno l'obbligo di risarcire i danni e tale diritto va riconosciuto tanto se l'interesse leso sia qualificabile come interesse legittimo tanto come diritto soggettivo.

Il Giudicante ha evidenziato che l'azione esperibile è quella del risarcimento dei danni e non anche il pagamento di adeguata remunerazione ed il danno è in re ipsa senza alcuna ulteriore prova trovando la sua genesi nell'inadempimento dello Stato Italiano, che con la normativa nazionale ha disatteso quella comunitaria.

Lo stesso tribunale ha rigettato l'eccezione di prescrizione avanzata dalla difesa dello Stato motivandola nel senso che il danno derivato consegue ad un comportamento omissivo protratto nel tempo tale da costituire un illecito permanente.

Invero secondo il giudice " Lo Stato Italiano, pur obbligato all'adeguamento nei termini temporali, non ha ancora realizzato per una determinata fascia di medici (gli specializzandi che hanno frequentato le scuole dall'anno 1983 al 1991) il perdurare del comportamento omissivo produce una violazione ininterrotta del diritto altrui, e perciò, un danno

permanente, con il conseguente decorso del termine di prescrizione dal momento dell'esaurirsi della permanenza cioè dal momento in cui cessa il protrarsi della condotta volontaria che determina tale situazione lesiva."

Pertanto anche a considerare una prescrizione quinquennale decorrente dal momento in cui il diritto può farsi valere. Ritenuto che lo Stato Italiano con il Decreto 370/99 ha esercitato la sua discrezionalità definendo la portata del diritto al risarcimento del danno lo stesso risulta adottabile per la liquidazione equitativa anche in data successiva e per tutti gli altri soggetti che versano nelle stesse condizioni di quelli beneficiati dalla norma ed avanzano la relativa pretesa.

Il contrasto nella motivazione di entrambe le sentenze è evidente laddove l'una riconosce il diritto alla retribuzione in forza di responsabilità contrattuale dello Stato Italiano l'altra il diritto al risarcimento del danno per responsabilità extracontrattuale nella misura di cui al decreto 370/99.

La complessità giuridica della materia e l'evoluzione giurisprudenziale ed altro auspicabile intervento della Corte di Cassazione fugherebbe sicuramente gli ulteriori dubbi interpretativi della norma nazionale e comunitaria.

Sembra comunque che il Giudice ordinario sia orientato al riconoscimento di un adeguato compenso in favore dei medici anche se con motivazioni affatto diverse.

Si è tenuto a Messina, nella Sala Conferenza dell'Istituto Teologico S. Tommaso, il simposio "Bioterrorismo: aspetti religiosi e scientifici" in ambito Biosciences and Religion Network. Relatorie dr. Angelo Petrunaro: La problematica scientifica e medica del bioterrorismo; prof Giuseppe Savagnone: Il bioterrorismo, dimensioni etiche e religiose; prof. ssa Giusi Furnari Luvarà: Dinamiche contemporanee di guerra e utopie della



Bioterrorismo aspetti religiosi e scientifici

di Angelo PETRUNARO

pace. Moderatore il prof. Giuseppe Lamonica.

Dopo il saluto del presidente B.R.N., prof. Giovanni Russo, il dott. Angelo Petrunaro, ufficiale qualificato alla difesa N.B.C., ha illustrato gli aspetti scientifici e medici del bioterrorismo facendoli precedere da un excursus storico sull'uso delle armi di distruzione di massa a partire dagli Assiri che già nel primo millennio A.C. erano soliti utilizzare zolfo durante le Campagne di guerra. Per arrivare al 1945 quando, fra il 13 e il 14 Febbraio, vennero sganciate sulla città di Dresda enormi quantità di bombe al fosforo. La città che era indifesa e rifugio di profughi provenienti da est per via dell'arrivo dei Russi, bruciò per una settimana e non si è potuto quantizzare i morti, ma si parla di un milione.

In tempi recenti, dopo il bando internazionale sulle armi batteriologiche vi fu una sconvolgente scoperta di massicce scorte di batteri e virus tuttora letali nascoste su di un'isola nel Mare di Aral dalle autorità sovietiche.

Le armi biologiche sono tutte le operazioni belliche condotte con aggressivi biologici al fine di ridurre le capacità operative del nemico mediante l'insorgenza di malattie. Gli aggressivi biologici sono batteri, virus e tossine prodotte da questi. Le tossine sono in genere più letali e ad azione più rapida, in grado di pro-



vocare la morte nell'arco di poche ore se non addirittura di minuti.

Virus e batteri richiedono invece un periodo di incubazione da il giorno a 6 settimane prima della comparsa dei sintomi. Le patologie utilizzabili per condurre attacchi di guerra batteriologica sono 6:- Antrace (*Bacillus anthracis*): batterio;

- Vaiolo (*Vaiola major*): virus; - Peste (*Yersinia pestis*): batterio; - Botulismo (*Clostridium botulinum*): batterio; - Febbri emorragiche (*Viral hemorrhagic fevers*): Vhf, - Tularemia (*Francisella tularensis*): coccobacillo gram negativo. Anche l'uso di armi chimiche si può trasformare in bioterrorismo, come avvenne durante la 2° Guerra Mondiale, quando, nella notte tra il 2 e 3 Dicembre 1943, nel porto di Bari, navi americane agli ormeggi, erano cariche di iprite che provocò non solo centinaia di morti una volta fuoriuscita sotto bombardamento tedesco, ma anche numerosi feriti.

Nell'ospedale dove vennero portati i feriti, un medico, che aveva combattuto nella Grande Guerra, subodorando l'odore di mostarda tipico dell' iprite, chiese agli Americani di che cosa si trattasse e loro negarono l'uso di gas tossici.

Solo di recente, tolto il segreto militare si è potuto giungere alla verità.

Le malattie provocate da quel gas si riscontrano ancor oggi tra i pescatori di quella zona dell'Adriatico.

Il prof. Savagnone ha messo in evidenza come il terrorismo, di qualsiasi natura sia, è lo sconvolgimento di quelle regole che perfino la guerra e la guerriglia hanno. Sconvolgimento da cui deriva la sua imprevedibilità temporale e spaziale e nonché la sua carica di paura, che da sola può scatenare un'infinità di disagi non solo individuali ma anche sociali. Ha concluso la professoressa Luvarà soffermandosi su concetti filosofici del dinamismo contemporaneo della guerra e sull'altrettanto dinamica visione odierna della pace che oscilla tra pacifismo di contrapposizione e quindi di facciata e bisogno interiore solo velati di utopia.

Il Carcinoma midollare *della tiroide*

Diagnostica e timing del trattamento

di Rosario URZÌ

Dinostica e timing del trattamento. -Tra le patologie tiroidee, il carcinoma midollare è una delle più severe e di notevole impatto socio-sanitario. Da qui l'importanza del tema sulla neoplasia tiroidea, esteso alla "diagnostica e timing del trattamento" che è stato ampiamente dissertato durante il "Corso internazionale di aggiornamento" tenutosi al Policlinico universitario di Messina ed organizzato dalla cattedra di chirurgia generale ad indirizzo endocrino diretta dal prof. Giovanni Sturniolo in collaborazione con la Fondazione Bonino-Pulejo, con l'Università di Barcellona (Spagna) e con la cattedra di endocrinologia dell'Ateneo di Messina. La Commissione nazionale per l'educazione continua che in Medicina ha accreditato l'evento con cinque crediti formativi. Nell'allocuzione inaugurale il prof. Giovanni Sturniolo dopo aver porto il saluto agli illustri ospiti iberici e al "maestro" Ubaldo Brancato, emerito di clinica chirurgica, ha sottolineato come l'epidemiologia, la diagnostica e la chirurgia del carcinoma midollare della tiroide siano argomenti di grande interesse scientifico, e come questo meeting internazionale costituisca "una preziosa occasione di confronto fra l'esperienza maturata dalla nostra équipe a Messina su oltre millecinquecento interventi di tiroidectomia e quella dei più famosi centri di endocrinocirurgia spagnoli". Non c'è progresso senza continuo aggiornamento, senza confronto pluridisciplinare, senza circolazione

di idee.

Ed il "corso internazionale di aggiornamento" ha suggellato come hanno poi detto il direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera universitaria Giovanni Materia, il preside della facoltà di Medicina Emanuele Scribano e l'endocrinologo Francesco Trimarchi la "vocazione" della cattedra di endocrinologia e segnatamente di chirurgia generale dell'Ateneo peloritano diretta dal prof. Giovanni Sturniolo a perfezionare la formazione e la specializzazione della propria équipe con frequenti seminari, simposi nazionali e internazionali, come questo, al quale hanno aderito numerosi chirurghi ed endocrinologi, i quali hanno concordemente affermato nei loro interventi come "oggi si possano ottenere ottimi risultati clinici e prognostici con la terapia chirurgica dei carcinomi tiroidei, mediante interventi di tiroidectomia radicale allargata, e, in presenza di metastasi, con interventi di linfadenectomia del collo e del mediastino, adjuvati dalla terapia radiante radiometabolica, in radiofrequenza per la ricerca di piccolissime metastasi occulte. In particolare l'endocrinologo Trimarchi ha sottolineato l'importanza del "Registro siciliano tumori tiroidei", il primo in Italia, e che annota il numero dei casi diagnosiati e curati negli ultimi due anni nella nostra Regione (no 22) di cui sei a Messina. Il gozzo - ha affermato il prof. Sturniolo - "è malattia endemica soprattutto nella popolazione siculo-calabra (8%) dovuta a cause ambientali (carenza iodica nell'acqua) o di tipo genetico. Proprio per questa grande



frequenza si calcola che è affetto da carcinoma tiroideo il 12% dei pazienti con gozzo". L'argomento odierno sul carcinoma midollare della tiroide è molto interessante, in quanto rispetto agli altri carcinomi tiroidei è ad alta malignità e con precoci metastasi, per fortuna è forma molto rara". Il suo trattamento presuppone una diagnosi assai precoce e la massima radicalità chirurgica, estesa non solo a tutta la ghiandola tiroidea, ma anche alle stazioni linfoghiandolari del collo. Dunque l'intervento di elezione è "tiroidectomia radicale allargata, e in presenza di metastasi, di linfadenotomia del collo e del mediastino, adjuvati dalla radiofrequenza. La rarità di questa neoplasia tiroidea ha sottolineato il direttore dell'Unità operativa di chirurgia del Policlinico prof. Giovanni Sturniolo "è dimostrata dal seguente dato statistico: su millecinquecento casi di tiroidectomia effettuati, abbiamo osservato soltanto sei casi di carcinoma midollare della tiroide. Da qui l'importanza della diagnosi precoce. Ed è in questo contesto, assume peculiare significato l'esperienza riportata dall'endocrinologo del "Vall d'Ebron hospital Barcelona" Jorge Mesa e dell'endocrino dello stesso nonocomio spagnolo Enrique Gemar. I due studiosi dell'Università di Barcellona hanno riferito su una casistica di cinquanta soggetti operati negli ultimi dieci anni di carcinoma midollare della tiroide. La diagnosi precoce di elezione è basata sullo "screening genetico" che evidenzia la presenza della neoplasia in fase ancora asintomatica, quindi pre-clinica, quasi di prevenzione tumorale. L'unico trattamento è chirurgico ed è affidato rigorosamente all'esperienza di équipe altamente specializzata per effettuare con prognosi favorevole la radicalità e lo svuotamento laterocervicale, dove possono localizzarsi le metastasi. Gli studiosi iberici Gemar e Mesa hanno sottolineato l'importante equazione: tanto più precoce è la diagnosi, tanto più tempestivo è l'intervento radicale e quindi migliore sarà la prognosi. Ricca di contenuti scientifici la discussione conclusiva moderata dall'endocrinologo dell'Università di Messina prof. Francesco Vermiglio.

Nel segno della ricerca di significative analogie tra il medico e il letterato, o, per meglio dire, tra due professioni che celebrano senza posa l'uomo e il suo senso d'essere al mondo, si è svolta il 3 maggio u.s. presso l'Auditorium dell'Ordine dei Medici di Mes-

sina da esplorare. Di queste tematiche si è parlato nella tavola rotonda "Il medico tra scienza e letteratura", moderata dalla scrivente* e introdotta dai saluti del presidente nazionale dell'Associazione Medici Scrittori Italiani Luigi Devoti, del presidente dell'Ordine dei Medici di Messina

Nunzio Romeo, della Federazione Italiana Medici di Medicina Generale Sez. Provinciale di Messina Giacomo Caudò e del presidente dell'Associazione

Mogli Medici Italiana sez. Provinciale di Messina Teresa Ferrone Pustorino. La scelta dei relatori è caduta su medici che, con espressività diverse, fanno letteratura. Per la narrativa e la saggistica ha parlato Francesco Trimarchi, direttore della cattedra di endocrinologia dell'Università di Messina, autore del recente volume "Il camice strappato" - sostanze e accidenti della medicina clinica" edito da Rubbettino. Trimarchi ha esposto la sua visione della figura del medico scrittore, con riferimento alla sua esperienza personale, individuando nell'invenzione l'ingrediente fondamentale e inconfondibile del testo letterario.

Di poesia nell'Università della Terza età. Risica ha sviscerato la figura del medico poeta, sottolineando l'essenziale importanza della sua missione, che aggiunge valore a quella del medico in sé, in quanto egli opera una trasfigurazione del dolore nel senso di una conoscenza più approfondita e autentica del suo significato. Il ruolo del medico giornalista è stato infine trattato da Lorenzo Mondello, medico ospedaliero e giornalista pubblicitario, direttore del periodico "Messina medica". Mondello, che ha al suo attivo numerosi anni di attività di cronista televisivo e di quotidiani locali, ha analizzato la condizione del medico impegnato sul fronte della cronaca. A corredare questa testimonianza, sono stati proiettati in sala alcuni filmati d'interviste rilasciate, tra cui quella dell'ex ministra della sanità Rosy Bindi.

La serata è stata arricchita dal ricordo di Emanuele Cardia e Pasquale Princi, recentemente scomparsi e commemorati con la lettura di alcune produzioni poetiche ed aforismi. Tanto l'uno quanto l'altro coltivavano infatti interessi in campo letterario, e la rievocazione dei loro scritti ha costituito un momento di particolare emozione e partecipazione per il folto pubblico presente in sala.

* dott. Giuseppe Ruggeri, dirigente medico Asl 5 e giornalista pubblicitario.

Giornata messinese dei medici scrittori

di Giuseppe RUGGERI

sina la "Giornata Messinese dei Medici Scrittori" - Sez. Provinciale di Messina, in direzione di un rinnovato impegno verso tutte quelle forme di espressione letteraria che hanno per protagonisti i medici.

Il connubio medicina-letteratura percorre i secoli con figure di notevolissimo spessore, primo tra tutti l'apostolo Luca, medico ed evangelista, Anton Cechov, e, per arrivare ai giorni nostri, con personaggi del calibro di Sir Arthur Conan Doyle, celeberrimo creatore di Sherlock Holmes, Archibald Joseph Cronin e l'italiano Mario Tobino, psichiatra e scrittore.

L'atto d'amore insito nella scrittura, è, in fondo, lo stesso che caratterizza il gesto del medico, di quel professionista, cioè, proteso verso la conoscenza dell'uomo e dei suoi mali. Ma cosa spinge il medico, nelle paure della sua attività, a deporre il fonendoscopio e impugnare la penna, cimentandosi in un intento che, in apparenza, poco o nulla ha a che vedere con il lavoro che quotidianamente egli svolge? Un bisogno di estraniarsi, secondo alcuni, dall'angoscia opprimente della malattia, sublimando il dolore condiviso con i suoi pazienti con l'arte. Ma anche, per altri, un modo per battere i sentieri della sofferenza con strumenti differenti da quelli usati abitualmente. Di certo, né al medico né allo scrittore può mancare l'intenzione quel dono cioè che consente al primo di formulare prontamente una diagnosi clinica ed al secondo di squarciare, col raggio di luce della sua arte, un universo altrimenti buio e diffi-

SALONE DEL LIBRO DI VIAGGIO PER RACCONTARE LA SICILIA

Nasce sotto gli auspici dell'assessorato regionale al Turismo il "1° Salone del libro di viaggio", il cui obiettivo ambizioso è quello di allinearsi nel tempo a esperienze internazionali come Francoforte e Torino.

Un progetto solido, ben organizzato dagli "Editori del Sole", che annovera fra i suoi promotori le associazioni italiana e siciliana degli editori, la "Fondazione per il libro, la musica e la cultura" di Torino e "Biel-la Intraprendere". Quest'ultima nota per la cura degli aspetti organizzativi e commerciali della "Fiera del libro" di Torino.

L'assessore regionale al Turismo, Fabio Granata, ha presentato il cartellone di eventi che partirà da febbraio alle "Ciminiere" di Catania: "E' nella tradizione del Grand Tour - ha detto l'assessore - raccontare l'esperienza del viaggio attraverso il binomio parola-immagine. Restano oggi documenti insostituibili di una maniera colta di sperimentare la condizione ambientale e sociale, grazie a molti "travel books" che giungono a noi fin dal Settecento e dall'Ottocento. Inglese, francese, tedesco e più tardi americani, incontrano la storia meridionale e mediterranea, depositaria di una stratificazione culturale unica al mondo". Per Granata, "la riscoperta della nostra identità passa anche dalla lettura non soltanto dei testi moderni, ma soprattutto dai meravigliosi racconti sulla nostra terra trasmessici dai viaggiatori del passato.