



Gennaio
Febbraio
2006

1

■ **Editoriale**
Sanità: servono correttivi al sistema,
per migliorare l'efficienza della "rete"

■ Cerimonia di giuramento il 26 marzo

■ 13 maggio, convegno di primavera



■ Medicina dei servizi, presa di posizione dell'Ordine

■ Emergenze cardiovascolari, c'è "Sam"



■ Chirurgia della mano

■ L'endoscopia in pediatria

■ Viaggio nella musicoterapia

■ Ricordo di Giorgio Blandino

■ Il bilancio dell'Ordine

sommario

DIRETTORE EDITORIALE Nunzio Romeo

DIRETTORE RESPONSABILE Lorenzo Mondello

REDATTORE CAPO Mario Primo Cavaleri

VICE DIRETTORI Antonio Puglisi Guerra, Valentino Sturiale

SEGRETARIA COMITATO DI REDAZIONE Giusy Giordano

SEGRETERIA di REDAZIONE

Europa Due media & congress

Via Boner, 56 - Messina

Tel 090.5726604 (pbx)

090.5729841 (fax)

e-mail: europadue@europadue.191.it



COMITATO DI REDAZIONE

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

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

Sanità: servono correttivi al sistema, per migliorare l'efficienza della "rete"

Anche la recente autorevole presenza dei russi a Messina, con ministro, ammiragli e flotta ci ricorda come nell'ultimo decennio è cambiato il mondo intero e il ventesimo secolo, con le sue tensioni, il clima da guerra fredda, i muri, le divisioni e le incomprensioni, sia ormai lontanissimo. Si volta pagina nelle relazioni internazionali ma non solo; nelle telecomunicazioni, nel modo di interfacciarsi con la tecnologia, nello scambio di informazioni, nella cooperazione scientifica.

Una digressione non ultronea per dire che la rapidità dei mutamenti, l'accelerazione con cui si procede, impone una capacità di anticipare i tempi, di cogliere la filosofia e le attese della gente per dare risposte adeguate con la stessa velocità, per non essere sempre in ritardo e attrezzarsi quando si è già superati da altre richieste, da altri scenari.

La Sanità, fronte fra i più esposti a questa continua metamorfosi perché investe il bene in assoluto primario, ossia la tutela della salute, è passata nel giro di pochi anni da un sistema in cui tutto veniva garantito a tutti, a un approccio manageriale che tende al contenimento della spesa in uno all'ottimizzazione dei servizi. Obiettivi talvolta stridenti e non soltanto per quantità delle risorse disponibili ma



di Nunzio ROMEO

per modalità e tempi di impiego. Cambia così il nostro modo di essere medici, giacché anche al medico di famiglia viene richiesto un diverso rapporto col paziente perché le prescrizioni siano contenute; si limiti in qualche misura il ricorso ad accertamenti che possono non essere indispensabili, predicando da una parte la prevenzione ma invitando a risparmi proprio in questa fase. Mentre è opinione comune fra gli esperti che, per limitare il numero di interventi, sia utile persino consultare un secondo medico e l'utilità di questa consuetudine, che in Italia stenta ad affermarsi, è confermata dai dati: negli Stati Uniti, dove la richiesta del secondo parere è diventata una prassi, si può arrivare a un calo dei ricoveri significativo. Siamo ancora fermi a schemi burocratici vecchi di decenni, a tipologie operati-

ve ospedaliere non più rispondenti a criteri dell'accoglienza largamente applicati in altri settori e che a maggior ragione dovrebbero essere recepiti dalle nostre strutture, perché il cittadino che a noi si rivolge è ovviamente

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

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



situazione economica non florida; e una organizzazione ospedaliera che presenta punti di criticità: con carenze strutturali, mancata realizzazione di 140 mila posti letto previsti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio, carenze di posti letto anche nei presidi di emergenza. Mentre rimangono ancora obiettivi da conseguire dell'accordo di programma del 2002:

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

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

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

Si interagisce poco tra strutture pubbliche. E si interagisce ancor meno con l'esterno. Ad esempio con il medico di famiglia, primo riferimento assistenziale, che rimane infatti estraneo al percorso successivo del suo malato.

Un "tavolo tecnico" per provincia, che metta insieme

tutti i direttori generali e sanitari, potrebbe essere un utile momento di analisi e valutazione, in grado di intercettare le possibili sinergie operative e individuare correttivi praticabili. Il direttore dell'Azienda 5 di Messina, su nostro suggerimento, ha iniziato questo percorso, incontrandosi con i Direttori Generali del Policlinico, Ospedali Piemonte e Papardo.

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

Fisiologico in questo quadro che si verificano casi subito liquidati dalla stampa come "mala sanità" e di cui negli ultimi periodi si è parlato e straparlato. Fino all'abberrante rischio di diffondere tra gli utenti un clima di sfiducia verso il medico cui si affida o la struttura in cui si ricovera. Mentre incombe un altro pericolo: che il professionista sia indotto a scaricarsi di responsabilità per affrancarsi da qualsiasi conseguenza di ordine giudiziario, visto che sempre più spesso anche il più piccolo errore sembra destinato a concludersi nei Tribunali.

In presenza di fatti drammatici, diventa difficile ricordare che l'errore fa parte dell'uomo ma qui, senza scivolare nella difesa corporativa, ciò che ci preme sottolineare è che serve a poco per migliorare la situazione complessiva rincorrere responsabilità personali quanto piuttosto prendere atto che in molte realtà non si riesce a fare sistema, a

far funzionare la "rete", un insieme di apparati complesso che proprio per questo richiede continui aggiustamenti anche per ridurre al massimo il rischio di errori.

Ritardi nei soccorsi, impossibilità di ricoveri per mancanza di posti letto, e altri casi eclatanti di cui si è occupata la cronaca recente probabilmente sarebbero stati evitati.

Non tralasciamo occasione per ribadire la necessità di una maggiore umanizzazione delle strutture e della centralità del rapporto utente-ospedale nel senso di rivedere i percorsi di ricovero e di assistenza. Perché a nessuno deve essere negato un posto in ospedale, meno che mai a chi versa in condizioni di urgenza. Come ribadiamo la necessità di attrezzare front-office che si prendano cura di chi arriva, risparmiandogli almeno quel disagio degli adempimenti legati a pagamento di ticket, prenotazioni e quant'altro e che spesso comportano il dover migrare da una parte all'altra. Ma non soltanto.

Aspetti che abbiamo condensato in un "Decalogo" stilato in occasione del convegno nazionale che abbiamo chiamato "Carta di Messina 2005".

Guardare in questa prospettiva significa lavorare per il futuro.

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

A proposito dei casi di "malasanità" e dell'allarmismo dei media

Cui prodest?

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine, nella seduta del 23 gennaio 2006, ha preso in esame la grave situazione venutasi a creare negli ultimi mesi a seguito dei decessi avvenuti nelle strutture universitarie ed ospedaliere della nostra provincia, messi in risalto dalle cronache giornalistiche cittadine e nazionali.



Va premesso che fin dal mese di settembre del 2005 erano stati osservati con grande attenzione i ben noti eventi e creata, in seno al Consiglio stesso, una commissione qualificata con il compito di monitorare ed approfondire la questione in oggetto e di fornire consulenza ad altri soggetti professionali (giuristi, giornalisti, etc.) nell'interesse dei propri iscritti e nel superiore interesse del cittadino. Era stato deciso unanimemente di non intervenire in forma ufficiale per evitare di aggiungere clamore inutile ad una situazione già di per sé infuocata, con toni elevati e non sempre equilibrati e, non ultimo, per non correre il rischio di dare all'opinione pubblica la percezione di volere assumere un ruolo lobbistico o peggio ancora corporativistico.

Ma le cose in questi mesi sono cambiate, e non certo per il meglio. Gli ultimi accadimenti, sicuramente tristi e drammatici, sono stati capaci di scuotere l'emotività dell'opinione pubblica per il dolore riportato dalle famiglie negativamente colpite. Si impone, pertanto, un'attenta analisi ed un'accurata riflessione non più rinviabile ancor più per gli effetti distorti derivanti dai messaggi e dalle modalità comunicative a dir poco aggressivi, capaci, troppo spesso, di indurre un pericoloso "allarme sociale" nei confronti dell'intera classe medica.

Tutto questo porta inevitabilmente verso un progressivo ed inappropriato scadimento del rapporto medico-paziente con un contestuale arroccarsi verso una "medicina di difesa" da parte del primo e verso una sempre maggiore diffidenza da parte del secondo. A questo consegue l'impossibilità di un reciproco rapporto di fiducia che rappresenta l'imprescindibile base sulla quale costruire una positiva "alleanza terapeutica" in grado di agire sinergicamente verso i migliori risultati. La crisi del rapporto determina da un lato un'abnorme richiesta di esami non necessari e dall'altro il rifiuto psicologico ad intervenire in situazioni di estremo pericolo per evitare eventi funesti astrattamente imprevedibili. L'attuale esasperazione mediatica e l'*escalation* al ricorso giudiziario nei confronti dei medici a causa di supposta *malpractice* non fanno altro che determinare una vera e propria inquisizione contro una categoria professionale sempre più genericamente criminalizzata. E' ben noto a tutti che, malgrado i continui progressi della medicina, l'arte medica

IL DOCUMENTO APPROVATO DALL'ORDINE

PRESA in esame la situazione venutasi a determinare negli ultimi mesi a seguito dei decessi avvenuti nelle strutture universitarie ed ospedaliere della nostra provincia, messi in risalto dalle cronache giornalistiche cittadine e nazionali nonché dai mezzi televisivi, come gli ennesimi casi di "malasanità";

RITENUTO che gli ultimi accadimenti infausti sul bene della vita, sicuramente tristi e drammatici da scuotere l'emotività dei cittadini per il dolore riportato dalle famiglie negativamente colpite, impongono una attenta analisi ed una accurata riflessione non più rinviabile a causa degli effetti distorti provocati da un sistema di diffusione aggressivo che è solito enfatizzare la notizia di un decesso in maniera arbitraria e punitiva di un presunto errore medico;

CONSIDERATO:

- che la strumentazione pubblicitaria sulla sanità ha prodotto conseguenze dannose per le categorie più deboli che si sarebbero dovute proteggere in quanto gli operatori sanitari vivono una situazione di disagio, alimentata proprio dalle pressioni marcatamen-



non è una scienza esatta in grado di assicurare, in ogni caso, l'esito sperato, soprattutto per il sovrapporsi di innumerevoli "variabili" che possono intervenire negativamente. Alcune di queste riguardano la sensibilità e la reattività del soggetto, altre la validità dei rimedi impiegati e la loro reale efficacia, altri infine, la capacità e la diligenza degli operatori. Ma questa è l'ultima, la meno probabile delle evenienze negative possibili, perché il medico è sempre votato per la tutela della vita.

Il Consiglio Direttivo ricorda come l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri rappresenti un'istituzione orientata esclusivamente a

garantire il benessere del cittadino attraverso lo strumento del controllo disciplinare e della qualità professionale dei propri iscritti, cittadini anch'essi! Ed è per questo che il primario impegno è quello di vigilare e di sanzionare come regolarmente viene fatto secondo criteri istituzionali, ma non consentendo che si instaurino strumentali ed ingiuste aggressioni ripetute e multimediali, che hanno come risultato solo quello di indurre immotivati allarmi con nocumento oltre che per la qualità dell'assistenza, per la rispettabilità di singoli professionisti, di Unità Operative e di intere istituzioni ospedaliere cittadine.

Non sono più tollerabili espressioni quali "i pronto soccorso degli ospedali sono sempre meno pronti e quasi mai danno soccorso" a commento di una manifestazione contro la cosiddetta "malasanità" dove lo *slogan* più scandito (riportato a caratteri cubitali anche sulle pagine dei giornali) era "chi sbaglia deve pagare". E' morale e giusto perseguire, anche sotto il profilo disciplinare, le accertate responsabilità professionali e l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri ha puntualmente operato nei termini di legge. Occorre precisare che le risultanze delle indagini giudiziarie

te scandalistiche dei mass-media, tendenti ad enfatizzare i supposti errori, trascurando gli innumerevoli interventi portati a compimento con alta professionalità e competenza ma che purtroppo non fanno notizia;

- che non può essere sottovalutato un altro aspetto, pure questo importante, che interessa trasversalmente tutti i soggetti coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari e che minaccia sempre più l'efficiente funzionamento dell'intero sistema, rappresentato dall'escalation del contenzioso giudiziario il quale:

1) è strettamente connesso al consolidarsi di un diverso rapporto tra il medico e il paziente, dal momento che quest'ultimo ha nei confronti del bene salute aspettative sempre più elevate e non sempre consapevolmente equilibrate, essendo ormai ingenerata la convinzione di poter rivendicare prestazioni scevre da errori;

2) trova un maggiore riscontro in campo assicurativo, posto che il costo medio dei premi per la copertura dei rischi da responsabilità professionale segna da tempo una crescita inarrestabile che si contraffaccia con un imprevedibile aumento dei riconoscimenti risarcitori;

- che il frequente ricorso all'Autorità giudiziaria per pretese risarcitorie costringono i medici a lavorare con una sottoposizione a pressione psicologica che, lungi dall'ispirare una maggio-

re diligenza e professionalità, induce a giustificate apprensioni ed inevitabili atteggiamenti cautelativi che alla fine si riverberano sul paziente;

- che l'ansia di poter incorrere nel rigore della giustizia è ormai ampiamente diffusa nella classe medica e grande è il rischio che possa prevalere sempre più una medicina prettamente difensiva, che sfocia in una abnorme richiesta di esami spesso inutili e costosi, disposti a soli fini cautelativi, con conseguenziale rifiuto psicologico ad intervenire in situazioni di estremo pericolo per evitare eventi funesti astrattamente imprevedibili, che potrebbero poi essere imputati ad errore dell'operatore;

- che la strumentalizzazione mediatica, l'escalation giudiziaria e l'aumento dei premi assicurativi nei confronti dei medici a causa di malpractice sta determinando una vera e propria inquisizione contro una categoria professionale sempre più genericamente criminalizzata;

- che, a prescindere dalla responsabilità professionale di singoli individui, da perseguire anche sotto il profilo disciplinare, le statistiche dimostrano che un'alta percentuale degli incidenti ospedalieri è strettamente consequenziale a disguidi organizzativi dei servizi e quindi non imputabili in alcun modo al ruolo e alla condotta del medico;

- che non può essere sottovalutata la circo-



rilevano come una ragguardevole percentuale di responsabilità non sia imputabile agli operatori. Ecco perché c'è da chiedersi: a chi giovano toni così accesi e spesso non esattamente collimanti con la realtà oggettiva dei fatti? Certamente non alla sanità né alla sua utenza! L'unica via percorribile per ridurre al minimo i pur sempre possibili rischi di errori in sanità è quella della gestione del rischio clinico nel suo complesso, al di fuori di appelli dettati dall'emergenza, attraverso piani programmatici di attuazione che coinvolgano tutti gli attori della gestione sanitaria ciascuno secondo il proprio ruolo: politico, amministrativo, sanitario.

E', pertanto, indispensabile che, fermo restando il diritto di cronaca, sino a quando non interviene una sentenza di condanna con accertamento della responsabilità del singolo professionista, debba essere assolutamente evitato l'uso strumentale di notizie capaci di determinare una ricaduta negativa sulla cittadinanza e di creare perplessità e pregiudizi nei confronti dei medici. La classe medica quotidianamente svolge con abnegazione personale e professionale un lavoro di prima linea che ha come risultato incontrovertibile (e sotto gli occhi di tutti) la tutela, il mantenimento ed il miglioramento della salute dei cittadini, in silenzio, senza clamori e spesso assumendosi responsabilità non dovute. E', quindi, fondamentale che tutte le

componenti interessate, ed in particolare i medici (soprattutto i medici legali), gli avvocati ed i giornalisti trovino un punto di confronto per un progetto comune volto all'accertamento della verità dei fatti che promuova la cultura della conciliazione e dell'equilibrio. Coniugando, infatti, imparzialità e competenza, può essere data al cittadino una risposta al suo legittimo bisogno di conoscere la verità. Questa risoluzione non deve essere intesa come il tentativo di parte di sfuggire alle proprie responsabilità, ma piuttosto come un utile strumento per ottenere equilibrate composizioni delle controversie. Si rafforzerebbe in tal modo la qualità del rapporto medico-paziente, grazie al rasserenamento del clima sociale nel quale questo rapporto quotidianamente vive e si sviluppa. Il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Messina è da sempre impegnato a vigilare, quale garante della qualità delle prestazioni professionali, sull'operato dei propri iscritti a tutela del superiore interesse pubblico e del corretto esercizio dell'arte medica, esercitando il potere disciplinare nei confronti degli iscritti resisi colpevoli di mancanze professionali accertate, anche per evitare di trascinare ingiustamente ed ingiustificatamente in un giudizio generalizzato di condanna l'intera categoria, con danni per tutti e vantaggi per nessuno.

stanza che le strutture sanitarie presentano carenze infrastrutturali, strumentali e di organico del personale medico e paramedico, che si riflettono sull'efficienza e sulla qualità dell'assistenza, costringendo i medici a lavorare tra mille difficoltà e in situazioni talvolta anche critiche.

Per le ragioni di cui sopra, il Consiglio Direttivo

DICHIARA

che, fermo restando il diritto di cronaca, sino a quando non interviene una sentenza di condanna con accertamento della responsabilità del singolo professionista, debba essere assolutamente evitato l'uso strumentale di notizie che determinano una ricaduta negativa sulla cittadinanza, creando perplessità e pregiudizi, a fronte del notevole lavoro svolto con abnegazione personale e professionale per salvare giornalmente decine di vite umane.

RITIENE

che talune parti interessate, ed in particolare i medici, e soprattutto i medici legali, gli avvocati ed i giornalisti, dovrebbero confrontarsi per un progetto comune volto all'accertamento della verità dei fatti, promuovendo la cultura della conciliazione, affinché, coniugando imparzialità e elevata competenza, possa essere data al cittadino una risposta al

suo legittimo bisogno di sapere. Questa risoluzione non deve essere intesa come il tentativo corporativo di sfuggire alle proprie responsabilità, ma piuttosto come un utile strumento per ottenere spedite composizioni, con l'ulteriore risvolto positivo di potere vedere migliorare la qualità del rapporto medico-paziente, tramite il rasserenamento del clima sociale nel quale questo rapporto quotidianamente vive e si sviluppa.

AFFERMA

la necessità di restituire ai medici la possibilità di lavorare con una migliore organizzazione interna, adeguata alle esigenze di una medicina moderna, consentendo così la riduzione al minimo degli errori umani che finiscono per vanificare agli occhi dell'opinione pubblica tutti gli sforzi della classe medica, con giudizi sommari di condanna.

SI INPEGNA

a vigilare, quale garante della qualità delle prestazioni professionali, sull'operato dei propri iscritti a tutela del superiore interesse pubblico al corretto esercizio dell'arte medica, esercitando il potere disciplinare nei confronti degli iscritti resisi colpevoli di mancanze professionali accertate, anche per evitare di trascinare ingiustamente ed ingiustificatamente in un giudizio generalizzato di condanna l'intera categoria.

Le regole di Padova

Impegnano: I GIORNALISTI

- a non costruire gli articoli in modo da far apparire colpevole chi non sia stato ancora giudicato;
- a non riportare solo una versione dei fatti ma dare contemporaneamente spazio alla replica dell'accusato;

- a verificare che il titolo dell'articolo non possa offrire interpretazioni diverse dell'accaduto.

LE ASSICURAZIONI

- a non considerare sinistro ogni avviso di garanzia o richiesta di risarcimento;
- a reintegrare in garanzia alle precedenti condizioni e premi, l'assicurato che, disdetto, non sia stato tenuto a risarcire alcun danno.
- ad offrire i dati sul rapporto tra sinistri riservati, sinistri pagati e premi.

I MAGISTRATI

- ad affiancare sempre al medico legale uno specialista di esperienza tecnica comprovata almeno pari al medico sotto giudizio;
- a vigilare che gli avvisi di garanzia non raggiungano chi non possa essere stato coinvolto nella vicenda.

I POLITICI

- adottare ogni necessaria iniziativa legislativa diretta a regolare l'esercizio del diritto a proporre denuncia
- querela per scoraggiare iniziative palesemente infondate o temerarie, ancorchè non caluniose;
- a far emanare disposizioni per la soluzione conciliativa e/o arbitrare delle controversie paziente/medico;
- a favorire la costituzione di un Osservatorio del Contenzioso su base regionale o nazionale.

I LEGALI

- a non avvalorare idee risarcitorie nei cittadini senza aver prima approfondito, con opportuna consulenza, l'esatto nesso di causalità.

GLI AMMINISTRATORI DELLA SANITA'

- a comunicare ai cittadini ed ai medici lo stato dei servizi e dei potenziali disservizi della Struttura;
- a migliorare continuamente l'offerta sanitaria ricorrendo a tecniche di quantificazione e di analisi dei risultati.

I CITTADINI

- a riconoscere che i medici, che si prendono cura della loro sofferenza, hanno dedicato una intera vita a questo scopo.

GLI ORDINI DEI MEDICI

- a vigilare sul rispetto puntuale del corretto rapporto deontologico tra medici.

I MEDICI

- a continuare a studiare per perfezionare sempre più l'arte sanitaria;
- a non estendere elaborati peritali accusatori privi dell'assoluta certezza scientifica
- a non ingenerare eccessive aspettative nei pazienti circa il risultato delle cure
- ad offrire una spiegazione in più al paziente;
- a regalare a chi soffre un sorriso in più.



Cerimonia di Giuramento il 26 marzo

Si svolgerà il 26 marzo, alle ore 10, nell'aula magna dell'Università la tradizionale Cerimonia di Giuramento.


Ai neo medici che formalizzeranno l'iscrizione all'Ordine si affiancheranno i Colleghi che festeggiano 50'anni di laurea. Sono:

ALBANO SALVATORE
CARTESIO STEFANO
CURRO GIUSEPPE
CUTUGNO SALVATORE
DE FRANCESCO MARGHERITA
DI PIETRO CARMELO
FERRALORO PIETRO
FREZZA LUIGI
GRASSO SALVATORE
GUSSIO FRANCESCO
LEANZA GIUSEPPE
LOSCHIAVO FRANCESCO
MAZZEO ANTONINO
MIRABILE FORTUNATO ERNESTO
MOLINO GIUSEPPE
NATALE SALVATORE
PENNISI LUIGI
PIRRI ANGELA
SCULLICA LUIGI
VERZERA STELLARIO
ZANGHI GIACOMO
ZINGALES GIUSEPPE

Il 13 maggio al teatro Vittorio Emanuele

convegno di primavera

“Rapporto medico-paziente: la realtà di oggi”



Si svolgerà il 13 maggio il consueto convegno di primavera dell'Ordine dedicato ai temi generali della sanità, con particolare riferimento alla centralità del paziente. Un tema ormai da anni al centro dell'appuntamento che si rinnova e si rivolge ai medici, agli operatori in qualche modo orbitanti attorno alla sanità ma anche ai cittadini interessati a una migliore qualità dell'assistenza e a un più costruttivo rapporto di fiducia verso le istituzioni e chi vi opera.

Se alcuni casi che hanno interessato l'opinione pubblica, specie negli ultimi tempi, rischiano di offuscare l'immagine, è però vero che nella stragrande maggioranza il sistema presenta connotazioni positive di cui si parla di meno ma che sono il termometro più affidabile per un giudizio complessivo.

Al centro dei lavori del convegno voluto dall'Ordine, comunque, resta il paziente, con le sue attese in fatto di tutela della salute ma anche di accoglienza e di relazione con il mondo ospedaliero e professionale. Da qui la necessità di cogliere appieno le domande dell'utente per attrezzarsi con risposte sempre più efficaci; di agevolare i percorsi di approccio con le strutture; di assecondare quella customer satisfaction che sempre più dovrà trovare spazio nella logica del front office che dovrà accompagnare l'utente fin dal suo arrivo nella struttura pubblica o privata.

Gli obiettivi del convegno sono quelli di analizzare come è cambiato questo rapporto, come si va evolvendo cosa si può e si deve fare per puntare a livelli più alti di consenso. Ciò anche nell'ottica di rendere più gratificante il lavoro degli operatori.

Nel primo appuntamento di tre anni fa si è posto l'accento sulla necessità di eliminare dal lessico burocratico e giornalistico termini ormai desueti che pesano come macigni sul paziente oncologico; l'anno successivo; si sono approfonditi gli aspetti più strettamente legati alla managerialità della gestione; adesso si vuole entrare più nel merito dell'organizzazione e di come affrontare problemi connessi alla domanda di una popolazione così diversa anagraficamente, anche in ragione della longevità che fortunatamente aumenta, quindi problemi di un modello assistenziale che deve rinnovarsi.

La relazione centrale della mattinata sarà svolta dal prof. Eolo Parodi, presidente della Fondazione Enpam.

Seguirà la consegna delle "Borse di studio Silvana Romeo Cavaleri" agli studenti dei licei Maurolico e La Farina che proprio in queste settimane saranno impegnati in una prova scritta su temi analoghi a quelli del convegno.

Al pomeriggio, la tavola rotonda su aspetti tecnici.

Sede dell'assise il teatro Vittorio Emanuele.



Il piano di Storace anti liste di attesa

di Lorenzo **MONDELLO**

Presentato a Roma dal ministro della Salute, Francesco Storace, il piano nazionale anti-liste d'attesa, previsto dalla Finanziaria 2006. Parte, così, la fase operativa, dopo mesi di discussioni e polemiche per i continui e non più tollerabili ritardi con cui, il più delle volte, vengono erogate le prestazioni sanitarie richieste dai cittadini alle aziende sanitarie pubbliche. Anche se il piano andrà a regime a partire dal mese di luglio, da tempo il ministro e i suoi collaboratori stanno lavorando con impegno e determinazione per porre fine a situazioni imbarazzanti che spesso oltrepassano il limite della legalità. Saranno 100 le prestazioni, ritenute prioritarie, per le quali dovranno essere ridotti i tempi di attesa. Esse riguardano soprattutto il settore della diagnostica per immagini (ecografia, Tac e risonanza magnetica), ma, più in generale, coinvolgono le visite specialistiche ambulatoriali sia di tipo medico che chirurgico, particolarmente quelle che si accompagnano ad esami diagnostico-strumentali quali elettrocardiogrammi, elettroencefalogrammi ed esami doppler. Il piano coinvolge direttamente le Regioni e le Asl, alle quali saranno assegnati ben 2 miliardi di euro, previsti dalla manovra finanziaria, ma solo se si taglieranno i tempi. E' anche prevista l'istituzione di una Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni. Il Piano anti-liste di attesa è già stato inviato alla Conferenza Stato-Regioni, che dovrà pronunciarsi entro il 30 marzo. Le Regioni avranno tre mesi di tempo per elaborare un Piano attuativo regionale, con l'elenco dei tempi massimi entro i quali devono essere garantite le 100 prestazioni prioritarie, in relazione, ovviamente, alla situazione clinica del paziente e alla capacità di erogazione del servizio da parte di ogni Asl. Dal primo luglio il piano andrà a regime ma, nel frattempo, devono essere compiuti alcuni passi propedeutici alla funzionalità del piano, a febbraio è stata istituita la commissione nazionale sull'appropriatezza delle

prescrizioni. È composta da esperti in medicina generale, assistenza specialistica ambulatoriale e assistenza ospedaliera, delle Regioni e del Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti. La Commissione, a livello nazionale, deve monitorare il fenomeno e predisporre linee guida per fissare i criteri di priorità e appropriatezza delle prescrizioni. Le Regioni devono elaborare un piano programmatico di contenimento delle liste di attesa e devono attivare (o completare laddove già esista) un Centro unico di prenotazione (Cup). Una parte delle prenotazioni sarà riservata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, che avranno un accesso privilegiato, attraverso una password, al Cup, per prenotare per i loro pazienti prestazioni urgenti nella Asl di riferimento. Il Piano, come dicevamo, prevede l'individuazione a livello locale di 100 prestazioni che la Asl dovrà garantire al cittadino, in strutture pubbliche o private accreditate, nei tempi fissati dalle Regioni. Se la Regione non ha fissato, entro il 30 giugno, i tempi e le prestazioni, si farà riferimento a quelli fissati dal ministero della Salute. Viene, inoltre, riconosciuta la piena e diretta responsabilità del direttore generale della Asl, che deve garantire la prestazione al cittadino: egli deve prendere iniziative e accordi con le strutture sanitarie pubbliche o accreditate del suo territorio di riferimento, affinché uno o più centri garantiscano la prestazione entro i limiti di tempo. E' prevista, addirittura una "penale" in caso di ritardo, misura questa che attua una inversione di tendenza rispetto al passato e al presente: se la Asl non riuscirà a garantire la prestazione entro il tempo massimo stabilito, può usufruire dell'attività libero-professionale del proprio personale dipendente al di fuori dell'orario di servizio (intramoenia), ma a proprio carico e il cittadino ne fruirà gratuitamente, fatto salvo eventualmente il solo ticket, se previsto dallo status del cittadino.



Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Messina, Dott. Nunzio Romeo, è intervenuto in merito al recente pronunciamento del Commissario dello Stato, che ha ostacolato le legittime aspettative di immissione in ruolo, presso le Aziende Sanitarie Locali siciliane, dei Medici addetti alla Medicina dei Servizi, vanificando così un lungo percorso, che ha visto i predetti sanitari immeritevoli protagonisti di un vero e proprio calvario.

Quanto sopra evidenziato, ha di fatto impedito ad un consistente numero di medici, di conseguire una loro legittima aspettativa professionale e di carriera, con conseguente grave danno agli stessi, sia in termini di decoro e di dignità professionale, che in termini economici.

L'Ordine dei Medici di Messina esprime piena solidarietà a questi colleghi, i quali non hanno garanzie certe di un riconoscimento adeguato alla qualità e quantità di lavoro che svolgono quotidianamente, garantendo significative quote di prestazioni sanitarie all'interno del territorio della nostra provincia, incidendo di conseguenza sulla qualità dell'assistenza erogata alla popolazione.

Medicina dei servizi

Intervento dell'Ordine dopo la bocciatura dell'immissione in ruolo

Il regime contrattuale che ha legato in questi lunghi anni i sanitari in questione e che ancora li lega alle Aziende ASL - afferma Romeo -, è quello della convenzione. Secondo tale contratto, i loro compiti si sarebbero dovuti limitare al semplice supporto nei confronti della dirigenza medica.

Negli anni invece, continua il Presidente dell'Ordine, lo spirito di servizio che ha anima-

to questi colleghi ed il rispetto verso la loro professionalità, hanno spinto molti di loro (in una percentuale vicina al 100%) ad assumere impegni, ricoprire incarichi, acquisire responsabilità, che andavano ben oltre il semplice concetto di supporto di cui sopra, non ostacolati, ma anzi spesso sostenuti, dai responsabili dei servizi ASL.

Di fatto, le Aziende USL hanno fruito delle loro prestazioni specialistiche, utilizzato le loro professionalità e le loro specifiche competenze, "sfruttato" il loro ruolo e la loro immagine per coprire le carenze e le non poche falle esistenti nei vari servizi e nelle strutture territoriali.

A tutt'oggi, ai servizi di vaccinazione, di medicina del lavoro, di igiene pubblica, di medicina fiscale, che da anni vedono questi colleghi unici protagonisti e supporto solo di loro stessi, si sono aggiunti altri settori di vitale importanza nel territorio (basti pensare ai servizi di assistenza domiciliare integrata). Naturalmente, tutto questo è avvenuto senza nulla modificare del loro rapporto convenzionale che li governa, né giuridicamente, né economicamente.

La situazione professionale, prosegue Romeo, è per loro insostenibile, per noi inaccettabile: a nulla è servito sostenere lo stress di un esame di concorso-giudizio di idoneità con un iter iniziato a marzo 2002, con 2 anni di attesa della pubblicazione della relativa graduatoria; l'umiliazione e le ripetute disillusioni, per una definitiva immissione in ruolo. L'Ordine di Messina intende assumere iniziative di sostegno alle legittime rivendicazioni pertanto dichiara di essere al loro fianco, perché le questioni che pongono riguardano il profilo della dignità e del decoro dell'esercizio professionale.

Esenzione dalla spesa sanitaria

Modifica dell'allegato 3 della Circolare pn. 1157/05

Con riferimento all'Allegato 3 alla Circolare n. 1157/05, pubblicata sulla GURS n. 4 del 25/01/2005, recante "Codifica delle condizioni di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria" e le successive modifiche ed integrazioni, nelle more di una revisione della codifica da parte dell'Agenzia delle Entrate, si potrà utilizzare il codice "D01" per una serie di soggetti (come portatore sano di talassemia, diabetici e altri). La circolare molto articolata sulla codifica delle esenzioni è a disposizione presso la Segreteria dell'Ordine.



Progetto sperimentale per la cura e gestione integrata dei disordini nel comportamento alimentare

di Grazia MANGIAPANE

I disturbi del comportamento alimentare rappresentano oggi un tema di crescente interesse clinico e scientifico, nonché un rilevante problema di ordine medico-sociale.

Le condotte alimentari anomale possono essere causa di squilibri metabolici che determinano gravi e croniche complicazioni mediche ed un'elevata mortalità.

Inoltre, anoressia e bulimia, presentano una notevole tendenza alla cronicizzazione ed alle recidive ed un elevato tasso di comorbidità psichiatrica, in particolare per quanto concerne i comportamenti di autoaggressività e l'alta frequenza di suicidi e tentativi di suicidio.

Si calcola che in Italia, ogni 100 ragazze in età di rischio (12-25 anni), 8-10 soffrono di qualche disturbo dell'alimentazione, di cui 1-2 nelle forme più serie.

Più del 50% delle adolescenti si considerano, inoltre, in soprappeso e hanno effettuato un tentativo di restrizione dietetica.

Sono tra le patologie psichiatriche che hanno ricevuto maggiore attenzione, nell'ultimo ventennio, da parte dei ricercatori vista l'importanza del rapporto mente-corpo, rappresentando un modello interessante dell'interazione tra fattori genetici, psicologici e socio-culturali e, per quanto non si possa affermare che l'eziologia sia nota, esistono oggi dati significativi sui fattori di rischio e di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione.

La loro natura sembra essere multideterminata. Infatti, una serie di fattori (individuali, familiari, socio-culturali, medici) gioca un ruolo importante nel determinare l'insorgenza, la persistenza, l'esito di questi disturbi.

Le strategie di intervento sono abbastanza complesse.

Si tratta di disturbi guaribili quanto più precocemente arrivano all'osservazione delle adeguate competenze professionali. L'alto numero di drop out, rilevato per questo tipo di pazienti,



rendono necessario predisporre controlli costanti, ravvicinati e coordinati.

Frequente la frammentazione e la casualità delle cure, la tendenza alla cronicizzazione con recidive e la necessità di ricoveri ospedalieri.

Nell'Italia Meridionale, in particolare in Sicilia, la risposta assistenziale è del tutto inadeguata al problema, come documentato da una indagine della Commissione Ministeriale (Decreto Ministero della Sanità 21-3-1997).

In atto, nel territorio di Messina e Provincia non esiste alcuna struttura di assistenza ter-

ritoriale pubblica specializzata e organizzata per l'intervento multidisciplinare dei DCA

L'ASL 5 ha dato avvio ad un Progetto sperimentale per la cura e gestione integrata dei disordini del comportamento alimentare. Il progetto "il Cerchio d'Oro", coordinato dal Direttore del Dipartimento Salute Mentale, Dr. Biagio Gennaro è composto da un team di operatori del Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento Materno-infantile As15 e dell'Az. Osp. Piemonte. Il team esplica un insieme di prestazioni sanitarie psico-sociali clinico strutturali nelle varie fasi dell'accoglienza, diagnosi e trattamento dei DCA, in particolare: Anoressia, Bulimia e BED. Dal mese di gennaio 2006 il progetto è operativo da il CSM Me nord ex osp. Sant'Angelo dei Rossi con le seguenti competenze: Dr.ssa Rossana Mangiapane psichiatra, accoglienza, colloquio motivazionale Valutazione psichiatrica Dr.ssa Rosa Maria Dommici, psicologa, psicoterapia individuale e di gruppo Dr. Santo Morabito specialista sc.alimentazione, consulenza dietetico Nutrizionale;

* Dr.ssa Teresa Cozzucoli assistente sociale, counseling familiare;

* Sig. Letteria Aragona infermiera professionale, accoglienza, sportello informativo, prenotazione e organizzazione appuntamenti;

* Coordinatore delle attività Dr. Biagio Gennaro.

Per informazioni rivolgersi al n° 0903653237-0903653216 09036532 (linea riservata).

Le Giornate Messinesi della Medicina di famiglia alla 2° edizione

La domiciliarità delle cure del paziente anziano fragile

Le giornate Messinesi di aggiornamento per il Mdf nascono per rispondere alle esigenze dei Medici di famiglia di avere momenti di formazione – aggiornamento sui principali problemi che affrontano nei loro studi medici, cercando delle soluzioni che abbiano una base scientifica e che vengano condivise dai vari attori dei processi di cura. Quest'anno le giornate vengono dedicate alla gestione dell'anziano. Le problematiche che saranno affrontate sono correlate sia all'ambiente in cui esso vive (se da solo o con la compagna o integrato in un ambiente familiare) sia alla gestione delle patologie croniche degenerative più frequenti.

Particolare attenzione sarà data allo stato di salute dell'anziano e a tutte le attività necessarie affinché venga mantenuto al più alto livello possibile, con dei percorsi diagnostico terapeutici, che vedano coinvolti tutte le figure professionali, atte a garantire la prevenzione di malattie, la cura e la eventuale riabilitazione. Sono previste quattro sessioni relativi a quattro apparati differenti. In ogni sessione saranno affrontati due problemi. In particolare un Medico di famiglia esporrà la parte epidemiologica e proporrà il problema. Lo specialista di settore, alla luce dell'evidenza scientifica, proporrà le soluzioni al problema sia in termini di prevenzione, che diagnostici nonché terapeutici. Successivamente saranno posti dei casi clinici che saranno gestiti con il sistema del televoto, che permette di rendere inte-

rattiva la discussione. Il convegno è rivolto a Medici di famiglia e della Continuità Assistenziale, fino ad un massimo di 220 partecipanti. Data 6-7-8 Aprile 2006
Sede: Aula Conferenze Istituto Teologico S. Tommaso - Messina. Il programma del convegno prevede: Presentazione di lavori da parte del presidente della Fondazione Cultura e Salute, dott. Sebastiano Marino; interventi del sindaco Francantonio Genovese, del rettore Franco Tomasello, del presidente dell'Ordine Nunzio Romeo, dei presidenti Simg Santi Inferrera e Fimmg Giacomo Caudo, del preside dell'Istituto teologico Giovanni Russo.

Quindi la tavola rotonda moderata dal giornalista dott. Mario Cavaleri, con la partecipazione di: prof. Rpberto Bernabei, dott. Claudio Cricelli, dott. Ferdinando D'Amico, dott. Giacomo Milillo, prof. Vittorio Nicita Mauro, e vescova mos. Francesco Montenegro.

Quindi la tavola rotonda moderata dal giornalista dott. Mario Cavaleri, con la partecipazione di: prof. Rpberto Bernabei, dott. Claudio Cricelli, dott. Ferdinando D'Amico, dott. Giacomo Milillo, prof. Vittorio Nicita Mauro, e vescova mos. Francesco Montenegro.

Quindi la tavola rotonda moderata dal giornalista dott. Mario Cavaleri, con la partecipazione di: prof. Rpberto Bernabei, dott. Claudio Cricelli, dott. Ferdinando D'Amico, dott. Giacomo Milillo, prof. Vittorio Nicita Mauro, e vescova mos. Francesco Montenegro.

Nuovo volume su Messina e la sua provincia

“Tra due mari” tracce di storia dallo Ionio al Tirreno

Un viaggio veloce dallo Ionio al Tirreno per immortalare testimonianze archeologiche e architettoniche della nostra provincia, con uno zoom su chiese, monasteri, castelli che arricchiscono il territorio lungo costa e sui colli. Con l'obiettivo di richiamare l'attenzione del “viaggiatore” interessato ai profili storico-culturali, sui centri minori, spesso trascurati dai grandi circuiti turistici. Borghi che conservano intatto il fascino di un passato importante e dove si perpetua un ritmo più “a dimensione d'uomo” capace di restituire



quell'afflato con la natura e il paesaggio.

“Tra due mari”, volume curato dal giornalista Mario Cavaleri, privilegia questi aspetti e offre una panoramica suggestiva di Messina e della sua provincia. Paesaggio, archeologia, architettura tra passato e presente. All'opera, realizzata dall'associa-



zione Marevivo con la partecipazione della Provincia regionale hanno contribuito gli architetti Emanuela

Barbaro Poletti e Marisa Mercurio; le archeologhe Madeleine Cavalier, Maria Clara Martinelli, Giusi Zavettieri e la dottoressa Caterina Di Giacomo. Il volume è stato presentato a Palazzo dei Leoni dall'ass. Antonio Testa e dal presidente nazionale di Marevivo Rosalba Giugni.



35° CONGRESSO SICILIANO DI OTORINOLARINGOIATRIA

di Silvana **PARATORE**

Si è da poco concluso il 35° congresso siciliano di otorinolaringoiatria che ha registrato la presenza di specialisti della materia provenienti dalle diverse province della Sicilia.

Significativa la prolusione tenuta dal Prof. Francesco Galletti, presidente del gruppo siciliano di otorinolaringoiatria che ha sottolineato l'esistenza di una fattiva collaborazione tra le diverse scuole universitarie siciliane concretantesi in un attivo coinvolgimento dei reparti di otorinolaringoiatria ospedalieri sia nel campo della didattica che della ricerca e dell'aggiornamento.

Un accenno di merito è stato rivolto all'organizzazione dei corsi e convegni da parte delle strutture universitarie ed ospedaliere della regione siciliana. In particolare il prof. Galletti ha richiamato l'attenzione dei presenti sui risultati raggiunti dall'Accademy O.R.L. svoltasi a Messina, che ha consacrato l'impegno dell'intera scuola di otorinolaringoiatria nella valorizzazione dei significati e contenuti delle discipline otorinolaringoiatriche. In particolare l'incontro dell'Associazione degli otorinolaringoiatri universitari italiani ha rappresentato un'occasione importante che ha consentito agli specialisti universitari ed ospedalieri di incontrarsi personalmente e scambiarsi opinioni ed esperienze.

Incisivo, infine, l'invito rivolto ad una sempre maggiore e proficua partecipazione di tutti i colleghi otorinolaringoiatri siciliani affinché i giovani medici grazie alle sempre più frequenti iniziative culturali caratterizzate da unità d'intenti e autentico spirito costruttivo possano formarsi nel migliore dei modi nei vari centri universitari ospedalieri della regione certi di potere raggiungere una piena maturità professionale.

Informazioni sui farmaci

Femara (letrozolo)

Il Dipartimento di farmaco ha reso nota una informativa relativa al corretto utilizzo della specialità medicinale Femara (letrozolo) all'interno delle indicazioni terapeutiche approvate per la potenziale embriotossicità e fetotossicità del farmaco. La nota è a disposizione presso la Segreteria dell'Ordine.

M.T.YM.

Pubblicata dal Dipartimento del farmaco una nota sulla specialità Ketek (Telitromicina), antibiotico per il trattamento delle infezioni respiratorie. L'Agenzia europea di medicinali (Enea) ha ricevuto segnalazioni di gravi danni associati all'uso di Ketek. Il Comitato per le specialità medicinali ha chiesto all'Aventis Pharma di modificare le informazioni della specialità per inserire ulteriori avvertenze relativamente alle reazioni epatiche. Misura cautelativa in attesa di rivalutazione completa del prodotto.

Corso di psicoterapia ed ipnosi

Sono già iniziate le iscrizioni al Corso di Psicoterapia ed Ipnosi Medica Primo Livello, riservato a Medici-Chirurghi, Psicologo laureandi, che si svolgerà per il quattordicesimo anno consecutivo in Ancona.

Sono già stati attribuiti 36 crediti E.C.M. per Medici e Psicologi.

Il corso si terrà all'Hotel Passetto - Via Tharon de Revel, 1 - Ancona l'11-12 marzo, 25-25 marzo, 8-9 aprile.

Il corso, a carattere Teorico e Pratico, è limitato ad un numero chiuso di partecipanti. Per informazioni tel. 071732050 Portatile 336631167 fax 071732455 e-mail: info@smipi.it



Un'importante realtà associativa per i sanitari pensionati

La FEDER.S.P.EV. FEDERAZIONE NAZIONALE SANITARI PENSIONATI E VEDOVE è l'Associazione sindacale per eccellenza che da quasi cinquant'anni opera per la tutela dei pensionati Sanitari (farmacisti, medici, veterinari e le loro vedove). Merita l'attenzione e l'adesione per la sua efficienza e per le spiccate finalità sociali, sindacali e di solidarietà. La Federspev è presente in tutto il territorio nazionale con i rappresentanti delle sezioni provinciali. Ha raggiunto molti concreti risultati nel campo pensionistico, previdenziale ed assistenziale in tutti i vari settori pubblici e privati (Inpdap, Inps, Enpam, Enpaf, Enpav, ecc...).

Aderisci a questa grande famiglia; le modalità di pagamento della quota associativa semestrale assai modesta (17,05 per i titolari e 10,07 per le vedove) sono state estremamente semplificate basta sottoscrivere ed inviare l'acclusa cartolina e la quota associativa verrà automaticamente trattenuta dall'Enpav sulla tua pensione. Questi i nostri servizi:
Informativa:
- invio gratuito di un giornale mensile di informazione estremamente pratico "Azione Sanitaria".
- fondo di Solidarietà per i casi più impegnativi.
Consulenza pensionistica:
- la consulenza pensioni-

stica è svolta dal Dr. Paolo Quarto, ex Dirigente Enpam, per tutti i settori della previdenza; la consulenza viene effettuata nei giorni di martedì e mercoledì dalle ore 9.30 alle ore 12.30 a mezzo telefono (063221087 - 3203432) o a mezzo fax (063224383) o recandosi personalmente presso la sede sociale sita in Via Ezio 24 Roma, possibilmente dietro appuntamento.

Consulenza legale
- la consulenza legale viene svolta dall'Avv. Giu-



lio Guarnacci. Sarà sempre opportuno prenotare per telefono 063222666 eventuali incontri. La prestazione professionale gratuita per i nostri iscritti è limitata alla consulenza; ogni altra prestazione professionale sarà svolta a tariffe facilitate con gli iscritti, concordate direttamente con il professionista.
Consulenza fiscale:
- la consulenza fiscale è svolta dal Dr. Alberto Corbezzolo al numero telefonico 063244907.

Collaborazione estiva presso i Centri Federali Tennis

L'Associazione Sportiva Dilettantistica "Luigi Orsini" che, per le sue finali ha ottenuto il riconoscimento di Ente Morale D.P.R. del 17.6.1975 n. 289, organizza già dal 1974, raduni sportivi per i giovani dai 7 ai 16 anni, provenienti da tutte le regioni italiane, nei propri Centri Federali Tennis di:

Pievelago (MO) dal 18/6 al 26/8

Castel di Sangro (AQ) dal 18/6 al 26/8

Brallo di Pregola (PV) dal 18/6 al 26/8

Serramazzone (MO) dal 18/6 al 12/8

Sestola (MO) dal 18/6 al 29/8

Tremosine - Lago di Garda (BS) dal 18/6 al 29/7

Dovendo garantire la presenza di un Medico durante i raduni sportivi abbiano la necessità di contattare un certo numero di Medici, per prestazioni sanitarie occasionali che verranno liquidate insieme al rimborso delle spese di vitto ed alloggio.

Per collaborare è necessario inviare, all'indirizzo della nostra Associazione, un curriculum e la domanda di collaborazione che può essere richiesta alla nostra Sede di Roma o scaricata dal sito internet www.centrifederalitennis.it
e-mail: segreteria@centrifederalitennis.it





**Lega italiana per la lotta contro i tumori con la
collaborazione della Associazione medici scrittori italiani**

XXVIII Premio letterario nazionale per medici

La lega contro i tumori sez. di Parma, indice per il 2006 la XXVIII edizione del Premio Letterario Nazionale di narrativa aperto a tutti i medici che si svolgerà in autunno.

Le opere concorrenti, in numero di 10 copie, dovranno essere inviate alla Lega contro i tumori, sez. di Parma - via Gramsci, 14 - 43100 Parma - entro e non oltre il 31 maggio 2006 (della data di spedizione farà fede il timbro postale).

Per informazioni, la nostra segreteria è aperta tutti i giorni dalle ore 8,30 alle ore 12,30, tranne il sabato tel. 0521/988886 - 702243 - Fax 0521/988886 - e-mail: parma@lilt.it

Banca Popolare di Sondrio

Convenzione di "Conto Corrente on line" riservata agli iscritti all'Ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri

tasso creditore: 2,250% (Tasso di Riferimento BCE);

- periodicità di liquidazione interessi: trimestrale;
- spese fisse di tenuta conto: nessuna;
- spese per ogni operazione: nessuna;
- diritti di liquidazione: nessuno;
- spese di produzione e invio estratto conto: nessuna;
- spese estinzione rapporto: nessuna;
- rilascio tessera Bancomat e PagoBancomat: gratuito;
- commissione prelievo Bancomat: gratuito presso la Banca Popolare di Sondrio, gratuito - fino a 50 prelievi annui presso altri Istituti (dal 51°, 2,00 euro);
- bonifici Italia: 0,50 euro;
- Scigno Internet Banking (multilingue): gratuito;
- custodia e amministrazione titoli: gratuita.

Tra le funzionalità dispositive offerte, oltre a quelle informative inerenti alla situazione contabile

- anche via sms e/o e-mail, vi sono i bonifici (Italia ed Estero), le ricariche cellulari, i pagamenti di utenze, MAY, RAY e del canone Rai. Tra i servizi collegati elenchiamo la possibilità di avvalersi del "trading on line" per le operazioni di investimento del risparmio (con tre differenti linee informative, tra cui, quella base, è offerta gratuitamente) e di "informutui on line" per chi è interessato a finanziare l'acquisto di un immobile.

E' data, inoltre, la possibilità di richiedere la polizza Gente Serena, una esclusiva polizza assicurativa in virtù della quale i rapporti con la banca sono assistiti dalla copertura contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali.

27 posti a concorso Oasi di Troina all'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere scientifico

L'Ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale Oasi di Troina, mette a concorso 27 posti in pianta organica nelle varie figure del personale sanitario.

I bandi per le selezioni sono stati pubblicati sull'ultimo numero della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

In particolare ecco le figure richieste:
n. 1 dirigente medico di Audiologia e Foniatria

n. 1 dirigente medico di Neuropsichiatria Infantile

n. 1 Dirigente Sanitario Farmacista - Specializzazione Farmacia Ospedaliera

n. 1 Dirigente Sanitario Psicologo - Specializzazione Psicoterapia

n. 2 Dirigente Sanitario Biologo - Specializzazione Genetica Medica

Collaboratori Professionali Sanitari:

n. 1 Ortottista

n. 6 Infermieri

n. 3 Educatori Professionali

n. 1 Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico

Operatori Tecnici

n. 10 Operatore Socio Sanitario (O.S.S.)

Le modalità di espletamento sono quelle previste dagli artt. 3 e 4 del vigente Regolamento del personale, nonché dalle disposizioni normative e legislative in vigore. La domanda e la documentazione, comunica il presidente e legale rappresentante padre Luigi Ferlauto, deve essere inoltrata, per il personale Dirigente entro il 90° giorno e per il restante personale entro il 30° giorno dalla data di pubblicazione del presente estratto sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, a mezzo del servizio postale, al seguente indirizzo: Associazione Oasi Maria SS. Onlus - IRCCS, Via Conte Ruggero N. 73 Troina (EN) - C.A.P. 94018. Eventuali informazioni si possono ottenere sul sito internet: www.oasi.en.it - Ivan Scinaro, Ufficio Stampa IRCCS Oasi (338.7699807).

Possibilità di ammettere specializzandi nelle strutture ONAOSI

La Giunta Esecutiva Onaosi, ha confermato, a titolo sperimentale, anche per il 2006 la possibilità di ospitare nelle sottoelencate strutture dell'ONAOSI specializzandi, nonché laureati iscritti a master di 2° livello, ovvero partecipanti a dottorati di ricerca: nell'Istituto di Perugia, Bari, Bologna, Messina, Padova, Pavia.

Analoga possibilità è stata estesa ai sanitari iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale.

L'inserimento nelle Strutture degli aspiranti verrà effettuato in base alla data di ricezione dell'istanza redatta sulla base del modello che verrà inviato dagli uffici dell'ONAOSI nei limiti dei posti disponibili. In caso di parità nella data di ricezione della domanda si terrà conto del voto di laurea conseguito.



Il centro Onaosi a Messina





Emergenza Cardio-Cerebrovascolari: Arriva "Sam" il paziente robot più avanzato al mondo

La Sicilia ospita SAM (Simulatore Artificiale Medico), il futuro della bioingegneria al servizio della prevenzione cardio-cerebrovascolare

Palermo, 24 febbraio 2006 - Un simulatore medico artificiale e 600 medici di medicina generale per combattere efficacemente infarto, ictus, scompenso cardiaco ed altre patologie cardio-cerebrovascolari, tra le cause più frequenti di morte in Sicilia. Questi i numeri del progetto LIFECASE, nato dalla collaborazione tra Dies Group e Pfizer e patrocinato dal Ministero della Salute e dalla Regione Siciliana.

La Sicilia è la quarta regione (dopo Lazio, Friuli e Veneto) ad ospitare e promuovere il progetto di formazione che, a livello nazionale, coinvolgerà nel prossimo biennio 15mila medici di medicina generale di ben 75 ASL.

Dal 27 febbraio fino al 18 marzo, LIFECASE vedrà la formazione di 600 medici di medicina generale provenienti da tutte le province siciliane.

I corsi prenderanno il via lunedì 27 febbraio alle ore 14 a Messina presso la sede dell'Ordine dei Medici fino al 3 marzo, poi dal 6 all'11 marzo si sposteranno a Catania, presso la sede dell'Ordine dei Medici ed infine dal 13 al 18 marzo a Palermo, presso Villa Malfitano. Nato dalla sinergia tra innovazione e scienza, LIFECASE

(www.lifecase.it) è un percorso di formazione dedicato al Medico di Medicina Generale e orientato all'emergenza cardio-cerebrovascolare, che si avvale dell'utilizzo della sofisticata tecnologia di SAM (Simulatore Artificiale Medico). SAM, il simulatore artificiale medico per la simulazione delle

emergenze/urgenze cardio-cerebrovascolari più avanzato al mondo, è dotato di un corpo robotico che riproduce nei minimi dettagli anatomia e morfologia umane, e di un software in grado di riprodurre migliaia di profili di pazienti, con fattori di rischio e complica-

ze.

DIES Group, azienda leader nello sviluppo e implementazione di soluzioni formative per gli operatori della salute, così commenta il progetto LIFECASE. "È il primo, fondamentale passo di un'efficace azione difensiva, contro l'impatto delle patologie cardio-cerebrovascolari - spiega il Presidente di Dies Group Corrado Cusano. - Un cammino formativo di assoluta avanguardia per il medico, dove la simulazione rappresenta un valore tecnologico importante, perché consente di minimizzare i danni, massimizzare i benefici delle prestazioni e, conseguentemente, riduce in modo significativo i costi

sanitari".

Partner di Dies nel progetto LIFECASE è Pfizer Italia, leader nel settore farmaceutico: "Pfizer ha voluto promuovere questo progetto perché crede fermamente nella corretta formazione e informazione sul rischio cardiovascolare globale - afferma Marina Panfilo, Responsabile delle Relazioni Istituzionali Regionali di

Pfizer Italia - Il sostegno alla realizzazione del Progetto Lifecase, dedicato al medico di famiglia, è per noi la conferma dell'efficacia della strada intrapresa con il progetto Reability, anche questo ideato insieme a Dies Group, che ha dato la possibilità a oltre 1.500 medici cardiologi di aggiungere un nuovo importante capitolo alle conoscenze in materia di chirurgia vascolare, attraverso interventi di angioplastica virtuale. Crediamo nella formazione medico scientifica e riteniamo che, quando questa si applica alle patologie cardiovascolari, possa contribuire ad un significativo miglioramento della salute della popolazione italiana".



Liberamente trattato ed adattato dal Video-clip divulgativo dell'American Society for Surgery of the hand: Giovanni Risitano, chirurgo della mano c/o Cattedra di Chirurgia plastica dell'Università di Messina

Chirurgia della mano

Prima che mi tagliassi le dita cadendo con ma bottiglia in mano, non sapevo neanche che la chirurgia della mano esistesse come specialità chirurgica. Dopo complessi interventi chirurgici per ricostruire tendini, vasi e nevi e quasi un anno di riabilitazione il mio punto di vista è cambiato notevolmente. Non abbiamo idea di quale monumentale handicap siamo portatori quando semplici gesti come aprire ma porta chiusa a chiave, tirare fuori delle monete, abbottonarsi la camicia, guidare la macchina non sono più alla nostri portata. Alla frustrazione quotidiana si aggiunge il terrore di non poter più tornare a fare il proprio lavoro o a coltivare i propri hobbies.

Ho avuto modo in questo periodo di considerare la complessità e la magnificenza della mano nei suoi elementi costitutivi: cute soffice e scorrevole per assicurare protezione e sensibilità (la vista dei ciechi), ossa ed articolazioni per assicurare stabilità e motilità, muscoli e tendini per assicurare prensione, finta e movimenti tini, e tutto supportato da vasi per assicurare il nutrimento e da nervi per il controllo istantaneo di quanto accade. Normalmente la mano non solo è strumento indispensabile in tutte le nostre attività, ma contribuisce in modo speciale alla nostra vita di relazione, lì parte della nostra sfera emozionale e della immagine che offriamo agli altri.

Per questo ora non mi stupisco che i problemi legati ad un organo così complesso siano trattati da specialisti che hanno raggiunto un'esperienza e una preparazione che supera quella necessaria a fregiarsi del titolo di specialista in Ortopedia o in Chirurgia Plastica o in un'altra specialità chirurgica. I pazienti devono sapere che la mano è una parte molto importante del loro corpo e che hanno diritto di essere trattati da chirurghi della mano per questi problemi.

Nella sala d'attesa di un chirurgo della mano si può anche avere un'idea dell'ampia gamma di problemi che possono presentarsi: dalle malformazioni congenite ai traumi, alle infezioni, ai tumori, alle forme di artrosi e di malattie da usura o da sovraccarico funzionale nei giovani e nei vecchi, nelle casa-



linghe e nei musicisti ed in ogni livello sociale. Non c'è da stupirsi se i problemi che vengono proposti a questi specialisti non sono quindi limitati alla mano come distretto anatomico che finisce a livello del polso, ma siano tutti quelli interessanti l'uso delle mani e degli arti superiori.

Sorprende anche considerare che una notevole quantità di problemi possono essere trattati e risolti non con interventi chirurgici, ma con presidi medici, con ortesi, con esercizi fisici o con semplici procedure ambulatoriali come le infiltrazioni.

La chirurgia della mano si avvale in modo importante dell'aiuto dei Tempisti della Riabilitazione, specie di quelli che hanno scelto di qualificarsi nel trattamento dei problemi della mano e dell'arto superiore. L'aiuto che un Terapista della Mano - dare ad un paziente che ha subito un infortunio e che è stato adeguatamente trattato è importante e - migliorare il risultato finale e facilitare gli sforzi~ diani per ritornare alla normalità in tempi più brevi e senza ricorrere a ulteriori interventi chirurgici. La Riabilitazione della mano è uno sport di squadra ed il paziente fa parte assieme al chirurgo ed al tempista di un gruppo che deve lavorare assieme per conseguire i migliori risultati che sono possibili in una specialità difficile ma affascinante.

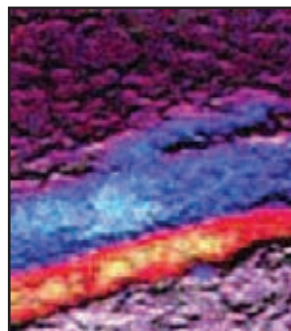
Anche le autorità del nostro Servizio Sanitario Nazionale si sono rilevate sensibili a questa esigenza e fin dal 2001 la Conferenza Stato-Regioni ha istituito sul territorio italiano Strutture Semplici e Strutture Complesse come Centri di Riferimento per la Chirurgia della Mano nei presidi ospedalieri delle Regioni italiane. Purtroppo, dopo 5 anni, la rete nazionale mostra il solito squilibrio tra Nord e Sud, con le regioni più evolute ben organizzate, sia a livello pubblico che privato, e le regioni meno evolute come Sicilia e Calabria ancora in attesa che Manager illuminati e Assessori preparati vengano incontro a questa esigenza dell'utenza.



L'appropriatezza diagnostica in patologia vascolare

"Dottore, mi prescriva il doppler!" Potenzialità e limiti di un'indagine che non si nega a nessuno

di Oreste **URBANO**



mi non pertinenti a presunte patologie vascolari con aumento della richiesta autoindotta;

·neurosi ipocondriaca in gran parte provocata dalla ingerenza informativa poco corretta dei media.

E' un dato incontrovertibile che i test diagnostici dovrebbero esse-

re richiesti solo e soltanto quando il loro risultato può modificare le decisioni cliniche e/o la qualità della vita del paziente. L'efficacia, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni devono pertanto essere al centro di ogni intervento di razionalizzazione dell'assistenza sanitaria.

Oggi assistiamo ad una crescente divaricazione tra il reale bisogno di salute e la richiesta di prestazioni sanitarie, non sempre giustificata da condizioni di effettiva necessità. Assecondare la richiesta ad un immediato ricorso alla diagnostica strumentale, tante volte emotivamente sollecitato dai pazienti, vuol dire di fatto lasciare crescere una medicina organizzativamente ed economicamente insostenibile.

"L'appropriatezza definisce l'intervento giusto, al paziente giusto, al momento e per il tempo giusto, nel posto giusto e dal professionista giusto".

Essa indica in altre parole la capacità di rispondere in modo idoneo al reale bisogno di salute e non delinea, come si potrebbe pensare, una strategia per ridurre i costi ma solo per ottimizzare l'impiego delle risorse: un loro consumo proficuo che risponda ai criteri di efficacia ed efficienza nel prioritario interesse del cittadino-utente identificando i livelli di priorità e le prestazioni al contrario inappropriate.

La semplicità e l'intuitività della definizione non devono trarre però in inganno relativamente alla sua fattibilità operativa specie in termini organizzativi. Come detto il ricorso sempre più indiscriminato ad esami di dia-

In base al decreto legislativo n. 229/99 vengono "esclusi dai livelli di assistenza erogati dal Servizio Sanitario Nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate" (art. 1, comma 7/b).

Le numerose richieste di esami vascolari (eco-color-doppler) non invasivi ed i lunghi tempi di attesa per la loro esecuzione rappresentano un problema diffuso in ogni realtà sanitaria.

L'eco-color-doppler è un'indagine diagnostica ad elevato rischio di inapproprietezza per tutta una serie di motivazioni:

- esame incruento, di breve durata, non disagevole e quasi sempre diagnostico;
- esame molto pubblicizzato dai media;
- esame concupito da operatori spregiudicati, anche con scarsa competenza clinica, con conseguente indiscriminato aumento dell'offerta;
- non adeguata conoscenza delle malattie vascolari, specie di quelle venose, da parte di tutta la classe medica anche specialistica;
- attribuzione da parte dei pazienti di sinto-



CODICE ROSSO	Sospetta TVP (probabilità alta o EP
CODICE GIALLO	Sospetta TVP (probabilità alta o moderata) o TVS
CODICE VERDE	Sospetta TVP (probabilità bassa) Malattia varicosa arti inferiori - IVC arti inferiori
CODICE BIANCO	Controllo a 7 giorni in caso di risposta dubbia per TVP
CODICE AZZURRO	Sindrome post-trombotica

Proposta di Triage per accesso a prestazioni di diagnostica strumentale per patologia delle Vene degli Arti Inferiori

CODICE ROSSO	Attacco ischemico in atto - Stroke
CODICE GIALLO	TIA in crescendo - due o più episodi in 24 ore, tre o più episodi in 72 ore
CODICE VERDE	Sintomi suggestivi per TIA carotideo o posteriore da almeno quattro giorni
CODICE BIANCO	Asintomatici o sintomatici con sintomi da più di 30 giorni - Età > 65 anni fibr o altre localizzazioni ATS o Aneurisma Ao - Follow up in pazienti con TEA
CODICE AZZURRO	TIA e/o minor stroke insorti da più di 7 giorni - Asintomatici deputati ad interventi maggiori

Proposta di Triage per accesso a prestazioni di diagnostica strumentale per patologia dei Tronchi Sopra-Aortici (TSA)

gnostica strumentale sempre più tecnologicamente avanzati, spesso al di fuori di qualsiasi criterio di appropriatezza, efficacia e opportunità clinica, di fatto frustra questo tipo di approccio metodologico.

E questo comportamento ha due tipi di ripercussioni: una, per così dire filosofica, che determina uno svilimento da abuso di metodiche diagnostiche avanzate, clinicamente e scientificamente preziose (come per l'appunto l'eco-color-doppler vascolare), e un'altra, socio-sanitaria, che induce effetti nefasti sull'equa possibilità da parte di tutti i cittadini di accedere ai servizi ambulatoriali secondo il loro reale bisogno e la gravità del loro quadro clinico. In soldoni tutto questo si traduce in un allungamento spropositato e ingiustificato delle liste di attesa. Alcune Aziende Sanitarie ed anche alcune Regioni si sono orientate ad

elaborare indicazioni cliniche al fine di ottimizzare l'efficacia e l'efficienza dei servizi e la definizione dei criteri di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnosi strumentale; organizzare quindi strategie di intervento basate sulla selezione ed il governo della domanda attraverso l'appropriatezza prescrittiva. Il tentativo di risolvere il problema con un aumento del volume dell'offerta si tradurrebbe infatti in un incremento della domanda inappropriata, specie di quella autoindotta, e conseguentemente della lunghezza delle liste di attesa. A tal proposito va segnalato il Progetto Interaziendale per l'Appropriatezza della ASL 16 di Padova con la proposta di profili aziendali di diagnosi e cura condivisi da tutte le figure sanitarie ospedaliere e territoriali, lo Studio di intervento sull'appropriatezza dell'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna in collaborazione con l'Agenzia Sanitaria Regionale. In tutte il problema della diagnostica vascolare con eco-color-doppler ha avuto un posto preminente se non addirittura esclusivo: individuando in questo tipo di diagnostica strumentale uno dei principali punti di criticità.

In Sicilia l'Assessorato Regionale alla Sanità ha emanato delle Linee Guida per l'uso appropriato dell'eco-color-dopplergrafia vascolare (GURS 18 Gennaio 2002 - N. 4), inviate ai Medici di Medicina Generale, che

Proposta di triage per accesso a prestazioni di diagnostica strumentale per patologia delle Arterie degli Arti Inferiori (PAD).

CODICE ROSSO	Ischemia acuta o subacuta degli arti inferiori o superiori
CODICE GIALLO	Esordio improvviso con claudicatio a pochi mt.
CODICE VERDE	PAD II B (claudicatio severa) - III e IV stadio (ischemia critica)
CODICE BIANCO	Ricorso ATS occulta - PAD I stadio - PAD II A e B (claudicatio lieve e moderata)
CODICE AZZURRO	PAD II B severa (controlli) - rivascolarizzati (controlli)



TVP:	Trombosi Venosa Profonda
TVS:	Trombosi Venosa Superficiale
IVC :	Insufficienza Venosa Cronica
TEA:	Tromo Endo Arteriectomia
PAD:	Arteriopatia Obliterante Periferica
ARTERIOPATIA OBLITERANTE PERIFERICA	
ATS:	Aterosclerosi
TADIO I	ASINTOMATICI
STADIO II	CLAUDICATIO LIEVE (> 300 mt.)
	CLAUDICATIO MODERATA (< 300 e > 50 mt)
	CLAUDICATIO SERRATA (< 50 mt)
STADIO III	DOLORI A RIPOSO
STADIO IV	LESIONI TROFICHE

facendo proprie le indicazioni del nomenclatore tariffario nazionale degli esami strumentali, traccia il grado di appropriatezza delle relative indicazioni fornendo quindi, pur con grosse riserve sull'estensione prescrittiva di alcuni esami, una traccia da seguire per il medico prescrittore.

Da alcuni anni il nostro gruppo si è fatto promotore di una serie di iniziative volte a condividere processi e percorsi diagnostico-terapeutici con i colleghi medici di Medicina Generale.

L'idea di escludere la partecipazione decisionale dei MMG nella prescrizione dell'esame strumentale corretto (prescrizione del MMG di sola visita angiologica, demandando allo specialista la prescrizione dell'indagine strumentale idonea) non ci sem-

bra percorribile perché ghezzante, deontologicamente scorretta, culturalmente non formativa e deresponsabilizzante.

La prescrizione di un esame strumentale deve nascere solo dopo un'attenta valutazione clinico-anamnestica del paziente nella consapevolezza delle potenzialità e dei limiti dell'accertamento strumentale stesso: il medico generalista lo può fare avendo il polso clinico del paziente e quindi la possibilità di inviare correttamente e tempestivamente.

Nelle tabelle riportiamo delle proposte di triage per l'accesso alla diagnostica strumentale angiologica con l'intento di valutarle, condividerle e quindi proporre l'applicazione agli organi istituzionali.



Giornata di studio il 29 Aprile all'Auditorium ATM

Spalla e ginocchio chirurgia - riabilitazione

Alla ricerca della stabilità: questo sarà il tema principale della giornata del 29 aprile 2006.

Sia la spalla che il ginocchio sono articolazioni chiamate a svolgere compiti di alta precisione esprimendo allo stesso tempo elevate potenze. Per tali motivi entrambe

le articolazioni devono essere ben stabilizzate, durante le varie attività, sia dalle strutture passive che attive, evitando danni irreparabili a carico delle articolazioni. Cosa fare quando questa stabilità viene meno? Su questo interrogativo diverse figure professionali, Chirurghi-Fisiatri - Medici dello Sport - Fisioterapisti - Preparatori Atletici, sono chiamate a rispondere con il tentativo di creare un visione unica e condivisibile per consentire ai pazienti di riprendere più rapidamente possibile le loro attività sia lavorative che sportive.

L'inquadramento clinico, chirurgico e principalmente riabilitativo detteranno i tempi di lavoro dell'incontro messinese. Oltre all'aspetto chirurgico e riabilitativo si darà rilevanza anche ai criteri essenziali per il ritorno allo sport sia professionistico che dilettantistico.

Anche per questo evento sono stati richiesti i crediti formativi per medici e terapisti nel tentativo, insieme agli illustri ospiti, di rendere qualitativamente valido l'incontro del 29 aprile 2006.

Il convegno è organizzato dalla Kinecenter del Dott. Giamfranco Lisitano.

Il programma:

8,30 registrazione partecipanti

9,00 saluto autorità

Moderatori: **A. Moschi - G. Miloro**

9,15 La stabilità della spalla - **Dr. G. Lisitano,**

9,30 Classificazione ed etiopatogenesi - **Dr. G. Di Giacomo,**

9,50 Inquadramento clinico dell'instabilità di spalla - **Dr. E. Barbieri**

10,05 Imaging della spalla instabile - **Prof. A. Blandino**

10,20 Indicazione e trattamento conservativo dell'instabilità di spalla: tempi e modalità
Dr. A. Giombini



10,35 Indicazione e trattamento chirurgico dell'instabilità di spalla
Dr. G. Di Giacomo

10,55 Trattamento riabilitativo post operatorio: tempi e modalità
Tdr A. Scariato

11,10 Discussione

11,40 COFFEE BREAK

Moderatori: **A. Bombara - M. Ferlazzo**

12,10 La stabilità del ginocchio -
Dr. S. Zaffagnini

12,25 Indicazione e trattamento chirurgico della lesione del LCP - **Dr. A. Lelli**

12,40 Riabilitazione dopo ricostruzione del LCP - **Dr. G. Melegati**

12,55 discussione

13,25 BEAK LUNCH

Moderatori: **A. Niceforo - U. Corapi**

14,30 Criteri per la prevenzione delle lesioni del ginocchio nello sportivo - **Prof. G. Cerulli**

14,45 Attualità nel trattamento chirurgico delle lesioni dell' LCA - **Prof. G. Cerulli**

15,00 Riabilitazione post ricostruzione dell' LCA: stato dell'arte - **Dr. G. Melegati**

15,15 L'isocinetica nella riabilitazione dell'arto inferiore: stato dell'arte - **Dott. G. Severini**

15,30 Criteri per il ritorno allo sport - **Dr. P. Volpi**

15,45 Discussione

Moderatori: **C. Cammaroto - G. Quattrocchi**

16,00 Indicazioni e trattamento chirurgico delle lesioni meniscali - **Dr. De Carli**

16,15 Protocolli riabilitativi post operatori - **Dr. F. Danelon**

16,30 Trapianto meniscale: indicazioni e tecnica - **Dr. A. Tripodo**

16,45 Recupero atletico durante la riabilitazione - **Dr. G.S. Roi**

17,00 discussione

17,30 COFFEE BREAK

18,00 WORKSHOP: LE INFILTRAZIONI STATO DELL'ARTE

Moderatori: **Dr. S. Marino - Dr.ssa C.**

Migliorato, Prof. F. Squadrito, Dr. Barbieri, Prof. Lo Gullo,

18,00 WORKSHOP: Per terapisti

Moderatore: **Dr. S. Denaro**

19,00 CHIUSURA DEI LAVORI



L'esame elettromiografico, (EMG), è un'indagine strumentale utile nelle malattie neuromuscolari e consiste nello studio delle intrinseche proprietà elettriche del muscolo volontario o scheletrico.

Il termine EMG raggruppa due tecniche neurofisiologiche differenti e complementari:

troncolare dei distretti esplorati consentono poi all'elettromiografista di formulare le conclusioni diagnostiche relativamente alla sede e alla tipologia del danno nel distretto danneggiato dalla patologia in esame.



Elettromiografia strumento di approfondimento diagnostico

Ambiti di applicazione clinica, aspetti burocratici e organizzativi

*di Maria Luisa **ROBERTO**

1) l'Elettromiografia ,EMG vero e proprio che, mediante l'uso di un agoelettrodo, deriva l'attività bioelettrica muscolare (spontanea e durante contrazione volontaria). L'esame ad ago è un atto medico e pertanto di esclusiva pertinenza del medico.

2) l'elettroencefalografia (ENG) che studia la risposta evocata di muscoli e di nervi in seguito a stimolazione elettrica. Questa parte dell'esame, eseguibile con elettrodi di superficie, può essere effettuato anche dal tecnico di neurofisiopatologia su indicazione del medico specialista preferibilmente il neurofisiologo clinico.

Sia per l'EMG vera e propria che per l'ENG vengono esaminati muscoli e nervi scelti di volta in volta, in base alla sintomatologia riferita e all'indirizzo diagnostico che viene formulato.

Le conoscenze anatomiche di innervazione radicolare o

Ogni esame EMG deve essere quindi preceduto da un'attenta anamnesi e da un esame clinico neurologico che comprenda le prove di bilancio muscolare.

L'EMG può essere considerato un'estensione del classico esame clinico neurologico, un mezzo aggiuntivo, una verifica della valutazione clinica.

Le indicazioni più frequenti dell'elettromiografia sono: Neuropatie (multiple e le polineuropatie) N. Focali o sindromi da intrappolamento (s. del tunnel carpale, s. dell'unare al gomito, s. del peroneo al capitelto, s. del n. cutaneo femorale o meralgia parestesica, s. del tunnel tarsale), Neuropatie traumatiche dei nn. periferici, Neuropatie dei nn. craniici (V,VII,XI,XII)

Radicolopatie cervicali e lombosacrali, Plessopatie cervicobrachiali e lombosacrali, Malattie muscolari (distrofie, miopatie, etc),

Malattie da alterazioni della giunzione neuromuscolare (miastenia, botulismo), Malattie del motoneurone (sclerosi laterale amiotrofica).

I medici richiedenti sono in prevalenza Medici di Cure Primarie, Neurologi, Neurochirurghi, Ortopedici, Internisti, Diabetologi, Reumatologi, Fisiatri, Nefrologi.

La concordanza esame richiesto-esame eseguito è stimata nell'ordine del 58%, pervengono infatti con relativa frequenza, richieste generiche sulla base di dolori o parestesie non meglio definiti; l'anamnesi e l'esame clinico condotto dal medico specialista nelle patologie del sistema neuromuscolare aiutano a meglio programmare la metodologia dell'esame. Per quanto oggi siano state elaborate dalle società scientifiche specialistiche del settore alcune linee guida condivise a livello internazionale, non bisogna sottovalutare il fatto che l'EMG è un esame dinamico. Spesso infatti, durante l'esecuzione di un esame, l'elettromiografista è obbligato, in base alle rilevazioni che via via emergono, a cambiare il percorso diagnostico. Ne consegue, in una buona percentuale di casi, la limitata prevedibilità aprioristica dei territori da esaminare.

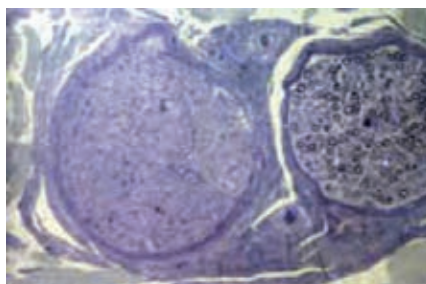
A conclusione dell'esame, l'insieme dei dati rilevati consente di fornire informazioni significative relativa-

mente alla sede del danno, al tipo di fibre periferiche interessate, al coinvolgimento della componente mielinica e/o assonale ed, entro certi limiti, possono essere ricavate indicazioni sull'acuzie o sulla cronicità della patologia esaminata. Il sistema di tariffazione usato fino a poco tempo fa (tariffazione per segmenti) creava enormi difficoltà al medico prescrittore che si trovava nella difficoltà di predeterminare le prestazioni necessarie a risolvere il quesito elettrodiagnostico. Ne derivavano storture e disagi per il paziente che, a volte, doveva ritornare dal medico richiedente per rimodulare la richiesta.

La Regione Sicilia è intervenuta prevedendo la possibilità di prescrivere genericamente "elettromiografia arti superiori o elettromiografia arti inferiori". Tuttavia anche questo sistema non è esente da difetti; basti pensare che il nomenclatore tariffario regionale vigente non è stato modificato e prevede analoga remunerazione per "esami semplici o time consuming" come ad esempio la SFEMG e l'EMG quantitativo che necessitano di tempi più lunghi. Poiché l'esame clinico preliminare è indispensabile, sarebbe opportuno che facesse par della tariffazione unica e globale dell'esame comprendente il costo effettivo dell'esame (quota di ammortamento macchina, materiale di consumo, tempo di lavoro del medico e del tecnico o del solo medico, in assenza del tecnico. Alcuni anni or sono, da uno studio multicentrico condotto in Italia tra numerosi ambulatori di EMG è emerso che il tempo medio di un esame EMG raggiunge i 45 minuti e aumenta per gli esami di alta specializzazione (Es.SFEMG).

L'utilizzo di "tempari"

potrebbe essere adeguato ad un miglioramento della qualità, consentirebbe di predeterminare un tetto di esami correlato alle risorse umane e strumentali impiegate ed un sistema di tariffa globale (1 paziente - un esame EMG omnicomprensivo) porterebbe ad un più



immediato controllo del sistema quantità/qualità della spesa sanitaria. Non è superfluo sottolineare la necessità della presenza del medico nel corso dello svolgimento delle tappe fondamentali dell'esame inteso per l'appunto nella sua globalità. In rapporto alle considerazioni espresse e alla differente complessità dell'esa-



me, emerge il vantaggio di proporre una distinzione tra due tipologie di esame:

- 1) Esame EMG di routine (tempo medio 45 minuti)
- 2) Esame EMG ad alta specializzazione (tempo medio 60 minuti) eseguito su specifico quesito specialistico.

In Sicilia non tutti gli ambulatori sono in grado di eseguire esami di alta specializzazione. E' perciò auspicabile: prevedere istituzionalmente le due tipologie di ambulatori anche in funzione delle norme di accreditamento, individuare quelli già presenti e la loro diversa collocazione (Aziende Ospedaliere di II o III livello, IRCS, Ambulatori specialistici delle ASL) informarne adeguatamente l'utenza e i Centri Unici di Prenotazione (C.U.P.) in relazione alla tipologia di esame da effettuare, incentivare la collaborazione tra le diverse tipologie di ambulatori per migliorare le risposte al bisogno di salute dei pazienti.

Il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie passa anche attraverso l'incremento della comunicazione tra gli operatori della sanità; questo breve articolo nasce dalla condivisione di questa idea. Si ringrazia il prof. P. Bramanti direttore del Centro Neurolesi di Messina, il prof. P. Girlanda direttore della Neurofisiopatologia del Policlinico Universitario di Messina, il dott. G. Sottile responsabile dell'U.O.S. di Neurofisiopatologia dell'Azienda Ospedaliera Papardo, la dott.ssa C. Venuto dirigente medico neurologo della A.U.S.L. 5, per la partecipazione alla realizzazione di questo articolo, il dott. N. Molonia responsabile del Distretto Sanitario di Messina nord della A.U.S.L. 5 per il consenso all'iniziativa.

*Dirigente medico A.U.S.L. 5 Messina



*L'equipe del dott.
Grassi in sala
operatoria*



Le malattie coronariche

Si è tenuto il 22 febbraio presso l'Hotel Liberty di Messina l'incontro dibattito su "Le Malattie Coronariche" organizzato dal Rotary Club Messina Peloro.

Introdotta dal presidente Ing. Edoardo Milio il Dott. Alfredo Buttafarro, dirigente medico presso la Struttura Complessa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Piemonte di Messina, ha esaurientemente relazionato sulla cardiopatia ischemica illustrando, con dovizia di particolari e grande comunicatività l'etiopatogenesi, l'epidemiologia, e la terapia medica delle sindromi coronariche acute. Egli ha, inoltre, illustrato i meccanismi attraverso cui si determinano le profonde modificazioni morfologiche e funzionali del cuore affetto da patologia ischemica. Il Dott. Rosario Grassi, Direttore dell'Unità Complessa di Cardiologia dell'Ospedale Papardo, ha tenuto una relazione sul tema dell'Angioplastica Coronarica. Forte della sua pluriennale esperienza nel campo della cardiologia interventistica, ha illustrato l'evoluzione della tecnica, le applicazioni attuali e il prossimo futuro della metodica. Si è particolarmente soffermato sull'Angioplastica Primaria, cioè la riapertura di un vaso coronarico occluso in un paziente con infarto miocardio in corso. Tale metodica, praticata routinariamente presso L'Ospedale Papardo, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 si è dimostrata nei più recenti trials mondiali nettamente superiore rispetto al vecchio trattamento farmacologico (fibrinolisi). Sulla scorta di tali dati è nato un ambizioso progetto patrocinato dall'assessorato regionale alla Sanità di istituzione di una RETE per L'INFARTO MIOCARDICO ACUTO. Nella prima fase saranno coinvolti i centri con maggiore esperienza in emodinamica: l'ospedale Civico, il Cervello e Villa Sofia a Palermo, L'Ospedale



L'incontro al Rotary: Puglisi, Grassi, Milio Buttafarro

Ferrarotto e Cannizzaro a Catania, e il Papardo a Messina. La rete prevede un coordinamento tra ospedali periferici e di riferimento (con emodinamica ad alto flusso di lavoro e con operatori esperti) tramite una centrale operativa e una fitta rete di ambulanze con a bordo un cardiologo e le più moderne apparecchiature di assistenza cardiocircolatoria in grado di permettere al paziente con infarto miocardico acuto di raggiungere, in sicurezza e in tempi brevi, una sala di emodinamica per essere sottoposto ad angioplastica coronarica primaria. Questo consentirà a tutti i cittadini, indipendentemente da luogo ove si trovano al momento in cui occorre loro un infarto miocardico acuto, di avere tutti il trattamento più efficace: l'Angioplastica Coronarica Primaria. Dal mese di Maggio sarà operativo il progetto pilota nella nostra città e grazie alla collaborazione di personale medico e paramedico degli ospedali periferici, degli ospedali di riferimento e del territorio si potrà garantire a tutta la cittadinanza a qualunque ora del giorno e della notte la possibilità in un tempo brevissimo di usufruire dei vantaggi, in termini di riduzione della mortalità e morbilità, che l'angioplastica primaria può offrire loro. La serata si è conclusa tra la soddisfazione degli organizzatori, dei relatori e della platea che ha mostrato grande interesse per un tema importante come la cardiopatia ischemica.





Si è concluso nei giorni scorsi il 4° Convegno sulle Malattie Genetiche Rare tenutosi nell'Aula Magna del Dipartimento di Pediatria del Policlinico Universitario di Messina. Le procedure endoscopiche di tipo diagnostico eseguite nel bambino devono rispondere a requisiti di necessità, utilità e rapidità di esecuzione. Al contrario, l'inappropriata indicazione ed utilizzo della indagine endoscopica comporta enormi disagi. L'endoscopia pediatrica ha presentato un reale sviluppo a partire dagli anni '70, rappresentando le dimensioni degli strumenti il maggiore fattore limitante l'applicabilità nel bambino. La radiologia convenzionale e l'endoscopia sono da considerarsi, a tutt'oggi, indagini spesso complementari e non alternative nella diagnostica della patologia gastroente-

L'ENDOSCOPIA NELLA DIAGNOSTICA GASTROENTEROLOGICA IN ETA' PEDIATRICA

* di Claudio **ROMANO**
Antonella **CRISAFI**
e Carmelo **SALPIETRO**

rologica pediatrica. Le maggiori differenze con l'indagine endoscopica condotta nell'adulto sono costituite dall'utilizzo della sedazione e dell'analgesia, dai limiti secondari al piccolo diametro dei canali operativi degli apparecchi pediatrici, dall'assenza delle lesioni neoplastiche nella diagnosi differenziale, e dall'enfasi posta alla diagnosi istologica oltre che alla valutazione macroscopica della lesione mucosale. Oltre alle esperienze sugli aspetti clinici e sull'applicabilità dell'endoscopia nella diagnostica gastroenterologica, il miglioramento tangibile è quello relativo all'adattamento tecnologico che ha consentito un miglioramento della qualità delle immagini e della loro risoluzione; si è passati infatti dai fibroscopi convenzionali alla videoendoscopia dove l'immagine è generata elettronicamente utilizzando un "charge-coupled-device (CCD)" del diametro di circa 3 mm, localizzato all'estremità distale dello strumento, per poi essere visualizzata su un monitor. I vantaggi della videoendoscopia sono molteplici e costituiti principalmente dalla possibilità che



più osservatori possano assistere all'esame, le immagini possono essere facilmente registrate e conservate per motivi didattici o per follow-up, il sistema video è meno sensibile ai danni causati dalle curvature e dalle torsioni dello strumento rispetto al sistema a fibre ottiche. I moderni colonoscopi forniscono immagini della mucosa ad alta risoluzione grazie ad alcune caratteristiche tecniche: campo visivo di circa 110-130°, dispositivi in grado di ingrandire l'immagine di circa 20-40 volte, estremità distale notevolmente flessibile e provvista di movimenti di angolazione maggiore di 180° in quattro direzioni (superiore, inferiore, destra e sinistra). L'estrema maneggevolezza dei moderni colonoscopi pediatrici permette di esaminare attentamente tutta la superficie mucosa del colon, rendendo l'indagine di importanza fondamentale nello studio della patologia del grosso intestino. La lunghezza dello strumento varia dai 35-70 cm dei sigmoidoscopi flessibili, fino a 160 cm nei colonoscopi; il diametro degli strumenti impiegati in età pediatrica è di circa 10 mm. Il dispositivo è dotato di canali (diametro da 2.7 a 4.2 mm) utilizzati per l'aspirazione, il lavaggio della lente e della superficie mucosa e il passaggio di diversi tipi di accessori. Il colonoscopio è costituito da un apice estremamente flessibile e manovrabile che permette la progressione attraverso le tortuosità

del colon, e da uno corpo più rigido per avanzare quando spinto dall'operatore senza formazione di anse. Una grande varietà di accessori inoltre sono disponibili. L'endoscopista-pediatra ideale non dovrebbe essere soltanto colui che esegue materialmente un esame indicato da altri, ma colui che è capace di correlare e relazionare quadri clinici a reperti endoscopici. Inoltre, dovrebbe conoscere indicazioni, controindicazioni all'esame, l'utilità di eventuali indagini strumentali alternative e saper bilanciare rischi e benefici anche dal punto di vista tecnico. Gli aspetti più importanti che contraddistinguono una efficiente organizzazione di un servizio di endoscopia pediatrica non possono prescindere da: 1) metodi di approccio al bambino ed alla famiglia, 2) l'ambientazione della Sala di Endoscopica, 3) la preparazione all'endoscopia e 4) la sedazione. È stato dimostrato che il bambino > 5 anni sottoposto ad endoscopia, necessita di essere preparato attraverso informazioni precise che consentano di controllare la sua immaginazione e di separare la realtà dalla fantasia; questa separazione è cruciale, in quanto i pensieri e le fantasie dei bambini producono più ansia rispetto alla realtà. I risultati di questi studi dimostrano che l'approccio (ambiente e personale) hanno benefici effetti riducendo significativamente la stimolazione del sistema nervoso autonomo prima dell'esame, consentendo un migliore controllo delle pulsazioni cardiache e delle pressione sistolica, e riduzione in mg della posologia di farmaci somministrare per ottenere una adeguata sedazione o analgesia. Altri 2 aspetti fondamentali per una adeguata organizzazione sono costituiti dal personale paramedico e dalla struttura in senso generale in cui si opera, o che collabora il medico-endoscopista: essi devono essere noti al bambino, possedere una capacità di approccio con senso materno, sia nei confronti del bambino che della famiglia, adeguata gentilezza e capacità di sdrammatizzare l'esame, oltre a rendere confortevole l'ambiente e l'atmosfera in sala endoscopica.

Le maggiori indicazioni cliniche all'ausilio endoscopico nella diagnostica gastroenterologica nel bambino comprendono per l'Endoscopia del Tratto Digestivo Superiore: la Malattia da Reflusso Gastroesofageo, la disfagia, la diagnostica differenziale del vomito ricorrente, l'ematemesi, invece per l'Endoscopia del Tratto Digestivo Inferiore: la diarrea cronica e/o ricorrente, l'ematochezia o rettorragia, alcuni casi selezionati di dolori addominali ricorrenti accompagnati ad alterazioni dell'alvo. La diagnostica endoscopica inoltre ha un ruolo determinante ed un ruolo terapeutico nella gestione di alcune urgenze "gastroenterologiche" come nell'ingestione di corpi estranei e caustici ("incidenti domestici" frequenti nel bambino) o nel trattamento di alcune cause di sanguinamento gastrointestinale come le varici esofago-gastriche e il polipo del colon.

AOU Policlinico Messina

Unità Operativa di Genetica ed Immunologia Pediatrica, Sezione di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

**Responsabile del Gruppo Italiano di Endoscopia Pediatrica*



I colleghi sono
invitati

a collaborare
con "Messina
Medica"

inviando
articoli
e notizie
alla Segreteria
di redazione



aggiornamento

29

Messina
medica
Gennaio
Febbraio
2006

LA GHRELINA: UN NUOVO ORMONE CON MOLTEPLICI FUNZIONI

*di Basilia **PIRAINO**
Antonella **CRISAFI**
Anna Maria **SALPIETRO**

La Ghrelina così chiamata per la sua capacità di stimolare la secrezione dell'ormone della crescita (il suffisso "ghre" significa "grow"-GH releasing peptide). E' un ligando naturale del recettore secretagogo del GH (GHS-R) espresso dalla ghiandola anteriore ipofisaria somatotropa e da specifici neuroni ipotalamici, prodotto da una popolazione di cellule endocrine della mucosa gastrica, dell'intestino, del pancreas, dei reni, del sistema immune, della placenta, dei testicoli, dell'ipofisi e dell'ipotalamo, ha effetti sia endocrini che paracrini. Sono stati ben studiati gli effetti metabolici della grelina, degli effetti regolatori su parecchi organi come il cuore, il SNC e il sistema immune, ma rimangono ancora nuovi campi di esplorazione.

Ghrelina: L'ormone gastrico "ghrelina" è sintetizzata come preprormone e processato proteoliticamente in 28 aminoacidi e si presenta principalmente in due forme: grelina acilata legata ad un gruppo acilico (n-octanylated Ser3), ligando endogeno del recettore dei GH Secretagoghi, e grelina non acilata (o desacilata). La grelina acilata costituisce il 20-30% della grelina circolante ed induce un bilancio energetico positivo, mentre la grelina desacilata era ritenuta priva di attività endocrina e costituisce fino al 70-80% della grelina circolante.

E' evidente che siamo di fronte a un sistema complesso caratterizzato da un ormone presente in circolo con due forme diverse, dotate di attività biologiche distinte e talora opposte. Il sistema grelina non è un semplicemente un secretagogo endogeno del GH, come inizialmente prospettato, ma un complesso e importante modulatore del bilancio energetico.

AZIONI IPOTALAMO-IPOFISARIE

Attività di rilascio dell'ormone della Crescita.

La ghrelina, ligando naturale del recettore secretagogo del GH, stimola fortemente il rilascio di GH in dose-dipendente (GHSR), più

potente del classico GHRH. La più bassa dose di ghrelina usata (0.2microg/kg) porta a un massivo rilascio di GH (43.3 +/- 6.0 ng/ml), e minimi effetti su ACTH o PRL (Takaya et al 2001). Quando ad alti dosi

di ghrelina vi è anche un aumento di ACTH e PRL. Teoricamente, la ghrelina o GHS potrebbero avere un importante

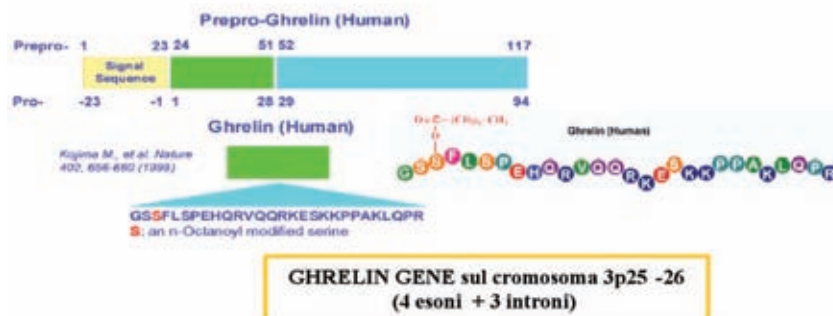


Controllo ed Effetti Fisiologici della Ghrelina

implicazione diagnostica e terapeutica basata sull'effetto di rilascio del GH, soprattutto quando combinato con GHRH, ghrelina e GHS possono essere usati per uno dei più potenti e capaci test di stimolazione per valutare la capacità della ghiandola pituitaria al rilascio del GH per la diagnosi del deficit di GH. **Attività di rilascio della PROLATTINA e ACTH.** La ghrelina non è specifica solo per l'ormone della crescita, ma stimola sia la secrezione della prolattina che dell'ACTH. Fisiologicamente, l'attività di rilascio dell'ACTH dei GHS è mediata attraverso la via del SNC che include oltre il CRH e/o le azioni mediate della vasopressina, anche la via NPY e /o GABA. La risposta ACTH al GHS (naturale o sintetico) è sensibile al feedback negativo del cortisolo. Tuttavia, gli effetti della ghrelina sulla secrezione corticotropica è più esagerata e più alta rispetto al CRH nei pazienti con malattia di Cushing, forse perché riflette una diretta azione della ghrelina sulle cellule tumorali della ghiandola pituitaria ACTH secremenete.

Inibizione della secrezione delle gonadotropine.

La ghrelina modula negativamente l'asse gonadico. Inibisce in dose-dipendente la secrezione LH in vivo e ridurre la risposta del LH al GnRH in vitro.





(Tena-Sempere M. et al 2005)

Influenza sul metabolismo e sul comportamento alimentare. L'ormone della crescita ha importanti azioni metaboliche, nota è quella proteica anabolica e lipolitica: adulti con deficit del GH hanno una ridotta massa muscolare e un aumento dell'adiposità. La ghrelina induce l'aumento della fame e del peso, e l'induzione dell'iperfagia è a vantaggio dell'obesità. Sembrerebbe che la stessa abbia una funzione importante sul comportamento alimentare. Durante il digiuno la combinazione della riduzione dell'insulina e l'aumento della secrezione di GH promuove l'esaurimento delle riserve dei trigliceridi (TG) dai grassi e l'utilizzo degli acidi grassi come fonte di energia. La fame ed il comportamento del "cercare cibo" sono stimolati dalla caduta della leptina e dalla concentrazione dell'insulina circolante (entrambi sopprimono l'appetito attraverso le azioni centrali). La combinazione di "Ghrelina" con GHRH è il più potente stimolatore della secrezione del GH, così che la "Ghrelina" funziona come stimolante dell'appetito. Prodotta a livello gastrico è regolata da fattori nutrizionali ed ormonali. I segnali inibitori sembrano includere la leptina, l'interleukina-1 β , lo stesso GH e una dieta ricca in grassi, mentre una dieta povera in proteine aumenta la concentrazione nel plasma. La concentrazione di "Ghrelina" nel plasma aumenta progressivamente durante il digiuno e diminuisce fino ad un'ora dopo il pasto. Una volta che si è consumato il pasto l'appetito si placa come la concentrazione dell'insulina e della "Ghrelina" che aumentano e diminuiscono rispettivamente. Studi effettuati hanno dimostrato che i livelli di Ghrelina rappresentano un buon marker dello stato nutrizionale nei bambini obesi e negli adolescenti con anoressia nervosa, risultando rispettivamente significativamente diminuiti negli obesi e aumentati negli adolescenti con anoressia nervosa. Quindi, la Ghrelina è associata negativamente all'indice di massa corporea e positivamente ai livelli di IGFBP-1. Studi di Teheri et al., hanno dimostrato che una mancanza cronica di sonno può essere alla base dell'aumento di peso, evidenziando che gli uomini privati dal sonno durante la settimana, non solo presentavano più bassi livelli di leptina e più alti di grelina, ma dimostravano anche un forte desiderio di dolci, cibi grassi e salati. Gli effetti anti-obesità degli antagonisti della "Ghrelina" (come per es. l'"oxintomodulina", ormone polipeptidico "anoressante" prodotta dalle cellule dell'intestino, con effetto "spegni-fame", quando lo stomaco viene riempito) potrebbero portare ad una diminuzione della secrezione del GH e di conseguenza ad effetti secondari come la diminuzione del tono dell'umore e ad una bassa qualità della vita, ne deriva il fatto che la regolazione dell'omeostasi energetica è complessa. La sco-

perta della "Ghrelina" è certamente un passo avanti per la comprensione del controllo neuroendocrino della fame, inoltre potrebbe essere utile in un futuro il suo utilizzo nella gestione delle cachessie in alcuni tumori oltre che nella anoressia.

Attività gastroenteropancreatiche. Nell'uomo è espressa principalmente nel fundus dello stomaco dalle cellule neuroendocrine ed è secreta nel circolo (la gastroresezione riduce la sua concentrazione nel plasma del 65%). La Ghrelina stimola la secrezione acida gastrica e la motilità gastrointestinale secondo sistema colinergico. Per quanto riguarda il pancreas esocrino è stato dimostrato che la ghrelina è un potente inibitore della colecistochinina. Mentre per quanto riguarda la funzione endocrina pancreatica, la ghrelina è espressa sia dalle cellule alpha che beta, e vi è una chiara associazione negativa tra ghrelina e secrezione di insulina. Infatti la ghrelina induce aumento della glicemia e riduzione della secrezione e del signalling dell'insulina. **Azioni Cardiovascolari.** La presenza del GHS-R1a mRNA nel cuore e nell'aorta ed ha effetto inotropo positivo e vasodilatazione. In uno studio effettuato su pazienti con complicanze cardio-vascolari con aumento di peso e disturbi metabolici associati, è stato dimostrato che con l'infusione intravascolare di grelina si normalizza la funzionalità dell'endotelio, aumentando la disponibilità di NO nelle arterie dei pazienti con sindrome metabolica. Tanto da dare il nome di antiaterosclerosi, Studi recenti hanno dimostrato che un regolare esercizio fisico e una dieta ipocalorica sono in grado di far nuovamente aumentare i livelli di grelina nel sangue dei pazienti in cui questi erano ridotti

Potente azione anti-infiammatoria. Ghrelina ed il suo recettore, GHSR, sono espressi nei linfociti T e monociti, dove la ghrelina agisce via GHSR a inibire specificamente l'espressione di citokine proinfiammatorie. Dixit et al. propose l'esistenza di un network regolatore reciproco dal quale ghrelina e leptina controllano attivazione dell'immunità e della infiammazione. "Ghrelin and immunity: A young player in an old field". Le recenti scoperte degli effetti della ghrelina sul timo e sull'azione proinfiammatorie e pathways citochinico chemotattico stimolano notevole interesse nella applicazione clinica che includono malattie degenerative legate all'età come, malattie metaboliche, sarcopenia, scompenso cardiaco, aterosclerosi ed anoressia.

Molti studi in corso anche presso l'U.O. di Genetica ed Immunologia Pediatrica del Policlinico, chiariremo ulteriormente il ruolo di questo nuovo ormone.

* AOU Policlinico Messina - Unità Operativa di Genetica ed Immunologia Pediatrica,
Direttore : Prof.re Carmelo Salpietro

In Italia, come in tutti i paesi industrializzati, l'ictus cerebrale è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie essendo responsabile del 10-12% di tutti i

decessi per anno. Ogni anno in Italia vi sarebbero oltre 194.000 nuovi casi di ictus cerebrale di cui un 20% decede nel primo mese successivo all'evento acuto e il 30% sopravvive con esiti gravemente invalidanti. Elevatissimo quindi è il costo umano sia in termini di sofferenza sia d'invalidità permanente con evidenti ricac-



decade di età e circa il 10% dei soggetti con più di 80 anni hanno stenosi carotidiche maggiori del 50%.

Le persone con stenosi carotidea sono a

rischio maggiore di un successivo ictus ma non solo di questo: essa si è dimostrato un importantissimo marker predittivo di morbilità e mortalità cardiovascolare (infarto miocardico acuto).

In presenza di una stenosi carotidea il rischio di ictus è massimo per le persone consintomi neurologici, quali l'attacco ischemico transitorio (TIA), ma risulta aumentato anche nelle persone con lesioni asintomatiche. E' documentata una correlazione tra rischio di ictus ischemico e grado

di stenosi carotidea in soggetti asintomatici.

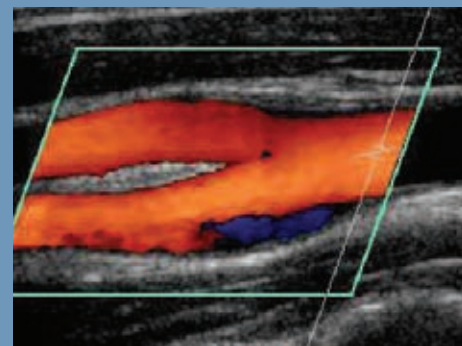
Il rischio di ictus per una stenosi asintomatica del 70% è di circa il 3% l'anno.

Nei pazienti sintomatici per eventi ischemici

con stenosi carotidea tra il 70 e 99% è descritta un'incidenza annuale di ictus del 13% entro il primo anno e del 35% a cinque anni.

Il ricorso allo screening per la stenosi carotidea (con metodica incruenta quale l'eco-color-doppler) risulta quindi essere giustificato e auspicabile, specie nei soggetti ad elevato rischio di morbilità cardiovascolare, anche se precise strategie in tal senso sono al vaglio di una rigorosa valutazione costo/beneficio.

Ma ci si chiede quando trattare un paziente con stenosi carotidea? E ancora, in che maniera? Risulta ben documentata l'efficacia preventiva del trattamento chirurgico per stenosi 70% nei pazienti sintomatici e per stenosi 60% nei pazienti asintomatici: tali cut off, ampiamente validati, devono però essere contestualiz-



La Prevenzione dell'Ictus cerebrale

Terapia della stenosi carotidea

*di Gaetano CAVARRA - Oreste URBANO

dute economiche e sociali: si stima che i costi diretti e indiretti negli Stati Uniti raggiungano i 30 miliardi di dollari l'anno.

La malattia ateromastica dei vasi carotidici nella sua espressione focale tipica ossia la placca aterosclerotica determina un restringimento del lume arterioso e, attraverso differenti momenti fisiopatologici, contribuisce al rischio di stroke invalidante o fatale. La prevalenza di una stenosi emodinamicamente significativa della carotide varia in funzione dell'età e di altri fattori di rischio. Studi di popolazione hanno calcolato che lo 0,5% delle persone nella quinta



zati a quello che è il rischio chirurgico del singolo paziente. Terapia medica o terapia chirurgica? O ancora terapia interventistica di angioplastica e stenting? Precisiamo che non c'è contrapposizione tra le opzioni terapeutiche, ma spesso integrazione (va sempre intrapreso un trattamento medico e lo stesso va mantenuto dopo eventuale intervento): in ogni caso la giusta opzione va scelta tenendo conto di quelle che sono le linee guida e i dati emergenti dalla letteratura, contestualizzati a quello che è il profilo clinico del singolo paziente.

Da anni nel nostro Ospedale abbiamo sviluppato procedure e percorsi diagnostico-terapeutici per la prevenzione e la terapia dell'ischemia cerebrale anche con l'uso dell'angioplastica e dello stenting carotideo. Al fine di non ingenerare false aspettative nell'utenza e per una corretta informazione scientifica ci preme sottolineare che le procedure di angioplastica e stenting carotideo si affiancano alla chirurgia tradizionale, ma non ne costituiscono un'alternativa. Esse trovano indicazione, almeno da quanto emerge dai dati più recenti della letteratura internazionale, solo in casi rigorosamente selezionati: in caso di restenosi dopo intervento chirurgico, in caso di pazienti in condizioni cliniche fortemente deteriorate con ele-

vato rischio operatorio, in caso di stenosi molto alte o stenosi attiniche.

Del resto anche oggi la chirurgia carotidea è notevolmente cambiata con tempi di degenza ridotti (non superiori ai 4 giorni), con possibilità di anestesia locale nella quasi totalità dei casi, con costi estremamente contenuti, con rischi operatori di ictus cerebrale e di morte che nei centri di riferimento non supera il 2% (nel nostro Ospedale si attesta intorno agli 1.22%).

Per converso ancora oggi la letteratura non ci ha consegnato studi, condotti su ampie corti di pazienti trattati con angioplastica, che ci dicano i risultati a lungo termine di queste procedure interventistiche, mentre sono ben noti e lusinghieri quelli della chirurgia.

In buona sostanza ben vengano l'angioplastica e lo stenting carotideo, che si affiancano alle procedure chirurgiche tradizionali, passando attraverso una rigorosa selezione dei pazienti ed una attenta valutazione caso per caso nell'esclusivo interesse del malato.

**Struttura Complessa di Angiologia medica Ospedale Piemonte.*





La diagnosi precoce di autismo. Utopia o speranza possibile?

Sessanta anni dopo Kanner, la definizione dell'autismo come disturbo delle relazioni sociali, resta sempre valida. Negli ultimi vent'anni, tuttavia, molte cose sono cambiate ed, ormai si è giunti alla concorde definizione dell'autismo come disfunzione neurobiologica. In particolare, una notevole messe di lavori scientifici è stata rivolta all'identificazione dei segni precoci dell'autismo. Tuttavia, come ben nota Volkmar, uno dei più eminenti studiosi contemporanei dell'autismo, tra l'altro, estensore dei criteri diagnostici per l'autismo del DSMIV, se è vero che i primi segni di autismo compaiono entro i 12 mesi di età, la diagnosi entro il primo anno di vita resta estremamente complessa. Per superare le difficoltà insite nella variabilità descrittiva e quindi nei dati statistici sulla prevalenza



*di Pasquale **RUSSO**

dell'autismo, si è fatto ricorso a scale, interviste strutturate, tendenti a misurare le aree della comunicazione, dell'interazione sociale, dell'attenzione congiunta. I dati più recenti sulla prevalenza dell'autismo, ritengono oggi attendibile 1/1000. Percentuale enormemente superiore al passato, ma non c'è stata un'epidemia né sono stati gonfiati i dati. E' solo aumentata la sensibilità diagnostica. Non bisogna dimenticare che nonostante le scale, le check-list, etc, la

diagnosi di autismo resta affidata all'esperienza ed alla sensibilità del clinico. Anche le più sofisticate tecniche di neuroimaging, i più approfonditi studi neurofisiopatologici, di biochimica o di genetica, per quanto perfezionati e rivoluzionari, possono solo costituire un elemento di supporto per la conferma diagnostica. Non esiste, purtroppo, un esame specifico. Sulla base di queste considerazioni, in altri Paesi (es. USA, Regno Unito) sono sorti centri di riferimento per la diagnosi ed il trattamento precoci dell'autismo e dei disturbi correlati. Anche l'Italia ha seguito quest'esempio e centri simili operano in Emilia Romagna, a Rimini, a Roma ed in poche altre realtà. Non si tratta di strutture megagalattiche con costi siderali ma di punti di riferimento sovrazionali guidati da operatori esperti ma soprattutto motivati, aperti al territorio, al volontariato sociale, alla Scuola, alla famiglia. Fondamentale la stretta collaborazione con i pediatri sia ospedalieri che territoriali e di libera scelta. L'autismo è una sindrome talmente complessa e genera nelle famiglie tali angosce e problemi che non si può affrontare con il solipsismo scientifico ma necessita di competenze ed esperienze diverse e molteplici. Coinvolge la sanità, la scuola, il mondo del lavoro, il privato sociale. Incontri e confronti continui tra pediatra di libera scelta e specialista neuropsichiatra infantile devono ormai rappresentare un obbligo deontologico. Nella nostra città le competenze non mancano, il bisogno è notevole, le associazioni di genitori sono vigili ed attive, i progetti operativi esistono. Occorre solo che chi ha il potere di decidere passi dai dibattiti e dai discorsi ai fatti.

*Direttore U.O.C. di NPIA AUSL 5.



La complessa problematica, che permea la materia relativa alla responsabilità per colpa professionale nell'attività medico-chirurgica, è stata oggetto di studio sia in dottrina che in giurisprudenza negli ultimi decenni. La *subjecta materia* infatti rappresenta un corollario significativo del più generale principio costituito dal fenomeno sociale del diritto, ossia dell'adeguamento della scienza giuridica alle complessità sociali e, più in particola-

Se il nesso eziologico si identifica nel criterio di imputazione della responsabilità nell'ambito della struttura dell'illecito, l'elemento psicologico rappresenta, in particolare, il criterio di qualificazione specifica della responsabilità, laddove, l'elemento soggettivo (*rectius*: condotta) si identifica nel criterio di qualificazione generica della responsabilità. Infatti, l'elemento psicologico, nell'ambito della struttura dell'illecito, investe soltanto l'elemen-

to soggettivo, quindi la sua funzione si identifica, esauendo il proprio ambito di operatività, nella connotazione dell'elemento soggettivo, ossia della condotta. Ne deriva che incide in via diretta e determinante ad identificare e a qualificare la violazione dei principi che sono immanenti

nei rapporti obbligatori, sia che questi ultimi trovino la loro fonte nella sfera negoziale o nella sfera extracontrattuale, e che consistono nel dovere della buona fede (art. 1175 c.c.) e nel dovere della diligenza (1176 c.c.). L'ulteriore corollario che ne discende consiste nella configurabilità rispettivamente del dolo nell'ipotesi di violazione del principio di buona fede e della colpa nell'ipotesi di violazione del principio di diligenza. Dalla suddetta ripartizione discende che, in *subjecta materia*, è configurabile unicamente la colpa, gradualmente qualificabile, quale elemento psicologico nell'ambito

della struttura dell'illecito nel fenomeno giuridico della responsabilità per colpa professionale. Il predetto principio, riconducibile alla posizione passiva nella struttura del rapporto obbligatorio, rappresenta il precipitato della tesi della distinzione tra debito e responsabilità (1) secondo la quale si è scomposto l'obbligo giuridico in due parti costitutive: dovere di adempimento e responsabilità patrimoniale, i quali possono non coincidere nella stessa persona (ad esempio medico e struttura sanitaria).

I. Individuazione della fattispecie

Il riferimento normativo principale che rappresenta la fonte della tematica che ci occupa consiste nell'art. 1176 c.c. che così recita: "Nell'adempiere l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata". La predetta disposizione individua il *genus* al 10° comma e la *species* al 2° comma; in altri termini nella prima parte della norma viene in rilievo un criterio di normalità in virtù del quale si sottopone la condotta di *quisque de populo*, che commisura lo sforzo adempitivo nel rapporto obbligatorio in base a parametri oggettivi valutati in abstracto secondo un criterio generale; nella seconda parte dell'art. 1176 c.c., viene indicato un criterio specifico ai fini della valutazione della condotta, pertanto affiora un principio sempre di normalità ed ipote-

Responsabilità per colpa professionale

❶ Cenni sull'elemento psicologico nell'attività medico chirurgica

* di Antonino **COMUNALE**

re, alle esigenze che emergono in altre materie, nella fattispecie verrà affrontato il tema sulla rilevanza, dall'ottica poc'anzi prefissata, nel campo medico-chirurgico.

Lo scopo del presente lavoro è di focalizzare l'attenzione sull'elemento psicologico, soffermandosi sulle tematiche relative all'operatività, alla rilevanza ed all'applicazione del predetto elemento costitutivo dell'istituto della colpa professionale in tema di attività medico-chirurgica nelle varie e diversificate ipotesi delle sue manifestazioni.

tico ma adeguato alla natura ed alla specificità dell'attività svolta, quindi lo sforzo adempitivo è valutato secondo un criterio prognostico ex ante in concreto.

La duplicità del criterio, in base a cui viene commisurata la condotta nel rapporto obbligatorio a norma dell'art. 1176 c.c., determina un ulteriore restringimento del campo di indagine, obbligando a circoscrivere l'area di applicazione all'elemento psicologico che connota la responsabilità per colpa professionale.

Le obbligazioni che hanno ad oggetto l'esercizio di un'attività professionale sono, di solito, obbligazioni di mezzi e non di risultato, con la conseguenza logico-giuridica che l'inadempimento del professionista non si configura per il mancato raggiungimento del risultato che il cliente si era prefissato, bensì deve essere desunto sulla base della sussistenza della violazione degli obblighi specifici in relazione alla natura ed allo svolgimento dell'attività professionale e, in particolare, al dovere di diligenza (qualificata) valutata alla stregua del criterio sopra enunciato e che affiora dal 2° comma dell'art. 1176 c.c..

Orbene, i sopra enunciati principi si coniugano e si innestano, in funzione strumentale ed ausiliaria, nella più ampia area dei diritti costituzionalmente garantiti dall'art. 2 e dall'art. 32 che rispettivamente tutelano i diritti inviolabili (generalmente considerati) e il diritto alla salute; la prima norma costituisce una vera e propria clausola aperta nella cui sfera rientra lo specifico diritto alla salute in tutte le sue forme.

Dopo aver individuato il fondamento costituzionale del diritto alla salute che tuttavia preesiste, come valore assoluto, perfino al riconoscimento giuridico da parte della Costituzione avendo esso un valore metagiuridico, ossia etico prima ancora che giuridico, occorre individuare sotto un profilo squisitamente giuridico la rilevanza dell'elemento psicologico, nell'ambito dell'istituto della responsabilità medica, e la sua posizione nella struttura dell'illecito. Giova premettere che l'accelerazione del tecnicismo rappresenta un parametro di commisurazione dell'evoluzione della scienza giuridica, in altri termini l'evoluzione tecnologica non sfugge all'ottica del diritto, atteso che quest'ultima si identifica come corollario del fenomeno sociale che connota la scienza giuridica.

Ne deriva che l'attività medica in ogni sua fase (diagnosi, terapia, prognosi, etc.), incidendo sul diritto alla salute in ogni sua forma (bene vita e incolumità psicofisica), viene giuridicamente valutata e disciplinata. L'elemento psicologico incide nella valutazione di ogni fase dell'attività medica ed ha la funzione di qualificarne specificamente la responsabilità sia essa di natura contrattuale che extracontrattuale.

Nell'ambito dell'istituto della attività medica, l'elemento psicologico assume una veste prioritaria ai fini della qualificazione, e della consequenziale imputazione, della responsabilità sia contrattuale che extracontrattuale.

a) l'area di operatività della responsabilità contrattuale è delimitata in

via generale dall'art. 2236 c.c. che disciplina la responsabilità del prestatore d'opera la cui rilevanza è circoscritta a ipotesi di dolo o di colpa grave. Nell'ambito dell'attività medica assume rilevanza l'elemento psicologico che si identifica nella colpa grave e che di volta in volta viene valutata alla stregua della natura e della difficoltà della prestazione sanitaria che costituisce oggetto del contratto tra paziente e medico. La predetta disposizione circoscrive l'ambito di operatività della responsabilità contrattuale congiuntamente agli artt. 2229 c.c., 2232 c.c., 2232 c.c., 2228 c.c. e 1218 c.c..

Tuttavia, il profilo formale contrattualistico, delineato dalle sopra indicate norme, deve essere coniugato con l'elemento psicologico; in altri termini, la suddetta previsione normativa di una responsabilità professionale ha carattere generale, viceversa il suo accertamento va effettuato caso per caso, attraverso un criterio fondato su elementi di concretezza, avuto riguardo alla natura della prestazione considerata, da cui discende, quale corollario naturale il grado di colpevolezza (elemento specifico della responsabilità). Ne deriva che, sul piano pratico, il giudice non può condannare un medico sulla base di indici meramente probabilistici degli effetti della sua condotta. Tale criterio, pertanto, potrà essere considerato solo come elemento generico (quindi non determinante al fine della individuazione della responsabilità e del suo aspetto specifico -elemento psicologico) su cui operare un giudizio





di accertamento della responsabilità; esso, sebbene non sia decisivo, non va tuttavia disconosciuto.

L'evoluzione dell'orientamento giurisprudenziale (Cassazione, Sez. Un., n. 30328/2002) è giunta ad affermare che la responsabilità medica si fonda sulla regola dell' "alta o elevata credibilità razionale" dell'accertamento giudiziale tale da poter provare, a scampo di ogni ragionevole dubbio, come il comportamento del medico sia stata condizione necessaria del danno del paziente. In altri termini, vi è un maggiore rigore nella verifica del nesso eziologico attraverso la formulazione di un giudizio di alta o elevata credibilità razionale dell'accertamento giudiziale, con l'ulteriore conseguenza, sul piano pratico che la sussistenza di un ragionevole dubbio sulla reale efficacia condizionante della condotta del medico sull'evento lesivo deve perciò comportare la neutralizzazione dell'ipotesi prospettata dall'accusa e, per l'effetto, l'esito assolutorio del giudizio (cfr. Cass. Pen., IV Sez., n. 41654/2004). La problematica relativa alla modifica dell'accertamento della responsabilità medica sul piano teorico e sul piano giudiziale non si disancora dall'aspetto relativo al suo elemento psicologico che è imprescindibile nel momento identificazione e in quello della qualificazione della predetta responsabilità sia sul piano civilistico che su quello penalistico, atteso che la sussistenza di tale elemento postula l'avvenuto accertamento di una forma di responsabilità. Specificamente, nel piano penalistico, in cui

viene in rilievo una responsabilità che presenta connotazioni tipicamente soggettive, i due elementi (generico che si identifica nella sussistenza della responsabilità e specifico che è costituito dal requisito psicologico) devono necessariamente sussistere o mancare insieme; può quindi affermarsi che essi simul stabunt, simul cadent. L'attività del medico non si sofferma, dal punto di vista cronologico e della rilevanza giuridica, all'aspetto diagnostico, terapeutico e/o chirurgico, ma si protrae anche nella fase della certificazione e quindi della compilazione dei referti e delle cartelle cliniche. In quest'ultima ipotesi, muta l'elemento psicologico su cui si fonda e connota la relativa responsabilità; in particolare, non si configura la c. d. colpa professionale, bensì un reato caratterizzato dall'elemento psicologico del dolo. Ne deriva che cambia il nomen juris del reato e, nel contempo, il dolo subentra alla colpa, si pensi all'art. 481 c.p. che delinea il reato di falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità. In particolare, la predetta disposizione normativa contempla il caso di colui che nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità. Occorre rilevare che nella fattispecie viene in rilievo la circostanza che l'art. 481 c.p. si riferisce ai certificati rilasciati dai privati che esercitano un servizio di pubblica necessità e siano forniti di un potere

di certificazione (nota), sono quindi escluse le certificazioni redatte dai medici dipendenti di strutture pubbliche e, pertanto, le cartelle cliniche. In quest'ultima ipotesi invece, la giurisprudenza (cfr. Cass. Pen., Sez. V, 26.11.1997, n. 1098) ha sancito il principio secondo cui "la cartella clinica redatta da un medico di un ospedale pubblico è caratterizzata dalla produttività di effetti incidenti su situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica, nonché dalla documentazione di attività compiute dal pubblico ufficiale che ne assume la peternità; trattasi di atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti cими rilevanti, sicché i fatti devono esservi annotati contestualmente al loro verificarsi. Ne deriva che tutte le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico, punibili in quanto tali; né rileva l'intento che muove l'agente, atteso che le fattispecie delineate in materia dal vigente codice sono connotate dal dolo generico e non dal dolo specifico".

Pertanto, la sopra esposta ipotesi si riconduce all'ambito di operatività degli artt. 476 e 479 c.p., che rispettivamente definiscono il reato di falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in certificati e autorizzazioni amministrative ed il reato di falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

1- Segue

** Avv. Capo settore legale Azienda Papardo.*



Un viaggio all'interno della "musicoterapia"

di Francesca **DE DOMENICO**

La musica è l'arte dell'armonizzare organicamente i suoni attraverso l'interazione del corpo umano con degli strumenti.

Come tale si dovrebbe collocare in una posizione autonoma rispetto alla scienza fra le discipline dello scibile umano. Eppure, sin dall' antichità, è stata opportunamente accostata alla medicina, anzi addirittura, è stata fusa in essa attraverso la creazione di una nuova disciplina: la "musicoterapia".

Si tratta di un ulteriore strumento di cui il medico può avvalersi nella sua azione terapeutica, atteso che il camice bianco oltre alla terapia del corpo, deve occuparsi anche dell' equilibrio spirituale del paziente.



Non può tacersi come molte patologie (acquisite o congenite) possono essere validamente sottoposte, perché - ne sono scientificamente sensibili -, al trattamento musicoterapico.

In tutte le culture dell'antichità, musica e medicina sono, da sempre, state fuse in una cosa sola.

Gli antichi "sacerdoti medici" erano già a conoscenza del fatto che il mondo fenomenico fosse strutturato sulla base dei principi musicali, nonché del fatto che la vita del cosmo, ma anche quella dell'uomo, fossero dominate dal ritmo e dall'armonia in virtù del potere "incantatorio" che la musica esercita sulla parte irrazionale dell' individuo, arrecandogli benessere e, nei casi di "malattia", armonia dello spirito.

Per lo sviluppo della sanità mentale e del benessere, le attività creative sono la chiave per il raggiungimento dell'equilibrio psichico. Attraverso esse si può mirare all'evoluzione dell'essere umano nella sua totalità e far emergere tutte le capacità potenziali. Attività come il cantare, suonare, danzare, sono direttamente creative, essendo la musica una disciplina mentale che ha biso-

gno di ordine e che permette la manifestazione della propria espressività.

Ad esempio, sono sempre più numerosi gli studi e le esperienze che attestano l'utilità della musicoterapia con gli anziani, soprattutto, se vivono l'ultima parte della loro vita in un istituto. E' solitamente proprio nelle strutture residenziali che i pazienti



Lilly Cavallaro
Marinella Ruggeri

geriatrici hanno l'opportunità di iniziare un percorso preventivo/terapeutico con la musica, che diventa aiuto e sostegno psicologico per l'anziano, che spesso vive il ricovero con forte disagio fisico ed emotivo.

Da una costola della musica è nata la biomusica, quale metodologia diretta e prati-

ca che serve ad equilibrare ed a stimolare il corpo per evitare la somatizzazione dei conflitti emotivi.

L'incontro tenutosi nell'auditorium dell'Ordine dei medici (alla presenza dello stesso presidente dottor Nunzio Romeo) e organizzato dall'Ammi (Associazione medici italiani) presieduta dalla signora Lilly Cavallaro ha avuto ad oggetto proprio il tema della «musicoterapia».

La dottoressa Marinella Ruggeri, nella sua relazione, ha voluto ricordare, tra tanti personaggi illustri, anche il compositore e direttore d' orchestra, Giuseppe Sinopoli, per essere stato, lo stesso, un convintissimo assertore della necessità di portare la musica negli ospedali.

Come la stessa dottoressa Ruggeri ha avuto modo di ricordare «la musica guarisce l'anima, ha potere catartico, ha funzione pedagogica nel formare e temperare l'animo del fanciullo».

Continuava la stessa dottoressa Ruggeri: «la musicoterapia - di radice psico-umanistica - è disciplina scientifica, necessariamente attiva, che ha il fine di instaurare una relazione comunicazionale, adattandosi alle variazioni del vissuto personale emotivo in tempo reale».

Gli «ambiti di intervento» - ha spiegato la

ammi



dottorssa Ruggeri, anche in qualità di neurologo - sono di tipo psicopedagogico di sostegno, clinico-psichiatrico, riabilitativo motorio e cognitivo comportamentale e terapeutico come stimolazione multisensoriale.

La musicoterapia nelle «applicazioni pratiche» -ha aggiunto la dottorssa Ruggeri nella sua dotta conferenza -«offre contributi scientifici in tutti quei disturbi emotivi, relazionali, mentali, del linguaggio, dell'udito; oltre che in talune patologie neurologiche anche severe o da esiti di traumi. Inoltre la musicoterapia è utile nei bambini affetti da autismo, nei soggetti "Down", nell' Alzheimer. Difatti, proprio nel 2001, l'"America Academy of Neurology" ha indicato la musicoterapia come una tecnica per migliorare le attività funzionali e ridurre i disturbi del comportamento nel malato di Alzheimer. Ciò è possibile perché la musica sembra rivelarsi una via di accesso privilegiata per contattare il "cuore" dei malati che preservano intatte certe abilità e competenze musicali fondamentali nonostante il deterioramento cognitivo dovuto alla malattia. In taluni pazienti in stato comatoso si ottiene perfino il risveglio neurologico.

La musicoterapia è anche consigliata in gravidanza e nelle sindromi ansioso-depressive post-partum».

Le ormai numerose esperienze di musicote-

rapia italiane ed estere confermano l'utilità di affiancare attività sonoro-musicali ai tradizionali corsi di preparazione al parto, poiché la musica può aiutare la gestante a rilassarsi, a contenere l'ansia e a raggiungere uno stato di generale benessere psicofisico.

L'incontro tenutosi nell'auditorium non tralascia di dedicare un doveroso tributo al nostro Pontefice.

Di tal ché - si è ricordato come - il Santo Padre Benedetto XVI, abbia voluto intitolare la prima enciclica del suo illuminato Pontificato: «Deus caritas est» per riaffermare che la famiglia esiste e si potenzia attraverso la comunicazione, la carità che è (in) Dio e l'amore sotto ogni forma. E la musica è "amore comunicabile, capace di offrire l'unificazione della persona attraverso una duplice funzione antropologica: espressiva rivelando agli altri il proprio io, comunicativa per evidenziare la propria identità spirituale, culturale. La musica - ha affermato il prof. Frattalone, intervenuto all'incontro, - «è anche trascendenza perché invita a elevare e ad allargare gli orizzonti della propria esistenza».

E anche «ethos» fondamentale di promozione umana, perché insrisce la «persona viva» nel dialogo con Dio! Il maestro Sinopoli, che era anche medico - ha così concluso Frattalone - aveva ragione nel sostenere l'utilità e la necessità della musicoterapica negli ospedali! «Usiamo la musica, ascoltiamo la musica, che apre il cuore alla speranza. Il buon samaritano cantava, sicuramente col cuore.»

Enpam

Laureati in odontoiatria: approvate le determinazioni della Fondazione concernenti i contributi versati ai Fondi dei convenzionati prima del 1995

Con nota del 21 novembre scorso, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, d'intesa con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha approvato la Delibera della Fondazione n. 20/2005, riguardante la contribuzione versata a favore dei laureati in odontoiatria, presso il Fondo Specialisti ambulatoriali ed il Fondo Specialisti esterni, prima del 1° gennaio 1995. È stata finalmente condotta a soluzione, con piena soddisfazione dell'Ente e dei professionisti interessati, una problematica che si trascinava da diversi anni.

AFFITTASI STUDIO

**PER USO MEDICO
POLIDIAGNOSTICO,
FISIOTERAPICO, DENTISTICO**

appartamento di 5, 6, o 11 vani di cui 3 saloni, con riscaldamento autonomo e gas, climatizzatori in ogni stanza, autoclave, doppi infissi luci di emergenza, illuminazione con granzi plafoniere al neon;

SITO IN MESSINA

Via La Farina, a 50 mt.
dal Viale Europa Per informazioni
tel. 090 596758 - 0902937192
(sign.ra Marotta Letteria)



Ricordo di Giorgio Blandino Un radiologo caposcuola

Giorno 23 dicembre 2005 è scomparso il Prof. Giorgio Blandino, Ordinario di Radiologia della nostra Facoltà sino al 2001. Nato a La Spezia il 29 Novembre 1926 si era laureato in Medicina e Chirurgia nell'Università di Messina il 19.07.1950 con il massimo dei voti, lode e tesi giudicata degna di pubblicazione. Subito dopo la laurea frequentò l'Ospedale Forlanini ed acquisì in Roma il Diploma di specialista in



di *Emanuele **SCRIBANO**

"Clinica della tubercolosi e delle malattie dell'apparato respiratorio". Rientrato a Messina per motivi familiari approdò alla Radiologia sotto la direzione del Prof. Ettore Castronovo, primo maestro della Radiologia messinese, uno dei grandi pionieri di una disciplina ancora in embrione, quando ancora non se ne intuivano neanche minimamente le possibilità di sviluppo. In quegli anni, nel glorioso Ospedale Piemonte le diagnosi, per risparmiare le pellicole (le mitiche Ferrania!) venivano effettuate prevalentemente in radioscopia. La Radioterapia si realizzava con macchine pri-

mordiali, mentre guarigioni miracolose per l'epoca (tumori dell'utero, della lingua, ecc..) si ottenevano tramite la manipolazione a mani nude di aghi di radio, causa di gravi mutilazioni agli operatori. Dal Prof. Castronovo, che non ho avuto la ventura di conoscere, credo abbia ereditato grandi qualità ed anche alcuni modi bruschi e insofferenti nei confronti di interlocutori perditempo e opportunisti. Dal Prof. Castronovo, restio a trasferire quanto non ancora scritto nei primi testi di radiologia, si differenziò, come dirò più avanti, perché il Prof. Blandino era, per converso, prodigo nel trasferire un'infinità di conoscenze. Col nuovo Direttore, il Prof. Giuseppe Longo, si realizza una vivace attività scientifica che si concretizzerà tra l'altro, dirigendo il Prof. Blandino il Servizio di radiologia della Clinica Pediatrica dell'Ospedale Piemonte, in un atlante di "Radiologia dell'apparato digerente in ambito pediatrico", tutt'oggi di grande attualità. Nel 1959 consegue la libera docenza in Radiologia. Sempre in quegli anni l'attivazione di un centro di Cobalto-terapia, in cui collabora con il Prof. Longo, fa sì che egli possa continuare ad interessarsi attivamente delle nuove frontiere della radioterapia con eguale competenza rispetto alla radiodiagnostica. Nel 1965 assume l'insegnamento di Medicina Nucleare, la cui dizione era "Fisica Nucleare applicata alla Medicina" ed a decorrere dal 1970 gli viene affidata la Direzione del Servizio di Medicina Nucleare nella qualità di Professore Incaricato di Medicina Nucleare presso il nascente Policlini-

co Universitario "Gaetano Martino". Nel 1974 risulta vincitore del concorso a Professore Ordinario di Medicina Nucleare. Questo periodo coincide con la sua più qualificata produzione scientifica. Avendo penetrato i fondamenti fisici e tecnologici più raffinati della Medicina Nucleare, esasperò la tecnica sino ad ottenere mappe scintigrafiche di qualità indiscutibile e grazie alla collaborazione con il gruppo di Neuroscienze, in particolare la Neurologia diretta dal Prof. Ferrari e la Neurochirurgia del Prof. Conforti, attraverso la somministrazione endocarotidea di macro aggregati di albumina marcati con Iodio 131, mise a punto tecniche scintigrafiche innovative per la valutazione della patologia vascolare di interesse neurochirurgico, che gli consentirono di acquisire notorietà anche in ambito internazionale, cosa non comune per l'epoca. Dal 1° Novembre 1977, andato in quiescenza il Prof. Longo, ricoprì, per trasferimento, la Cattedra di Radiologia e ne diresse l'Istituto sino al 2001. Lasciata a malincuore la Direzione della Medicina Nucleare, che l'aveva visto leader della disciplina, riscopre un nuovo vigore organizzativo e progettuale, realizzando in pochi anni una rivoluzione tecnologica e professionale dell'Istituto di Radiologia, grazie all'immissione di forze giovani, che forgerà all'insegna di una giusta severità e disciplina e soprattutto di una quotidiana palestra di apprendimento. Ogni pomeriggio effettuava la refertazione degli esami della mattina, presenti noi assistenti, gli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e gli specializzandi. Dal 1980 infatti dirige la Scuola di Specializzazione in Radiologia, appena attivata, che ottimizzerà



anno dopo anno sino al 2001. Si rivelò, infatti, formatore illuminato, capacità amplificata da un ascendente naturale sui giovani radiologi, che si andavano formando e che, oggi, impegnati in tutto il territorio nazionale, si distinguono per merito. La sua mai ostentata e garbata vanità, si gratificava particolarmente quando le testimonianze di apprezzamento per i suoi impeccabili esami radiografici, per le sue dettagliate relazioni diagnostiche (mai ampollose o fumose) e le sue brillanti diagnosi gli pervenivano da riconosciuti luminari della medicina e della chirurgia anche delle più prestigiose sedi italiane (Labò, Barbara ed ancor prima Valdoni ecc.) Amava essere il migliore: nella tecnica, che esasperava sino all'inverosimile e nell'aggiornamento culturale, a cui si dedicava senza discontinuità nelle prime ore della mattina. Allora non c'era allievo che potesse insidiare le sue conoscenze. Il confronto era disarmante. E' stato la esemplificazione di come, in diagnostica per immagini, una tecnica maniacalmente esasperata, associata ad un'attenta ed allenata ricerca dei rilievi di semeiotica, supportata da una cultura radiologica completa, ma ancor più basata sulla padronanza della clinica, fosse l'unica formula per divenire un grande professionista. Apprezzava a dismisura, dandone pubblico riconoscimento, chi gli teneva testa o lo arricchiva di particolari rilievi di semeiotica, che trovassero fondamento su meccanismi fisiopatologici certi. Le nuove metodiche incalzanti, su cui fu sempre adeguatamente aggiornato, determinavano la formazione di superprofessionisti anche nella Radiologia ed era suo costume, pertanto interpellarci, nei nostri rispettivi ambiti di competenza, ogni qualvolta fosse

chiamato ad esprimere pareri o diagnosi. Nel 1981 l'acquisizione di una Tomografia Computerizzata non lo trovò impreparato, perché aveva immagazzinato e metabolizzato quanto già pubblicato dalle più prestigiose riviste anglosassoni. La tecnologia governata dal computer impediva ovviamente che egli potesse condizionarne la tecnica e la differenza con gli altri interlocutori si concretizzò per la facilità con cui realizzò da subito l'integrazione tra il vecchio e nuovo imaging. Tra i primi intuì che un valido specializzando in pochi mesi sarebbe diventato padrone della metodica, almeno in alcuni settori, e che molte delle metodiche radiografiche sarebbero a breve diventate obsolete. Con la Risonanza Magnetica il tormentone, che lo entusiasmò e che ci trasmise, fu penetrare il complesso meccanismo dell'interazione dell'energia elettromagnetica con gli atomi del nostro corpo e di tutto quello che meravigliosamente ne poteva derivare. Le sfide culturali più difficili esaltavano la sua vivace intelligenza, che restava giovane, contraddistinta sempre più da un'impareggiabile capacità di sintesi. Tutto il nuovo che avanzava e che necessitava di apprendimento non lo distraeva però dal mantenere un adeguato aggiornamento sulle discipline che aveva coltivato (Radioterapia e Medicina Nucleare). Solo l'ultrasonografia, non potendola praticare, anche per un tremore essenziale che lo caratterizzava, fu l'unico ambito che non lo vide protagonista, ma non per questo meno competente culturalmente. E' stato uno dei rarissimi radiologi completi avendo vissuto a cavallo delle due epoche radiologiche, pre e postcomputer, ma soprattutto avendone praticato tutti i settori. Le lezioni agli studenti ed agli

specializzandi erano un rito solenne, a cui si preparava con rigore. Ogni termine veniva soppesato, ogni esemplificazione casistica impareggiabilmente collegata ad un concetto. Aveva il dono di essere lineare, essenziale, completo, esauritivo e cosa straordinaria sempre felicemente comprensibile. Organizzò, per scelta, pochi convegni, perché lo distoglievano da altri compiti che riteneva prioritari, ma di quelli che curò personalmente i relatori che vi parteciparono ne ricordano ancora le riunioni preliminari, la impronta che ne caratterizzava il governo autorevole e che erano alla base del successo. Poco concesse alla componente politica della sua missione universitaria, perché per nulla incline al compromesso ed alla mediazione. La parola data non ammetteva, per suo codice, ripensamenti per qualsiasi ragione. Accettò per spirito di servizio la designazione a componente del Consiglio dei Probi Viri della Società Italiana di Radiologia Medica. Negli ultimi anni, con la stessa meticolosità con cui studiava per la sua funzione di docente universitario, si dedicò allo studio dei più autorevoli pensatori, particolarmente i filosofi dell'antica Grecia, verosimilmente alla ricerca di risposte ad interrogativi, di chi cercava soluzioni comprensibili e condivisibili per una mente predisposta ed allenata al rigore scientifico. Era dotato di un fisico prestante tanto che da giovane non disdegnava alcuni sport, in particolare il calcio, che praticava in tornei intraospedalieri, così come, sempre in giovane e media età, partecipava alle occasioni mondane con spirito allegro e scanzonato. Con gli anni, anche quando per fisiologico disinteresse verso tali manifestazioni sociali, si riusciva ad averlo in alcune ricorrenze, riusci-



va ad accentrare l'attenzione con divertenti amenità basate sull'autoironia e su duetti divertenti con l'amatissima, indispensabile e insostituibile moglie Maria Amalia. La mattina dopo però era tutt'altra storia, non indugiava mai su discussioni futili. Ha avuto molteplici passioni quali la floricultura, la fotografia, il bricolage, che però affrontava sempre con la consueta curiosità e con preparazione teorica meticolosa. Non si accaniva però. Quando comprendeva di non poter crescere in un settore lo abbandonava. Così fu per il gioco del bridge, che lo coinvolse con tutto il suo fervore solo per alcuni anni. Fu stimato da tutti i Rettori che si avvicendarono e nonostante, ad alcuni di loro, non avesse manifestato il consenso, in virtù del rispetto che suscitava per autorevolezza e severi costumi di lavoro, questi gli consentirono di dotare, via via, l'Istituto di tecnologia aggiornata e sofisticata e di risorse umane, grazie alle quali furono disponibili per la città di Messina e per quelle limitrofe della Sicilia e della Calabria, le più moderne metodiche diagnostiche-terapeutiche. Gli specializzandi, cosa non comune a molte Scuole di Specializzazione italiane, potevano attuare, pertanto, il loro per-

corso formativo nella nostra sede.

Il Prof. Elio Cardinale lo insignì del premio Cignolini "alla carriera" e nel suo libro Immagini e segni dell'uomo-Storia della Radiologia Italiana lo definì "Uomo colto, leale, probo, di carattere schivo e umbratile". Vi fu grande stima tra i due perché ognuno riconosceva i meriti dell'altro. Dotato di una memoria non comune citava agevolmente testi antichi, come lo Schinz, il Nuvoli, il Grilli ed altri recenti come il Riesnick, il Sagel, il Semelka.

Alla morte il figlio Alfredo, Professore Associato di Radiologia ebbe a commentare "con lui si è dissolta un'intera biblioteca". Disprezzava la mediocrità, il pressapochismo, l'adulazione. Che mi ricordi visse sempre praticando sempre quello in cui credeva e che lo interessava, rifuggendo molteplici occasioni, che riempiono e più di sovente appesantiscono la vita di un docente universitario. Aveva certamente dei vezzi, che non ostentava ed individuabili solo da chi lo frequentava intimamente. Ricca è l'aneddotica che ne ha caratterizzato la vita lavorativa e sociale. Non amava viaggiare, probabilmente perché non annoverava i viaggi tra le priorità della vita, mentre non avrebbe mai rinunciato

al suo mese di ferie in Agosto, in un fazzoletto di terra vicino Messina (contrada Malapezza-Spartà), dove si davano appuntamento tutti i suoi più cari e sinceri amici. Non ha mai posseduto un libretto di assegni, né carte di credito, né un cellulare, dava scarso valore al denaro, per nulla consumista, si illuminava se riceveva un qualsiasi regalo, anche dei grandi magazzini. Credo non avesse mai portato cravatte, certamente mai griffato, le auto che ha posseduto certamente non vengono annoverate tra gli "status symbol", non seguiva le mode verosimilmente perché non intendeva volgarizzare la sua identità. Non fu mai banale anche quando, negli ultimi anni, amava indugiare in chiacchierate familiari con alcuni collaboratori dando sempre più spazio al rapporto umano, agli affetti ed ai sentimenti. A conclusione della Sua carriera ha lasciato una Scuola stimata con due Professori Ordinari e cinque Professori Associati di Radiologia, un Professore Associato di Neuroradiologia e tredici Ricercatori, ma soprattutto una squadra ben calibrata, in cui regnano armonia, amicizia e voglia di migliorare. Sono certo che anche i giovani specializzandi respirano quest'aria.

Approvati i bilanci

L'assemblea dell'Ordine ha esitato il conto consuntivo 2005 e il preventivo 2006 accompagnati dagli interventi del Presidente e del Tesoriere

La relazione del Presidente

Cari Colleghi,
è con vero piacere che porgo a nome mio e dell'intero Consiglio un caloroso saluto ai Colleghi presenti, passando così ad introdurre immediatamente i lavori dell'Assemblea ordinaria degli iscritti convocata per l'approvazione del conto consuntivo per l'anno 2004 e del bilancio preventivo per l'anno 2006.

Prima di entrare nel vivo della relazione, consentitemi di rendere merito ai Colleghi deceduti al cui cordoglio l'Ordine ha sentitamente partecipato. Sono i Dott.ri: Antonino Abate, Nunzio Anastasi, Tommaso Aversa, Gaspare Bottari, Ernesto Buzzanca, Salvatore Calabrò, Pasquale Calapso, Antonino Capriani, Giovanni Carrozza, Giuseppe Carrozza, Rosella Casilli, Giovan Battista Cecconi, Eugenio Cicala, Francesco Coglitore, Tania Colosi, Francesco Conti, Enrico D'Amico (Calascibetta), Salvatore Di Caro, Cosimo Di Martino, Domenico Maria Dimasi, Giuseppe Angelo Distefano, Crispino Giorgianni, Vito Paolo Giunta, Fedele Italo Iannelli, Pietro Iannelli, Santa Ilardo, Luigi Lo Giudice, Antonino Maiorana, Affilio Manca, Pietro Mangano, Antonino Marabello, Giuseppe Musarra, Salvatore Navarra, Giuseppe Ortese, Francesco Panacea, Carmelo Paterniti, Gianbattista Peroni, Maria T. Pigneri, Giacomo Pollicino, Lorenzo Reitano, Santi Rizzo, Antonino Salomone, Matteo Sampiero, Giuseppe Troilo, Cirino Vieni, Adele Vitarelli.

Sembra ieri e invece sono passati tre anni da quando ho presentato il programma ordinistico che ha raccolto il consenso unanime dell'Assemblea elettorale del 2002, consenso che Voi tutti avete riconfermato lo scorso settembre, quando siete stati chiamati ad eleggere nuovamente gli organi statuari. Posso affermare con serenità che, durante i tre anni di mandato, il Consiglio Direttivo ha svolto appieno i propri compiti istituzionali, realizzando risultati coerenti con il programma allora presentato, con pieno soddisfacimento delle legittime aspettative dei medici

che hanno riposto la loro fiducia nell'organo consiliare, il cui mandato verrà a cessare il prossimo 31 dicembre.

Una riprova dell'efficiente operato del Consiglio Direttivo è stata data proprio

dalla recente tornata elettorale il cui esito ha di nuovo accordato fiducia plebiscitaria all'organo istituzionale, nella sua composizione sia pure parzialmente modificata, che vede confermati tutti i Consiglieri usciti ad eccezione di uno che, per motivi esclusivamente personali, ha deciso di non pone più la propria candidatura.

Colgo l'occasione per ringraziarli sinceramente per il contributo profuso nello svolgimento dei lavori consiliari, consentendo, nel vivace confronto d'opinione, il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il nuovo Consiglio sorto a seguito della recente consultazione elettorale sarà altrettanto unito e lavorerà con professionalità, onesta intellettuale e scrupoloso rispetto delle regole e spero sempre più aperto ai contributi provenienti dagli iscritti.

Al Consigliere di nuova elezione desidero dare il benvenuto con l'auspicio che possa instaurarsi anche con lui un clima di proficua collaborazione.

Durante il mandato tutti insieme abbiamo svolto un ottimo lavoro grazie anche all'apporto fattivo delle Commissioni che hanno sostenuto l'attività consiliare mediante l'approfondimento di vari settori: etica e deontologia, bollettino e sito internet, medicine non convenzionali e pari opportunità, rapporti con l'ospedale ed il territorio, specialistica ambulatoriale, aggiornamento e formazione professionale, rapporti con le altre istituzioni.

Non abbiamo dimenticato gli argomenti istituzionali ormai tradizionali per il nostro Ordine, tutti riconducibili all'eterno problema del riconoscimento dei più nobili ideali a cui la nostra professione è improntata: mi riferisco ai valori della dignità e dell'indipendenza, presupposti inalienabili per il corretto esercizio della medicina che, purtroppo da qualche tempo, subiscono sempre più attentati alla loro integrità.





Secondo la legge istitutiva, infatti, l'Ordine è chiamato a svolgere un molo di controllo proprio nell'osservanza della deontologia, in difesa del decoro della professione.

Di conseguenza non sono mancati i procedimenti disciplinari, seppure non numerosi, sempre affrontati con grande attenzione e delicatezza e nella tutela assoluta dei diritti dei Collegghi.

Così come non sono mancati gli interventi volti a difendere la categoria dalle aggressioni continue dei cittadini e della stampa che, visto il diffondersi della cultura dell'immortalità, addebitano al medico la responsabilità di ogni insuccesso terapeutico, anche quando neanche la medicina può intervenire a salvataggio della salute del paziente.

Il ruolo dell'Ordine nei confronti dei mass-media è un argomento di sicuro impatto emotivo, ma che si scontra con un potere, quello della stampa, forte e difficilmente riducibile, sia perché permeabile solo alle notizie che fanno audience, sia perché del tuffo indifferente alle eventuali rettifiche che puntualmente riguardano l'assoluta maggioranza degli avvenimenti interessanti i medici. La difesa dei Collegghi non sempre è avvenuta sulle pagine dei giornali locali, perché ne risulta difficile l'accesso, ma abbiamo in ogni caso agito nel loro interesse fornendo consulenze finché le nostre competenze ce lo hanno permesso.

I rapporti tenuti con le altre Istituzioni sono stati ottimi ed improntati alla collaborazione, alla reciproca stima e soprattutto al rispetto dei moli.

Con i vertici delle Aziende sanitarie si è proceduto a scambi di opinioni utili per risolvere possibili problematiche, con prese di posizione volte all'esclusiva tutela dei Collegghi e dei cittadini.

Con l'Università, in particolare, i contatti si sono intensificati grazie alle innovazioni intervenute sulle modalità di svolgimento degli esami di stato.

L'abilitazione è stata organizzata, infatti, secondo le novità legislative con la collaborazione dei medici del territorio che hanno risposto con entusiasmo ai nuovi compiti a loro affidati.

Non sono mancati i problemi, primo fra tutti quello del reperimento di un numero adeguato di tutors sufficiente sul territorio, che comunque è stato superato promovendo un corso di formazione per i medici di medicina generale.

Vi è stato poi quello che potremo definire il problema dei problemi: il mancato riconoscimento economico delle funzioni di tutor, ma anche quello dei crediti ai fini dell'educazione continua in medicina.

Gli Ordini si sono attivati per il giusto e sacrosanto diritto dei Collegghi, dedicati a

questa delicata e insostituibile attività, ad ottenere un congruo numero dei crediti Ecm.

Sembra che questa riconoscenza da parte dello Stato sia giunta di recente a maturazione.

Il 24 novembre 2005, infatti, la Commissione Nazionale Ecm si è espressa per un riconoscimento se non economico quantomeno giuridico mediante l'assegnazione dei crediti. Adesso non resta che rimanere in attesa delle determinazioni ufficiali sulle modalità e misura di attribuzione del riconoscimento creditizio.

L'Istituzione universitaria ha dato il via all'attuazione dell'accordo convenzionale stipulato per l'insegnamento della disciplina della medicina generale nel corso di laurea in medicina e chirurgia con la programmazione di attività seminariale e pratica-tutoriale. Questo può essere definito un risultato senz'altro eccezionale in quanto l'applicazione concreta della convenzione altro non è che il riconoscimento da parte dell'Università, e quindi della Facoltà di Medicina e Chirurgia, della opportunità di integrare il corso di laurea specialistico di medicina e chirurgia con l'apprendimento da parte degli studenti dei principi della medicina generale.

Non esito a rimarcare il dato assolutamente significativo della massiccia partecipazione dei Collegghi ai nostri corsi di aggiornamento e formazione su informatica, inglese, codice deontologico e certificazione medica, che hanno ottenuto l'accreditamento e questo è stato e continua ad essere motivo di profonda soddisfazione per quanti come me hanno creduto nel ruolo di provider dell'Ordine.

Ci dispiace per quanti sono rimasti esclusi da queste iniziative, ma una delle scelte fondamentali dell'aggiornamento è stata la qualità che, nel nostro caso, ha significato il numero chiuso.

Proprio per questo ci siamo preoccupati di incentivare le occasioni di partecipazione dei Collegghi prevedendo, in risposta alle richieste di molti iscritti, la ripetizione dello svolgimento dei corsi rispetto a quanti originariamente programmati.

In questo triennio il nostro Ordine ha cercato di stimolare la profonda riflessione degli iscritti su questa tematica dell'aggiornamento nella speranza di migliorare ulteriormente la validità professionale dei Collegghi.

Sin dalla nascita del programma Ecm ci siamo battuti per affermare il ruolo di guida per i professionisti, registrandoci come provider e provvedendo alla scelta dei temi di una formazione sempre più richiesta dagli iscritti ed indispensabile per rispondere in maniera adeguata alle esigenze di una società particolarmente attenta ai temi della salute. I numerosi Collegghi che hanno frequenta-



to queste iniziative sono la testimonianza di una scelta sentita e condivisa.

L'obiettivo di incrementare l'attività formativa è sempre presente perché soltanto con la formazione si possono creare momenti di riflessione per tutti i protagonisti della sanità e migliorare ulteriormente la qualità di vita dei cittadini affidati alle nostre cure.

L'organizzazione dei corsi ecm, con iscrizioni on-line a tamburo battente, ci ha fatto molto riflettere sulla reale portata del nostro sito e per questo ci siamo attivati per acquisire sempre più indirizzi e-mail, con l'obiettivo dichiarato di assicurare ai Colleghi una efficace comunicazione in tempo reale di tutte le novità in materia sanitaria.

Il progressivo e continuo aggiornamento delle disposizioni legislative ha di fatto reso necessario l'utilizzo al massimo delle potenzialità di questo mezzo di comunicazione, che si sta sempre più rilevando una vera miniera di informazioni alla quale accedono centinaia di Colleghi.

Avrete notato la nuova veste grafica del bollettino e l'orientamento dei contenuti sui problemi di sanità, attualità e prospettive della medicina.

Anche il bollettino, infatti, è sempre più un mezzo di informazione e tende a divenire uno strumento per esprimere opinioni, progettualità e valutazioni sugli eventi che riguardano la medicina.

Il 2004 ha registrato un notevole afflusso di telefonate per delucidazioni sull'obbligatorietà del contributo ONAOSI che precedentemente era estesa solo ai medici ospedalieri e non anche ai medici di medicina generale ed i liberi professionisti, per i quali la contribuzione rivestiva carattere facoltativo.

La tematica è stata oggetto di dibattiti e insinuazioni che non sempre hanno posto in buona luce la categoria.

A favore dell'obbligatorietà basti solo sottolineare che l'obbligo del contributo è stato esteso a tutti proprio per venire incontro agli stati di necessità delle famiglie che non hanno potuto usufruire di alcun aiuto per i figli orfani, non avendone acquisito il diritto con la contribuzione.

Gli Ordini professionali hanno invitato l'Onaosi a rivedere alcuni aspetti inerenti l'entità del contributo a carico dei Colleghi giovani e di quelli anziani.

Possiamo dire che, raccogliendo i nostri appelli, fondatamente motivati, l'ente ha in seguito rivisto in modo sostanziale le quote contributive, definendone criteri più equi basati sull'età e sul reddito.

Il nostro Ordine professionale ha tentato di sensibilizzare gli iscritti sulle prospettive di un campo in continua evoluzione, come quello previdenziale.

I medici si sono dimostrati poco attenti al

problema futuro pensionistico, salvo risvegliarsi qualche mese prima di godersi il meritato riposo.

In questo senso ci siamo adoperati per promuovere la giusta attenzione nei confronti dell'Enpam e far conoscere le prestazioni previdenziali ed assistenziali di questo ente. Diverse sono state le novità legislative, prima fra tutte quella riguardante la normativa sulla privacy.

L'ultima scadenza è quella del 31 dicembre 2005: entro questa data tutti i professionisti dovranno redigere il documento programmatico sulla sicurezza dei dati personali.

Anche il nostro Ordine si è adeguato alla suddetta normativa, provvedendo alla redazione del DPS.

E' entrata in vigore la normativa regionale sulle autorizzazioni degli studi e ambulatori medici ed odontoiatrici e relativo accreditamento, che ha visto il coinvolgimento del nostro Ordine nell'aiutare i Colleghi ad affrontare le novità, oggettivamente gravose, in tema di adeguamento delle strutture, con il relativo investimento finanziario spesso di rilevante entità.

E' stato abolito l'istituto dell'annotazione, normativa alla quale l'Ordine ha dato applicazione, scegliendo di venire incontro alle esigenze dei Colleghi e concedendo loro un ragionevole tempo per adeguarsi.

E' stato siglato l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e quello regionale per i medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale.

Sono in arrivo i miglioramenti economici per i medici ospedalieri essendo stato firmato in via definitiva, il 3 novembre 2005, il relativo contratto per il quadriennio giuridico 2002-2005 ed il biennio economico 2002-2003.

Nel suddetto contratto si registra, tra le altre, una novità di assoluto rilievo che riguarda proprio il settore ordinistico: le aziende e gli enti devono permettere la partecipazione alle riunioni degli Ordini professionali dei dirigenti che rivestono le cariche nei relativi organi senza riduzione del debito orario, al fine di consentire loro l'espletamento del mandato.

Nessun contratto di lavoro, invece, è stato definito sino ad oggi per i medici in formazione.

Dopo un balletto durato più anni, infatti, il Governo ha fatto marcia indietro, e per gli specializzandi, che rappresentano gli specialisti del futuro, è rimasta soltanto l'insoddisfacente soluzione del mantenimento delle borse di studio, senza previdenza né tutela assistenziale.

Il nostro Ordine gode oggi di una stima e visibilità anche nazionali e ciò lo si deve in massima parte al continuo lavoro di appro-

fondamento dei temi che riguardano la professione ed al continuo contributo di tutti, in un momento storico di tutta evidenza delimitato.

Ma si può fare di più e lavoreremo per il miglioramento del ruolo dell'Ordine che si scontra, purtroppo, con l'esistenza di una vecchia legge istitutiva.

Ed infatti non posso non ricordare come la legislatura politica non abbia mostrato attenzione rispetto alla nostra professione tramite una nuova legge che risultasse adeguata rispetto ai tempi.

Oggi l'Istituzione ordinistica è fondata su una legislazione obsoleta, non più in grado di fornire risposte adeguate all'evoluzione del servizio sanitario pubblico e della libera professione.

La possibilità di un Ordine veramente rappresentativo della categoria, con vero potere sui propri iscritti, a garanzia della qualità delle prestazioni esercitate nei confronti dei cittadini, deve diventare una realtà non più procrastinabile.

Per ottenere risultati concreti è indispensabile che questo molo venga modernizzato con l'istituzione di una normativa che assegni il vero molo di garante della qualità professionale.

Nel prossimo triennio porteremo avanti questa esigenza nell'ottica di un progetto di rilancio della professione.

La categoria ha profondo bisogno di unità e deve ritrovare un modo comune di sentire, al di là di ciò che ognuno di noi fa e del contesto in cui opera.

Noi tutti conosciamo la situazione di disagio e di difficoltà crescente che i medici incontrano quotidianamente nella loro professione e che sono legate alla burocratizzazione inarrestabile, all'attività clinica ormai condizionata da norme contorte e da una attività professionale sempre meno autonoma.

A questo quadro non certo idilliaco possiamo aggiungere l'aziendalizzazione delle strutture pubbliche che, con la non sempre veritiera giustificazione della correttezza della spesa, tenta di imporci l'obbligo del risultato invece dell'obbligo dei giusti mezzi.

Tutti elementi, questi, che sommati hanno condotto ad una situazione davvero esplosiva.

Proprio in questo contesto dove tutti, medici e cittadini, sono vittime, si devono perseguire progetti concreti e, soprattutto, nati all'interno della professione, pronta ad accogliere ovviamente anche i vostri suggerimenti.

Sono convinto, infatti, che l'Istituzione ordinistica deve essere in sostanza la casa comune in cui opinioni ed interessi divergenti possono essere ricondotti ad una sintesi sui temi fondamentali.

Considerati gli obiettivi finora raggiunti, il

nostro compito sarà quello di continuare nella stessa direzione per:

-rivendicare il molo dell'Ordine nell'ambito della programmazione e della gestione della sanità ai vari livelli istituzionali;

-affermare la dignità e la qualità dell'atto medico, quale garanzia di sicurezza per il cittadino, nel rispetto dei principi di indipendenza ed autonomia;

-incrementare le iniziative per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente del medico, richiedendo una profonda revisione dei meccanismi ecm che si sono mostrati deficitari per la salvaguardia della qualità dell'aggiornamento;

-partecipare attivamente al processo di integrazione tra l'ospedalità pubblica e privata e territorio, nell'ambito di un disegno organico di competenze utile per elevare il più possibile la qualità dell'assistenza;

-battersi per proteggere l'immagine della categoria troppo spesso vilipesa dai mass-media per presunta malpractice;

-porre l'attenzione sul problema dell'occupazione medica e su quello degli specializzandi;

-favorire i processi di integrazione delle diverse realtà professionali valorizzando le differenti competenze mediche;

-salvaguardare l'autonomia e l'indipendenza della nostra professione nei confronti delle altre lauree emergenti che rivendicano ruoli simili agli ordinamenti istituzionalmente riconosciuti;

-favorire l'orientamento professionale e promuovere gli aspetti deontologici e normativi della professione dei giovani medici;

-richiamare in tutti gli ambiti il rispetto delle norme deontologiche secondo i principi di indipendenza e responsabilità del professionista;

-affermare il ruolo dell'Ordine nell'autogoverno etico, disciplinare e delle regole fondamentali dell'esercizio professionale;

-recuperare gli aspetti umanistici del medico, esplicitati nel codice deontologico, a tutela del rapporto fiduciario tra medico ed assistito.

Un programma così ambizioso richiederà un clima di collaborazione e la presenza assidua dei Consiglieri perché sono convinto che un Ordine rappresentativo e dotato di una programmazione reale consentirà di fare uscire la professione dall'isolamento che rischia di distruggere il rapporto tra noi e le persone che curiamo.

Prima di concludere, Vi comunico i dati statistici sull'attività dell'Ordine nell'anno 2004.

Nell'albo dei medici chirurghi sono state registrate: -n. 137 nuove iscrizioni; -n. 14 iscrizioni per trasferimento da altri Ordini; -n. 31 cancellazioni per trasferimento ad altri Ordini; -n. 17 cancellazioni per cessata attività





professionale; -n. 1 cancellazione per cessata attività medica e permanenza albo odontoiatri;

-n. 26 cancellazioni per decesso; -n. 2 cancellazione per emigrazione all'estero; Nell'albo degli odontoiatri sono state registrate: -n. 17 nuove iscrizioni; -n. 1 cancellazioni per trasferimento ad altri Ordini; -n. 4 pareri di congruità; -n. 5 legittimazioni all'esercizio dell'attività psicoterapeutica; -n. 7 inserimenti registro medicine non convenzionali.

Al 31 dicembre 2004 gli iscritti all'albo dei medici chirurghi ed a quello degli odontoiatri risultano essere rispettivamente 5243 e 452. Mi avvio alla conclusione e prima di passare la parola al Consigliere Tesoriere per la consueta relazione tecnica, che ha trovato conforto nel parere favorevole espresso dal Collegio dei Revisori dei Conti, consentitemi di rinnovare i ringraziamenti al Consiglio Direttivo che, con entusiasmo ed impegno incondizionato, ha raggiunto risultati sicuramente proficui e a tuffi ben noti.

Un grazie di cuore al personale che mi ha coadiuvato egregiamente con un contributo prezioso per il buon funzionamento dell'ente.

Saremo tuffi impegnati a continuare la già intrapresa opera di rinnovamento di quest'Ordine con l'efficienza ed il senso di responsabilità che hanno caratterizzato sino ad oggi, seppure con le inevitabili ma costruttive differenze, l'azione amministrativa del Consiglio.

Rinnovo a tutti un benvenuto e calorosi auguri per le prossime festività. Ancora L'Ordine ha rilasciato: -n. 1750 certificati di iscrizione ai due albi professionali; -n. 51 tesseri di iscrizione ai due albi professionali; -n. 43 contrassegni per autovetture;

-n. 4 pareri di congruità; -n. 5 legittimazioni all'esercizio dell'attività psicoterapeutica; -n. 7 inserimenti registro medicine non convenzionali.

Al 31 dicembre 2004 gli

iscritti all'albo dei medici chirurghi ed a quello degli odontoiatri risultano essere rispettivamente 5243 e 452.

Mi avvio alla conclusione e prima di passare la parola al Consigliere Tesoriere per la consueta relazione tecnica, che ha trovato conforto nel parere favorevole espresso dal Collegio dei Revisori dei Conti, consentitemi di rinnovare i ringraziamenti al Consiglio Direttivo che, con entusiasmo ed impegno incondizionato, ha raggiunto risultati sicuramente proficui e a tuffi ben noti.

Un grazie di cuore al personale che mi ha coadiuvato egregiamente con un contributo prezioso per il buon funzionamento dell'ente.

Saremo tuffi impegnati a continuare la già intrapresa opera di rinnovamento di quest'Ordine con l'efficienza ed il senso di responsabilità che hanno caratterizzato sino ad oggi, seppure con le inevitabili ma costruttive differenze, l'azione amministrativa del Consiglio.

Rinnovo a tutti un benvenuto e calorosi auguri per le prossime festività.

IL PRESIDENTE

Doff. Nunzio Romeo

La relazione del Tesoriere

di Paolo CATANOSO



Il Conto Consuntivo 2004, pur rappresentando, dal punto di vista contabile, un dovere d'ufficio o un atto dovuto, ci consente di verificare quanto siamo riusciti a realizzare secondo il programma che avevamo proposto in sede di bilancio di previsione, che poi rispecchia la politica dell'Ente.

Ho il dovere, senza tema di essere smentito, che siamo riusciti a portare a termine tutte

quelle iniziative che secondo il Consiglio dovevano manifestare l'impegno da parte dell'Ordine nell'assumere sempre più incisivi gli svolgimenti di attribuzioni istituzionali per conferire un'immagine del medico più qualificata, sia all'interno della categoria, sia all'esterno verso gli utenti cittadini.

Mi riferisco in particolare ad una serie di avvenimenti che l'Ordine ha assunto durante l'anno 2004 in direzione di tali indicazioni.

Nel mese di maggio presso il Teatro Vittorio Emanuele abbiamo organizzato una manifestazione-evento ormai diventata annuale e che ha avuto come argomento principale: la tutela del paziente oncologico. In tale occasione è stata presentata la "Carta di Messina" che ha avuto ampia risonanza in campo nazionale.



Abbiamo correntemente pubblicato il Bollettino dell'Ordine, che è ormai diventato un punto di riferimento per i medici.

Abbiamo puntualmente organizzato la cerimonia di giuramento dedicata ai nuovi medici iscritti all'Albo, premiando anche i medici che hanno raggiunto i 50 anni di laurea.

Abbiamo utilizzato la procedura dell'informatica, con il conseguente innalzamento delle capacità professionali.

Abbiamo migliorato notevolmente il sito dell'Ordine, che risolve non pochi problemi ai medici, soprattutto quelli della provincia che utilizzano tutti i servizi disponibili e che sono attinenti all'esercizio della professione.

Il Personale dell'Ordine è adeguatamente coperto ed assicurato con apposito accantonamento dell'indennità di anzianità e similari, fra l'altro previsto dalla legge. La gestione amministrativa si è svolta nella massima trasparenza e tutte le spese sono avvenute in modo oculato, così come tassativamente dimostrabile nei vari registri contabili e così come è stato ampiamente verificato dal Collegio dei Revisori.

I dati del presente esercizio evidenziano, senza dubbio, la buona gestione dei mezzi finanziari dell'Ordine che ha determinato la realizzazione di un discreto avanzo di amministrazione. Si tratta, veramente, di un buon risultato, grazie anche alla collaborazione ricevuta da questo Consiglio e dall'ufficio economico-finanziario che mi ha sostenuto nel non facile compito assegnatomi.

Provvedo, a completamento, di quanto emerso dalla relazione dei Revisori di darVi lettura della parte tecnica delle voci di bilancio consuntivo.

Il conto consuntivo dell'esercizio 2004 si è chiuso con un vanzo di amministrazione di euro 100.197,13.

Il totale delle Entrate effettive è stato di euro 1.104.238,14 contro euro 1.030.585,52 preventivate.

Il totale delle Uscite effettive è stato di euro 1.113.105,92 contro il preventivo di euro 1.146.932,22.

Le entrate contributive hanno registrato un aumento, rispetto al Preventivo, di euro 18.185,27.

Irrilevante l'aumento delle Entrate derivanti da trasferimenti attivi correnti rispetto a quanto preventivato.

Le altre Entrate hanno registrato un

aumento di euro 10.566,44 su quanto era stato preventivato.

Le Entrate per partite di giro, irrilevanti ai fini contabili del bilancio, hanno registrato un aumento di euro 50.857,51.

Passando alle uscite.

Le economie di spesa riguardano:

- Spese correnti per euro 58.470,06

- Spese in conto capitale euro 24.852,26

- Estinzioni di Mutui ed Anticipazioni euro 1.229,81

- Le uscite per partite di giro hanno registrato invece un aumento, in contrapposizione alle Entrate, di euro 50.726,83.

Sono a Vostra disposizione per tutte le delucidazioni a chiarimento dei dati di bilancio, non senza prima chiederVi di voler approvare la conseguente delibera, sempre che ottenga un voto favorevole.

BILANCIO DI PREVISIONE 2006

Il Bilancio di Previsione per l'anno 2006 è il primo atto che il nuovo Consiglio Direttivo pone in essere per esprimere, nell'ambito delle risorse a disposizione, gli intenti e gli obiettivi che guideranno l'attività gestionale dell'Ordine per il prossimo anno.

La conferma, quasi totale, della compagine ordinistica, consente una continuità di azione attraverso la prosecuzione dei programmi già avviati.

La formulazione della relazione programmatica 2006, che sottopongo alla Vostra approvazione, deve rappresentare un reale obiettivo dell'attività dell'attuale Consiglio Direttivo.

E' utile ricordare che nel corso 2006 oltre alle Entrate di competenza, si utilizzerà, anche se in via previsionale, l'avanzo di amministrazione presunto di euro 67.734,69.

La previsione si presenta come segue:

Le Entrate contributive ammontano ad euro 852.513,36

Le Entrate derivanti da trasferimenti correnti euro 22.000,00

Altre Entrate euro 21.476,44

Entrate derivanti da accensione di prestiti euro -

Entrate per Partite di Giro euro 256.740,27

Utilizzo Avanzo di Amministrazione al 01/01/2006 euro 67.734,69

TOTALE COMPLESSIVO ENTRATE euro 1.220.464,76

Si espone nel seguente prospetto la previsione di spesa:

Spese correnti euro 792.724,49
Spese in Conto Capitale euro 31.000,00
Estinzione mutui ed anticipazioni euro 140.000,00
Uscite per Partite di Giro euro 256.740,27
TOTALE COMPLESSIVE USCITE euro 1.220.464,76

In conclusione i costi di previsione sono stati valutati in base alla evoluzione della spesa nel corso del precedente esercizio. Il Consiglio Direttivo, sono fiducioso, compirà ogni sforzo per giungere alla realizzazione degli obiettivi prefissati; ma per portare a compimento le proposte programmatiche ha bisogno dell'approvazione del bilancio che sono sicuro l'Assemblea non mancherà di dare con inalterata fiducia.

DELIBERAZIONE

L'Assemblea ordinaria dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, riunita in data 18 dicembre 2005;

ESAMINATO il Conto Consuntivo dell'esercizio finanziario 2004

VISTA la relazione dei Revisori dei Conti
VISTO l'art. 4 del DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 ed il relativo regolamento per l'esecuzione di detto decreto

DELIBERAo dell'esercizio 2004 si è chiuso con un vanzo di amministrazione di euro 100.197,13.

Il totale delle Entrate effettive è stato di euro 1.104.238,14 contro euro 1.030.585,52 preventivate.

Il totale delle Uscite effettive

DELIBERAZIONE BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2006

L'Assemblea ordinaria dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, riunita in data 18 dicembre 2005;

ESAMINATO il Bilancio di Previsione delle Entrate e delle Uscite per l'esercizio finanziario dell'anno 2006;

UDITA la relazione del Consigliere Tesoriere;

SENTITA la relazione dei Revisori dei Conti;

VISTO l'art. 4 del DLCPS 13 settembre 1946 n. 233

DELIBERA

E' approvato in termini di competenza il Bilancio di Previsione per l'esercizio finanziario dell'anno 2006

E' autorizzata la riscossione delle Entrate e dei proventi dovuti per l'esercizio finanziario 2006 giusta la seguente previsione:

TITOLO 1° - ENTRATE CORRENTI	852.513,36
TITOLO 2° - ENTRATE DERIVANTI DA TRASFERIMENTI CORRENTI	22.000,00
TITOLO 3° - ALTRE ENTRATE	21.476,44
TITOLO 4° - ENTRATE DERIVANTI DA ACCENSIONE DI PRESTITI	0,00
TITOLO 5° - ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	256.740,27
TOTALE ENTRATE	1.152.730,07
AVANZO DI AMMINISTRARZIONE PRESUNTO AL 31.12.2005	67.734,69
TOTALE COMPLESSIVO	1220.46476

E' autorizzata la iscrizione nel bilancio di previsione delle Entrate 2006 l'avanzo presunto di amministrazione al 31 dicembre 2005 per l'importo di euro 67.734,69

E' approvata in € 1.220.464,76 la spesa di competenza per l'esercizio finanziario dell'anno 2004 giusta la seguente previsione:

TITOLO 1° - SPESE CORRENTI	792.724,49
TITOLO 2° - SPESE IN CONTO CAPITALE	31.000,00
TITOLO 3° - ESTINZIONE DI MUTUI ED ANTICIPAZIONI	140.000,00
TITOLO 3° - SPESE PER PARTITE DI GIRO	256.740,27
TOTALE DELLE USCITE	1.220.46476

Le tabelle analitiche delle entrate e delle uscite ripartite per titoli, categorie ed articoli, unitamente al quadro riassuntivo ed alle relazioni illustrative, formano parte integrante della presente deliberazione.

IL SEGRETARIO DELL'ASSEMBLEA

IL PRESIDENTE
(Dott. Nunzio Romeo)

RELAZIONE DEI REVISORI DEI CONTI



Il Collegio, riunito nella seduta del 3 novembre 2005 nella Sede dell'ordine Provinciale dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri alle ore 17,00, con l'assistenza del Consigliere Tesoriere Dott. Paolo Catanoso, coadiuvato dal personale dell'ufficio economico finanziario ha esaminato il Bilancio di Previsione per l'anno 2006 con i dati e le tabelle fornite dal Tesoriere stesso.

In particolare si sofferma sulla previsione di Entrate e considerando che è plausibile ottenerne la consistenza prevista in euro 1.220.464,76, compreso l'avanzo di amministrazione di euro 67.734,69, si ritiene, di contro, che le spese previste possano essere sostenute entro i limiti stabiliti per ogni singola voce.

Spetta al Consiglio dell'Ordine valutare l'opportunità delle scelte programmatiche per il raggiungimento degli obiettivi che si

propone di raggiungere e che, oculatamente vagliate, appaiono condivisibili da questo Collegio.

Convocato dal Consigliere Tesoriere Dott Paolo Catanoso, alle ore 17,30 del giorno 3 novembre 2005, presso la Sede dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, si è riunito il Collegio dei Revisori dei Conti per discutere il seguente ordine del giorno:

1. approvazione conto consuntivo anno 2004

2. approvazione del bilancio di previsione per l'anno 2006.

Sono presenti i Revisori:

DOTT. GIARDINA ELIGIO - Presidente

DOTT. CAMINITI GIOVANNI - Revisore effettivo


DOTT. STAROPOLI CARMELO - Revisore effettivo.

Assistono alla riunione del Collegio il

Sinteticamente il Bilancio di Previsione è così articolato

TITOLO 1°	
ENTRATE CONTRIBUTIVE	852.513,136
TITOLO 2°	
ENTRATE DERIVANTI DA TRASFERIMENTI CORRENTI	22.000,00
TITOLO 3°	
ALTRE ENTRATE	21.476,44
TITOLO 4°	
ENTRATE IN CONTO CAPITALE	-
TITOLO 5°	
ENTRATE PER PARTITE DI GIRO	256.740,27
AVANZO DI AMMINISTRAZIONE AL 31.12.2005	67.734,69
PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI ENTRATE	1.220.464,76
Le Uscite sono così determinate	
TITOLO 1°	
USCITE CORRENTI	792.724,49
TITOLO 2°	
USCITE IN CONTO CAPITALE	31.000,00
TITOLO 3°	
ESTINZIONI DI MUTUI ED ANTICIPAZIONI	140.000,00
TITOLO 4°	
USCITE PER PARTITE DI GIRO	256.740,27
PER UN TOTALE COMPLESSIVO DI USCITE	1.220.464,76

Il Bilancio si chiude in perfetta parità, per cui I Revisori ritengono che esso possa essere proposto, dopo il vaglio del Consiglio dell'Ordine, per l'approvazione all'Assemblea degli iscritti.



Tesoriere Dott. Catanoso, coadiuvato dal personale dell'Ufficio Economico Finanziario.

Il Collegio esamina i dati contabili e le tabelle del conto consuntivo per l'esercizio finanziario 2004, accertandone la corrispondenza con gli stanziamenti del bilancio di previsione, nonché con le risultanze delle scritture contabili.

Ha potuto verificare la regolarità delle procedure e delle registrazioni riguardanti i movimenti delle entrate e delle uscite, secondo quanto è stabilito dal Decreto del Presidente della Repubblica 18/12/1979 n. 696, che regola la contabilità degli enti pubblici non economici.

Unitamente al conto consuntivo il Collegio prende in esame:

- il rendiconto finanziario che comprende i risultati della gestione del bilancio sia per le entrate che per le uscite;
- la situazione patrimoniale che indica la consistenza degli elementi patrimoniali attivi e passivi, con il rilevamento del patrimonio netto;
- il conto economico che espone le entrate e le uscite di gestione di competenza, le variazioni intervenute nell'ammontare dei residui attivi e di quelli passivi.

Il Collegio contestata la predisposizione della situazione amministrativa che eviden-

zia la consistenza della cassa all'inizio dell'esercizio, gli incassi e pagamenti complessivi nell'anno in conto competenza ed in conto residui ed il saldo di chiusura dell'esercizio. Mette, altresì, in evidenza il bilancio complessivo delle somme rimaste da riscuotere e da pagare alla fine dell'esercizio. Per ultimo espone l'avanzo ed il disavanzo di amministrazione.

Proprio da quest'ultimo risultato il Collegio constata che il conto consuntivo dell'anno 2004 si è chiuso con un avanzo di amministrazione pari ad euro 100.197,13.

In tema di conto consuntivo il Collegio rileva che il risultato è positivo per euro 163.474,51. Al totale generale delle Entrate effettive pari ad euro 846.160,03 corrispondono uscite effettive di euro 682.685,52.

Lo stato patrimoniale presenta un patrimonio netto di euro 765.334,15, rispetto allo scorso anno che era di euro 711.253,09.

In conclusione la struttura tecnico-contabile del conto consuntivo risulta corretta ed il Collegio esprime una valutazione positiva anche in relazione ai criteri di rigore e di contenimento delle spese.

Per questi motivi il conto consuntivo merita di essere proposto per l'approvazione all'Assemblea ordinaria degli iscritti.

SI SINTETIZZANO I DATI CONTABILI DEL CONTO CONSUNTIVO:

ENTRATE

Titolo 1° Entrate contributive	813.115,02
Titolo 2° Entrate derivanti da trasferimenti correnti	9.552,15
Titolo 3° Altre entrate	23.492,86
Titolo 4° Entrate per Partite di Giro	258.09315
COMPLESSIVAMENTE	1.104.253,18

USCITE

Titolo 1° Spese correnti	682.685,52
Titolo 2° Spese in conto capitale	33.147,74
Titolo 3° Estinzione di Mutui ed Anticipazioni	139.310,19
Titolo 4° Uscite per Partite di Giro	257.962,47
COMPLESSIVAMENTE	1.113.105,92