

Marzo
Aprile
2006 **2**

■ **Editoriale**
Rapporto Medico-Paziente

■ **La Cerimonia di Giuramento**

■ **Il Centro Neurolesi diventa IRCCS**



■ **Osservatorio sulla salute delle donne**

■ **"Breast & Ovary" Oncologi e pazienti insieme**



■ **Corso di formazione in medicina generale**

■ **Pet Therapy**

■ **Adenoma ipofisario, incontro coi pazienti**

■ **Responsabilità per colpa professionale**

■ **Remunerazione agli specialisti**

■ **L'esperienza di colleghi in Somalia**

DIRETTORE EDITORIALE Nunzio Romeo

DIRETTORE RESPONSABILE Lorenzo Mondello

REDATTORE CAPO Mario Primo Cavaleri

VICE DIRETTORE Valentino Sturiale

FUNZIONARIO 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

Stampa: Grafo editor s.r.l. - tel. 090 2931094
e-mail: GRAFOE01@GRAFOEDITOR.SRLI.191.it

COMITATO DI REDAZIONE

Maria Sofia Cambria, Stefano Leonardi,
Giovanni Materia, Giovanni Pulitanò

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

Antonino Ferrara *Presidente Onorario*

Nunzio Romeo *Presidente*

Carmelo Salpietro Damiano V. *Presidente*

Salvatore Rotondo *Segretario*

Paolo Catanoso *Tesoriere*

Consiglieri:

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

Revisori:

Presidente: Eligio Giardina

Componenti:

Giovanni Caminiti, Carmelo Staropoli,
Stefano Leonardi (*suppl.*)

Commissione Odontoiatri:

Giuseppe Renzo, *presidente*

Gaetano Iannello, *segretario*

Alfredo Catarsini, Giuseppe Della Torre,

Giuseppe Lo Giudice.

RAPPORTO MEDICO - PAZIENTE

c'è ancora molto da fare

Ci accingiamo ad approfondire, nel tradizionale Convegno di Primavera dell'Ordine, un tema che tocca l'essenza della nostra professione, il rapporto medico paziente e, nelle pagine che seguono, ospitiamo la sintesi di un altro appuntamento dell'Ordine, ormai consueto, la Cerimonia di giuramento che vede ogni anno insieme i colleghi che festeggiano 50 anni di laurea e quelli che fanno ingresso nel mondo ordinistico, i neo iscritti che si affacciano alla professione e ci assicurano nuova linfa, ricostituente iniezione di energia, un patrimonio di risorse umane su cui poter contare per proseguire quel cammino di crescita che concorra a migliorare l'assistenza e quindi la risposta



di Nunzio **ROMEO**

che i cittadini si attendono da noi. Compito sempre più impegnativo seppure la ricerca biomedica, l'ingegneria genetica, la diagnostica per immagini, la tecnologia in senso lato danno oggi un supporto così straordinario da aver reso possibile un autentico miracolo, quello di raddoppiare in un solo secolo la vita media e crea-

re l'aspettativa per un ulteriore allungamento. Non vi sono ricette per l'immortalità ma è certo una conquista essere passati da 43 anni di vita media dell'800 agli attuali 78; e, in una prospettiva non assai lontana, grazie alla scoperta della proteina responsabile dell'invecchiamento, poter pensare di guadagnare qualche decennio in più.

Chi ha operato a cavallo di due secoli e di due millenni, e ha conosciuto la medicina empirica senza laser nè Tac, o Pet, quando il medico era solo con sé stesso e poteva dar fondo soltanto al suo sapere per diagnosticare e curare, avverte ancora di più l'enormità di questa straordinaria pagina di conoscenza che l'uomo sta scrivendo.

*Punta Peloro con i laghi di Ganzirri
(visti dall'alto del pilone) frontespizio
dell'invito per il Convegno di
Primavera 2006.*

*Nella foto piccola il neo presidente
della Federazione nazionale degli
Ordini dei Medici, Amedeo Bianco che
presiederà la tavola rotonda e il prof.
Eolo Parodi che terrà la prolusione*

(Foto: Isolino)



Ma al contempo, la pari responsabilità che ne deriva: grava su ogni medico infatti un'attesa di infallibilità, indotta dal non essere più solo ma appunto supportato dalla tecnologia e da una vita di relazione professionale facilitata dallo scambio di informazioni e da un continuo aggiornamento, in teoria tale da poter assicurare identici standard terapeutici da un capo all'altro del globo.

Sic stantibus rebus, l'errore umano diventa quasi una "variabile impazzita", un'ipotesi inaccettabile perché quasi ingiustificabile poter sbagliare; e nella considerazione generale dell'utenza ritenuta come una colpa grave.

Ma sappiamo che così non è.

Siamo in presenza di nuovi scenari destinati a ulteriori significative modifiche nel volgere di poco tempo, non soltanto se pensiamo a una popolazione di ultraottantenni in crescita

(erano il 3% nel '91; saranno il 7% fra dieci anni) quindi alle esigenze di organizzarsi a fronte di una maggiore e più estesa longevità; ma soprattutto per quella che è l'attesa di salute, la giusta e sacrosanta domanda di qualità nelle prestazioni che la ricerca scientifica autorizza e che il cittadino rivendica. Rapidità di crescita cui non corrisponde un altrettanto rapida capacità di riorganizzazione.

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

Siamo ancora fermi a schemi burocratici vecchi di decenni, a tipologie operative ospedaliere non più rispondenti a criteri dell'ac-

coglienza largamente applicati in altri settori e che a maggior ragione dovrebbero essere recepiti dalle nostre strutture, perché il cittadino che a loro si rivolge è ovviamente una persona che versa in uno stato momentaneo di bisogno, di vulnerabilità, di disagio.

Ecco alcuni degli aspetti che saranno al centro dell'incontro del 13 maggio: momento di riflessione su temi che nel pomeriggio verranno sviluppati nella tavola rotonda con i manager della sanità pubblica e privata. L'intento è quello di concorrere a un salto di qualità e, se possibile, pervenire a un documento che ancora una volta veda la nostra Città protagonista di una pagina importante su un argomento di forte impatto sociale e che contribuisce a una migliore tutela della salute.



Il 13 maggio al Teatro Vittorio Emanuele



“Rapporto medico-paziente: la realtà di oggi”

Appuntamento il 13 maggio con il consueto convegno di primavera dell'Ordine dedicato ai temi generali della sanità, con particolare riferimento alla centralità del paziente. Al centro dei lavori, che saranno presieduti dal dott. Amedeo Bianco presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, 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.

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 qualità dell'assistenza. Ciò anche nell'ottica di rendere più gratificante il lavoro degli operatori.

Dopo l'intervento introduttivo del presidente dell'Ordine dei Medici di Messina, dott. Nunzio Romeo; del sindaco Francantonio Genovese; dei rettori delle Università di Messina e di Catania, Franco Tomasello e Ferdinando Latteri, vi sarà la prolusione del prof. Eolo Parodi presidente della Fondazione Empam. Seguirà la consegna di un riconoscimento speciale all'arcivescovo Mons. Giovanni Marra.

A conclusione della mattinata la consegna delle “Borse di studio Silvana Romeo Cavalieri” agli studenti dei licei Maurolico e La Farina che proprio nelle passate settimane sono stati impegnati in una prova scritta su temi analoghi a quelli del convegno.

Di pomeriggio, la tavola rotonda sugli aspetti tecnici del tema.



ore 9,30 Teatro Vittorio Emanuele - Messina

Apertura lavori:

dott. Nunzio Romeo
Presidente Ordine dei Medici e degli Odontoiatri

Interventi: on. Francantonio Genovese
Sindaco di Messina

prof. Francesco Tomasello
 Rettore Università di Messina

on. Ferdinando Latteri
 Rettore Università di Catania

dott. Amedeo Bianco
Presidente Federazione nazionale degli Ordini dei Medici

on. Salvatore Cuffaro
Presidente Regione Siciliana

Prolusione: on. prof. Eolo Parodi
Presidente Fondazione Enpam - già pres. Ist. Tumori Genova

* * *

Targa a Mons. Giovanni Marra, arcivescovo di Messina

Consegna "Borse di studio Silvana Romeo Cavaleri"

Break

Borse di studio Silvana Cavaleri

Gli elaborati degli studenti dei licei Maurolico e La Farina che hanno partecipato alla "Borsa di studio intitolata alla signora Silvana Romeo Cavaleri sono stati valutati da una commissione, presieduta dai presidi Antonino Grasso e Pio Lo Re, di cui hanno fatto parte: Iole Berlinghieri, Nino Carabellò, Massimiliano Cavaleri, Margherita Cotroneo, Patrizia Danzè, Adolfo De Meo, Antonella Dragotto, Elisa Manselli, Giusy Merlino, Giuseppe Pedullà, Angela Trimarchi, Antonella Vadalà

ore 15 TAVOLA ROTONDA

Presiede: dott. Amedeo Bianco
Presidente Federazione Ordini dei Medici
chirurgi e degli Odontoiatri

Moderatore: dott. Edmondo Rho
Inviato speciale di "Panorama"

Partecipanti: Manager della sanità pubblica e privata

dott. Gustavo Barresi
Presidente provinciale AIOP

dott. Mario Primo Cavaleri
Gazzetta del Sud

dott.ssa Lilly Cavallaro
Presidente provinciale AMMI

dott.ssa Francesca Stagno D'Alcontres
Presidente provinciale Croce Rossa Italiana

dott. Stenio Marino
Presidente Fondazione Cultura e Salute

dott.ssa Maria Pia Ruffilli
Direttore esecutivo Pfizer Italia

dott. Nino Scirè
Presidente Associazione Isole Minori

prof. Francesco Trimarchi
Docente di endocrinologia - Università di Messina



Crisi della professione o crisi della sanità ?

L'essere considerati il 2° Servizio Sanitario al mondo per qualità percepita e per rapporto risorse investite/risultati ottenuti, l'averne un'età media tra le più alte al modo non basta a dare l'idea delle virtù della Sanità Italiana. Episodi, seppur gravi, ma pur sempre episodi di malpractice fanno gridare subito alla malasania e portano puntualmente alla gogna professionisti rei di avere errato, con colpa o imperizia o addirittura negligenza. Pare di assistere quotidianamente ad un attacco nucleare contro i medici, colpevoli di essere gli operatori di punta di un sistema sanitario, che pur con tutte le positività dappima dette, non gode di perfetta salute.

In questi ultimi anni, infatti, l'aziendalizzazione ha determinato un blocco delle risorse da investire in sanità, a fronte di sempre maggiori esigenze vuoi per l'aumento dell'età media correlata ad una maggiore quantità di patologie croniche, vuoi per i costi sempre maggiori di farmaci e di esami nonché della complessa impalcatura strutturale che sorregge il SSN.

A fronte di una contrazione degli investimenti si è cercato di dare una stretta agli sprechi: con il risultato che gli sprechi sono sempre tanti ma la qualità dei servizi non accenna a decollare anzi in alcune realtà tende a regredire.

La Sicilia, da anni oramai, è carente di una vera politica di investimento che punti su un servizio sanitario effi-



* di Stenio **MARINO**

ciente e soprattutto efficace.

Poca autonomia ai manager e molta voglia di gestione centralistica.

La conseguenza è che alle storture proprie dell'Aziendalizzazione si sommano quelle della cattiva gestione.

Ovviamente Messina non è assolutamente esente da questo fenomeno, che anzi trova alimento proprio nella mancanza di un forte grado di responsabilizzazione politica in campo sanitario.

La conseguenza è che i soliti medici, soldati in prima linea, di un esercito, quello della sanità, privo di strumenti sufficienti, sono sotto l'occhio attento dei pazienti, che, giustamente pretendono sempre il risultato sicuro dalla prestazione, e dei mass media pronti a condannarli ancor prima dei processi.

Quel che fa rabbia, è il forte e continuo attacco alla professione, che in questi ultimi anni ha perso molto del lustro che l'ha contraddistinta negli anni passati, a partire dalla figura ideal romantica del Dott. Manson, passando a quella del quasi DIO-Barnard, che

cambiava il cuore agli uomini, fino ai nostri giorni.

Oggi i medici vivono al centro di un sistema, accerchiati dai pazienti, che forti delle loro conoscenze e diritti, chiedono sempre di più, dai mass media che devono fare sempre lo scoop sulla malasania, da una magistratura pronta fare bella mostra quando si tratta di medici ed anche dagli amministratori che pretendono prima il risparmio e dopo i risultati.

Come in ogni arte o professione vi sono gli errori, che in termini anglossassoni vengono chiamati malpractice, ma vanno affrontati con la giusta enfasi, perseguiti, ovviamente, ed utilizzarli per migliorare i processi assistenziali.

Ma cosa c'entra la professione del medico in tutto questo.

I professionisti della nostra città sono tra i più preparati, e sentirli alla berlina di trasmissioni televisive, anche di grande diffusione nazionale, fa rabbia.

Lavorano in una situazione "ambientale" quasi di emergenza ed ora anche con poca tranquillità.

Quindi malasania è da intendere malattia del sistema dove, però, gli operatori ottengono il massimo dei risultati in un contesto che ha determinato la perdita di valori fondamentali come il senso di rispetto e di fiducia nel prossimo.... ma questo è proprio trasversale in tutti i campi dell'attuale società.

Amedeo Bianco eletto nuovo presidente Fnomceo

Amedeo Bianco è il nuovo presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. In un clima di grande responsabilità e unità, il Comitato Centrale della Fnomceo, eletto lo scorso 21 marzo, ha infatti provveduto all'attribuzione delle nuove cariche. Per il prossimo triennio 2006-2008, l'esecutivo della Fnomceo risulta così composto:

Presidente: Amedeo Bianco (presidente Ordine di Torino)

Vice Presidente: Maurizio Benato (presidente Ordine di Padova)

Segretario: Roberto Lala (vice presidente Ordine di Roma)

Tesoriere: Claudio Cortesini (presidente Cao Ordine di Roma)



Amedeo Bianco



Giuseppe Renzo

Come presidente del Collegio dei Revisori dei Conti è stato nominato il presidente dell'Ordine di Foggia, Salvatore Onorati, Giuseppe Renzo è stato riconfermato presidente della Commissione nazionale per gli iscritti all'Albo degli odontoiatri.

Al termine della votazione, il neo eletto Amedeo Bianco (nato a Napoli nel 1948, medico ospedaliero, specializzato in Malattie del-

l'apparato digerente e Oncologia clinica ha dichiarato: "E' risultato vincente un grande progetto di unità della Professione medica e della Professione odontoiatrica. Obiettivo della nuova squadra - ha così continuato - sarà quello di procedere in maniera compatta per affrontare le prossime, imminenti scadenze, e per dare finalmente soluzioni unitarie ai veri problemi della professione: la Riforma degli Ordini, una maggiore integrazione tra Istituzioni, Professioni e Sistema formativo, infine il rilancio dei valori deontologici, da intendersi anche come norma di buona pratica clinica. In grado cioè - ha concluso - di garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza dei servizi resi ai cittadini".

Lettere... al giornale

Caro collega,

Vorrei richiamare la Tua attenzione su una problematica che suscita molti interrogativi: cosa vuol dire per un medico uscire dal mondo del lavoro? come sarà la qualità della vita che gli si prospetta?

La decisione di "andare in pensione" può essere assunta da indicatore di vecchiaia, come una dichiarata volontà di smettere o come il risarcimento di una sopravvenuta incapacità di continuare a lavorare.

Spesso, però, la decisione risponde a puri calcoli di convenienza tra il costo che si paga restando in servizio e l'entità dell'assegno vitalizio garantito, nel caso di cessazione della propria attività.

Oggi il sistema che fissa i limiti di età lavorativa riguarda tutti, dipendenti e professionisti, fra loro molti medici. E allora alla domanda: andando in pensione si smette di essere medici? Certamente no, anzi con l'allungamento della vita media al medico si prospettano tanti anni in cui continuare a sentirsi utile e al servizio dei malati.

Eppure riceviamo molte lettere da colleghi che, deposto il camice, si sentono improvvisamente privi del proprio ruolo e senza quella funzione sociale che la professione gli aveva garantito. A tale proposito l'E.N.P.A.M. ha deciso di intervenire creando una banca dati dei medici italiani in pensione, o prossimi alla pensione, i quali vogliono offrire la propria esperienza lavorativa ed il loro tempo libero, a titolo esclusivamente volontario e in stretta collaborazione con le autorità (Ministero degli Affari Esteri, Protezione civile, Ministero della Salute) e le Organizzazioni Non Governative (ONG) impegnate in progetti sanitari nazionali e internazionali

Il Presidente
Prof. Eolo Parodi



LA CERIMONIA DI GIURAMENTO



Con la cerimonia di Giuramento che, nel nome di Ippocrate, ha costituito per ventiquattro secoli il faro guida di ogni giovane medico, nella grematissima aula magna dell'Università centoventinove neo-iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei medici e degli odontotecnici hanno rinnovato il solenne impegno ai principi deontologici; mentre ventidue anziani medici hanno festeggiato 50 anni di Laurea e sono stati premiati con medaglia e attestato di benemeranza. Un "passaggio di testimone" fra due generazioni di medici: quella anziana che ha onorato per mezzo secolo la professione e quella dei neo-laureati che raccolgono una nobile, quanto difficile eredità. Una cerimonia ha detto il presidente dell'ordine dei medici Nunzio Romeo - "esaltante per questi neo iscritti che si affacciano alla professione e ci assicurano nuova linfa per migliorare l'assistenza ai cittadini". Compito per voi - ha detto Romeo - sempre più impegnativo, nonostante la ricerca biomedica, l'ingegneria genetica, la diagnostica per immagini vi diano un supporto straordinario; di cui non disponevano gli anziani colleghi, che hanno conosciuto "soltanto la medicina, empirica, senza laser, nè Tac o Pet". Ispiratevi dunque - ha così concluso il presidente Romeo - al modello dei vostri predecessori, con l'unico valore di riferimento: l'insegnamento Ippocratico". Dobbiamo "scrivere" ha poi detto il rettore dell'Ateneo Francesco Tomasello "una stagione nuova della Sanità, attraverso un nuovo patto di fiducia tra medico e paziente, il quale esige un'eccellente prestazione mediante l'afflato umano della moderna medicina che non respinge, anzi attinge alla testimonianza, alla "memoria" illuminante degli anziani medici. Oltre alle belle notizie ai pazienti e ai loro familiari, talvolta annunciare le sconfitte dell'arte medica. Siate forte soprattutto nei momenti difficili della professione! Il preside della facoltà di medicina Emanuele Scribano dopo aver indirizzato ai giovani colleghi un "messaggio di speranza" per sconfiggere la crisi (soprattutto economica) della medicina, ha auspicato il consolidamento sul territorio della moderna tecnologia, un miglioramento del servizio sanitario in un nuovo rapporto medico-paziente (mai da considerare utente!); tenendo sempre presente quell'ideale che Seneca definiva "medicus amicus".



Poi il presidente del corso di laurea in medicina Alfredo Carducci ha sottolineato come "i giovani siano la parte migliore dell'Università e della Società. Non perdetevi l'entusiasmo iniziale; siate fiduciosi". In sintonia anche l'intervento del presidente del corso di laurea in odontoiatria Giancarlo Cordasco: "Si aggiunge 'nuova linfa' all'arte medica; non trascurate le "offerte formative"

post laurea; i corsi di aggiornamento e le scuole di specializzazione sono strumenti utili anche per l'inserimento professionale. Alla consegna di medaglia e attestato di benemerita ai colleghi con 50 anni di laurea è seguita la cerimonia di Giuramento e la consegna dei tesserini di iscrizione. La formula del Giuramento di Ippocrate è stata letta dai medici Denis Yamir Alessi,



Sabrina Frattina, Nicola Gambardella, Chiara Tomasello e dall'odontoiatra Marco Morales.

Questo l'elenco dei neuro-laureati: Francesca Abate , Adriana Abate, Giuseppe Abbate, Denis Yamir Alessi, Claudio Aliberti, Rosita Alizzi, Norma Alosi, Angelo Anastasi, Santo Arcidiaco, Claudio Aurea, Chiara Baldari, Giorgio Bruno, Christian Baldari, Carmelo Barresi, Roberta Briguglio, Rosaria Rita Briguglio, Rosa Gioia Calderone, Placido Cali, Sarina Maria Caliò, Emilse Calzavara, Natalia Camarda, Michele Cardillo, Roberto Caruso, Santina Catanzaro, Maria Cristina Celi, Salvatore Comunale, Maria Rosa Cristaudo, Maurizio Antonio Cusmà Piccione, Sonia D'Arrigo, Teres David, Nunzia Decembrino; Giovanni Di Luca, Vincenzo Di Stefano, Maria Donato, Morena Lichella Duci, Letteria Fabiano, Katia Monica Rossana Forcella, Sabrina Frattina, Nicola Gambardella, Lucia Geraci, Veronica Giacchi, Annamaria Giacobbe, Loretta Giunta, Angela Granata, Nicola Grasso, Laura Imbruglia, Massimiliano Impalà, Raffaella Iudicello, Giovanna La Fauci, Sebastiano Lantieri, Caterina Longordo, Giuseppe Loschiavo, Alberto Magliarditi, Elvira Maio, Patrizia Maiorana, Giuseppina Mancuso, Valeria Materia, Sergio Mazzei, Adelaide Merendino, Salvatore Messina, Davide Milone, Antonino Naro, Giuseppina Nicita, Antonio Nicotina, Davide Paratore, Martina Parisi, Mariagrazia Patanè, Concetta Pelleriti, Carlo Petruzellis, Giuseppe Picciolo, Mariagrazia Pirri, Laura Rosa Pisani, Angelo Giuseppe Pla-

*Chiara Tomasello
Marco Morales
Nicola Gambardella
leggono la formula del
Giuramento*





Ignazio Vasta, Provvidenza Villari, Gianluca Vita, Roberta Zurzolo.

Odontoiatri: Giuseppe Barbera, Pietro Battaglia, Tindano Bucca, Sebastino Campanella, Giuseppina Cannata, Gabriele Cervino, Rosetta Ciancio, Fabrizio Ciccolo, Andrea Crupi, Veronica Di Giuseppe, Veronica Cardelli, Carlo Manfredi Gigliotti, Antonio Miceli, Domenica Milone, Lorenzo Miracola, Marcò Morales, Paloma Naborre, Calogero Naro, Antonino Pollino, David Rizzo, Salvatore De Petro, Antonio Siena, Antonella Torre, Alessia Velo.

Medici con 50 anni di laurea: Salvatore Albano, Stefano Cartesio, Giuseppe Currò, Salvatore Cutugno, Margherita De Francesco, Carmelo Di Pietro, Pietro Ferraloro, Luigi Frezza, Salvatore Grasso, Francesco Gussio, Giuseppe Leanza, Francesco Loschiavo, Antonino Mazzeo, Fortunato Ernesto Mirabile, Giuseppe Molino, Salvatore Natale, Luigi Pennisi, Angela Pirri, Luigi Scullica, Stellario Verzera, Giacomo Zanghi, Giuseppe Zingales.

tania, Simona Portaro, Sergio Racchiusa, Vanessa Raffa, Marta Ragonese, Stefania Recupero, Eleonora Restuccia, Lucia Ricciardi, Fabio Romeo, Massimo Russo, Paolo Rossi, Antonella Ruggeri, Sabina Russo, Paolo Salvo, Maria Elena Santoro, Daniela Schi-

filliti, David Segreto, Sami Salem Shatami, Francesca Sinagra, Antonio Sirina, Lorenzo Sofia, Maria Sommaro, Angela Spadaro, Simona Ausilia Stilo, Giacomo Sturniolo, Maria Teresa Tindiglia, Chiara Tomasello, Caterina Trifilò, Scolastica Trimarchi, Gabriele Ullo,



I Premiati



*Premiato: dr. Salvatore Grasso
Consegna: prof. Alfredo Carducci Artemisio*



*Premiato: prof. Luigi Pennisi
Consegna: prof. Giancarlo Cordasco*



*Premiato: prof. Giuseppe Molino
Consegna: prof. Santi Fazio*



*Premiato: dr. Giuseppe Zingales
Consegna: prof. Vincenzo Savica*





*Premiato: prof. Luigi Scullica
Consegna: dr. Giovanni Matera*

*Premiato: dr. Salvatore Cutugno
Consegna: dr. Sebastiano Marino*



*Premiato: dr. Carmelo Di Pietro
Consegna: Ten. Col. Medico
Vincenzo Crisafulli*

*Premiato: prof. Luigi Frezza
Consegna: prof. Luigi Squeri*





*Premiato: dr. Francesco Gussio
Consegna: prof. Francesco Trimarchi*

*Premiato: prof. Francesco Lo Schiavo
Consegna: dr. Paolo Catanoso*



*Premiato: dr. Antonino Mazzeo
Consegna: prof. Carmelo Damiano Salpietro*

*Premiato: prof. Giuseppe Currò
Consegna: dr.ssa Rosalba Ristagno*





*Premiata: dr.ssa Margherita De Francesco
Consegna: prof. Emanuele Scribano*



*Premiato: prof. Fortunato Mirabile
Consegna: prof. Francesco Tomasello*



*Premiato: dr. Giacomo Zanghì
Consegna: dr. Lorenzo Mondello*



Sostanze stupefacenti *nuove disposizioni*

Nuove disposizioni in merito alla prescrizione di sostanze stupefacenti derivanti dalla Legge 49/2006 recante "Misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'Interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti ricidivi e modifiche al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al D.P.R. 309/90" che ha modificato il D.P.R. 309/90 - Testo Unico in materia di sostanze stupefacenti dal succitato Decreto 10 marzo 2006 recante: "Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui alla tabella II, sezione A, e dell'allegato III bis al DPR 309/90, come modificato dal DL272/05, convertito con modificazioni, dalla L.49106" pubblicato sulla G.U.31/3/06, n.76

1 - L'art.4 - vices ter, ai commi 2 e 3, della legge 49/05, ha apportato modifiche al sistema di tabellazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope (art. 13 e 14 D.P.R.309/90)

Con il nuovo sistema nella tabella I sono ricomprese tutte le sostanze individuate come stupefacenti e psicotrope suscettibili d'abuso mentre nella tabella II sono riportati i principi attivi dei medicinali suddivisi in 5 sezioni a seconda del maggiore o minore potere di indurre dipendenza

2 - L'art.4 vices ter della



Legge succitata, ha, inoltre, sostituito l'art. 43 DPR 309/90 che, al 1° comma, stabilisce: "I medici chirurgici e i medici veterinari prescrivono i medicinali compresi nella tabella II, sezione A, di cui all'art. 14, su apposito ricettario approvato con decreto del Ministero della Salute" eliminando la possibilità di prescrizione sul ricettario a madre-figlia così come previsto nel vecchio testo dell'art. 43.

Con il Decreto 10 marzo 2006, che si allega alla presente, il Ministero della Salute ha approvato il nuovo ricettario con le relative norme d'uso.

L'art. del citato Decreto dispone che le ricette in triplice copia autocopiante, confezionate in blocchetti di trenta, numerate progressivamente, sono consegnate a cura dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato ai centri di riferimento individuali dalle regioni e province autonome, che provvedono alla distribuzione alle ASL. Quest'ultime si occuperanno di distribuire le ricette ai medici operanti nel territorio di competenza, in ragione del fabbisogno preventivato dagli stessi.

L'art. 3 del Decreto succitato stabilisce che, in via transitoria, in attesa che le nuove ricette siano stampate e distribuite, i medici

potranno utilizzare i ricettari a ricalco previsti per le prescrizioni dei medicinali di cui all'Allegato III - bis.

Per quanto riguarda i ricettari a madre e figlia di tipo unico, previsti nella vecchia formulazione del comma 2° dell'art. 43 DPR 309/90, l'art 4 del decreto in oggetto dispone che gli stessi non sono più utilizzabili per la prescrizione dei medicinali compresi nel DPR 309/90 e devono esserli consegnati dai possessori ai rispettivi Ordini professionali che dovranno provvedere alla restituzione presso il Ministero della Salute - magazzino centrale del materiale profilattico - Via dei Cani Armati n. 13 - 00159 Roma per la relativa distruzione.

3 - L'art. 4 vices ter Legge 49/06 ha, inoltre, sostituito l'art. 45 D.P.R. 309/90 riducendo, al comma 8, da tre mesi a trenta giorni dalla data del rilascio la spedizione della ricetta medica. Tale disposizione si applica anche ai medicinali di cui alla tabella II, sezione E. Come ha chiarito il Ministero della Salute, nella Circolare I marzo 2006, tale riduzione lascia impregiudicata l'utilizzabilità della ricetta sino a cinque volte.

4- Per quanto riguarda il Flunitrazepam per uso orale, il Ministero della Salute ha specificato che i limiti prescrittivi specifici del medicinale, in base ai quali in ciascuna ricetta è consentito prescrivere una sola confezione per non più di 60 mg. di principio attivo, non sono abrogati a seguito dell'inserimento nella tabella II, sezione A.

In onore del Professore Salvatore Navarra

Advances in Surgery

di Rosario URZI'

"Advances in surgery" in onore del prof. Salvatore Navarra. Sul tema dei "Progressi in chirurgia" si è tenuto al palazzo dei Congressi del Policlinico universitario di Messina un convegno internazionale organizzato dal Dipartimento scienze chirurgiche Uoc di metodologia chirurgica diretta dal prof. Giuseppe Navarra, con il patrocinio della Fondazione Bonino-Pulejo insieme con l'Ateneo messinese e la provincia regionale. Il meeting ha detto il chairman Navarra costituisce un "momento di aggiornamento, di riflessione e confronto su alcune tematiche che più hanno ottenuto innovazioni nelle applicazioni tecnologiche quali la chirurgia laparoscopica, epato-bilio-pancreatica, la chirurgia colo-rettale e la flebologia chirurgica. Il convegno ha aggiunto il prof. Navarra si avvale delle personalità chirurgiche di più alto rilievo in Europa, in settori quali la chirurgia epatica, pancreatica e la fisiopatologia della trombosi". Nell'organizzare questa prima Assise scientifica ha così concluso il prof. Giuseppe Navarra. "C'è la volontà di ricordare e celebrare la grande tradizione chirurgica messine che ha visto protagonisti i professori Gustavo Berresi, Diego Cuzzocrea, Biagio Micali e Salvatore Navarra, del quale il prof. Ubaldo Brancata ha poi tracciato il "ricordo di un Amico...". Il rettore dell'Ateneo Francesco Tomasello, il presidente della società siciliana di chirurgia Piero Banna, il presidente nazionale dei chirurghi Claudio Cordiano, il preside della facoltà di medicina Emanuele Scribano, il vice presidente dell'Ordine dei medici Carmelo Salpietro e Francesco Squadrito (in rappresentanza dell'Amministrazione comunale) nelle loro allocuzioni inaugurali hanno sottolineato come la sede di questo meeting sia "memoria di illustri clinici che hanno tracciato la storia della chirurgia, e testimonianza viva e attiva della chirurgia messinese, capace di garantire "sicure ed efficaci prestazioni chi-

rurgiche alla popolazione". L'evento scientifico ha concluso

così il rettore Tomasello - "segna un momento importante di confronto in onore di una personalità (Salvatore Navarra) che ha rappresentato, illuminato e onorato la chirurgia siciliana e italiana". Certo ha poi detto il presidente nazionale dei chirurghi Claudio Cordiano - la chirurgia attuale è notevolmente migliorata; è più precisa, meno invasiva e quindi meno cruenta, sia per quelle meno severe) colecisti, reflusso gastroesofageo, obesità). Grazie anche alla sinergia pluridisciplinare (chirurgia, chemio-radioterapia) oggi è possibile "cambiare il destino di pazienti (anche novantenni) con trattamenti chirurgici efficaci sia in termini di sopravvivenza e sia di qualità di vita". Nelle sessioni scientifiche due studiosi inglesi Ajay Kakkar e Nagy Habib di Londra che hanno relazionato su "trombosi e cancro" e sulla ricerca clinico-sperimentale di chirurgia spato-biliare hanno rispettivamente affermato come nei pazienti affetti da cancro la trombosi sia evento assai frequente, e come oggi sia possibile prevenire queste complicanze post-operatorie mediante somministrazione di eparina a basso peso molecolare (utile non solo come profilassi della trombosi, ma anche come farmaco potenzialmente anti cancro); mentre la collaborazione attiva negli ultimi cinque anni dell'Università di Londra con il prof. Giuseppe Navarra del Policlinico universitario di Messina - ha consentito di "sviluppare uno strumento capace di effettuare resezioni tuorali senza sanguinamento e quindi di salvare tante vite umane. Negli ultimi sei mesi nel mondo sono stati impiegati ben quattromila "elettrodi" con successo".

CORSO AUSL N. 5 FORMAZIONE INFORMAZIONE

L'A.U.S.L. 5 - Centro Salute Mentale, per rispondere a numerose richieste delle Famiglie dei soggetti con disagio psichico e di Enti, Cooperative ed Associazione di volontariato, in linea con la riforma dei Servizi Socio-Sanitari auspicata dalla L.328 e con il Piano Strategico 2004/2006 del Dipartimento Salute Mentale, ha organizzato un Corso di Formazione- Informazione sulle principali tematiche della Salute Mentale.

Il Corso diretto ad Operatori, Volontari, Familiari e chiunque interessato, approfondirà tematiche attuali ed emergenti nella nostra società quali: ansia, depressione, attacchi di panico, alcool, droga ed altre dipendenze, proponendo anche modelli riabilitativi.

Il Corso si è già svolto il 26 Marzo, 6 Aprile, 4 Maggio; La prossima giornata è in programma il 18 maggio. La conclusione prevede una tavola rotonda coordinata dal Capo Settore Dott. Biagio Gennaro e dal Direttore del CSM Me-Nord Dott. Giuseppe Rao Assessore ai Servizi Sociali, ai quali sarà consegnata una mappa delle risorse e dei bisogni del nostro territorio. Ai partecipanti verrà consegnato un attestato di frequenza. Per informazioni : CSM Nord - Via S.Elia; tel. 090 - 3653234



“Diabete mellito”:

EMERGENZA SOCIO-SANITARIA

di Emanuele **ALPINO**

Il problema del Diabete mellito è stato oggetto d'argomento, d'incontro e di dibattito nell'Auditorium dell'Ordine dei Medici di Messina, in occasione del "meeting" scientifico dell' "Ammi", tenutosi in data 22.02.2006, promosso dalla sezione di Messina e presieduto da Lilly Cavallaro.

Si tratta di un argomento che ha sovente interessato la letteratura medica degli ultimi tempi soprattutto perché il diabete mellito rappresenta una patologia che si manifesta nelle zone del globo dove il progresso economico favorisce l'opulenza della gente che, conducendo una vita poco accorta e regolata sotto il profilo alimentare, corre maggiormente il rischio di incorrere nell'aumento dei valori glicemici.

In realtà, l'associazione "Ammi" è sempre stata in prima linea nell'affrontare questioni di rilievo sociale e scientifico. Difatti, come ha avuto modo di precisare il vicepresidente dell'Ordine, prof. Carmelo Sampietro, l'associazione moglie dei medici è in feeling di progettualità sugli eventi scientifici promossi. L'incontro ha visto l'intervento del prof.

Antonino Arcoraci, Primario emerito di endocrinologia e malattie del Ricambio, n.q. di moderatore del dibattito, il quale non ha mancato di rimarcare come al giorno d'oggi si registri un preoccupante aumento dei soggetti ammalati di diabete (151 milioni al mondo). Nel nostro Paese, ricordava ancora il prof. Antonino Arcoraci, vivono oltre tre milioni di diabetici. Si tratta, per la verità, di una cifra sottostimata perché molti soggetti ignorano di esserne affetti. Grazie al cielo va annoverato, però, un importantissimo dato confortante, ossia molti pregiudizi sulla patologia sono stati superati, tanto che, al giorno d'oggi, è possibile per il diabetico «perfettamente compensato» condurre una vita pressoché normale. L'invito postulato sempre dal prof. Antonino Arcoraci a quanti hanno preso parte all'interessantissimo incontro è stato quello di condurre uno stile di vita il più salubre possibile attraverso un'alimentazione corretta ed una sana attività fisica. Tali indicazioni sono utili anche nel cosiddetto diabete gravidico, perché potrebbe «ripresentarsi» in futuro. E', altresì, intervenuto il prof. Domenico Cucinotta, Ordinario di medicina interna dell'Università di Messina, che nell'affrontare il tema, ha ben distinto il diabete di tipo 1 che interessa il 5% dei pazienti con assenza o ridotti livelli di insulina, e nel quale i sintomi - ha affermato - sono importanti, dal diabete di tipo 2 che riguarda il 90% dei pazienti con livelli di insulina normali,

la cui sintomatologia nelle prime fasi, spesso in soggetti obesi, è quasi del tutto assente.

Ecco perché il prof. Domenico Cucinotta sottolineava l'importanza della prevenzione (ovviamente solo per il diabete di tipo 2) che va correttamente attuato - attraverso una corretta alimentazione e una buona attività fisica, poiché, solamente mantenendo un «buon controllo metabolico», è possibile prevenire lo sviluppo delle complicanze e arrestare o rallentare la progressione. Durante il corso del dibattito è stato posto l'accento anche sul problema della salvaguardia del "budget" delle strutture sanitarie con riguardo all'evoluzione demografica della malattia. Difatti, il soggetto diabetico implica un ingente costo economico per il Servizio sanitario tanto più che per curare le complicanze del diabete i costi sono addirittura quintuplicati.

La seconda fase dell'incontro ha visto l'intervento del prof. Filippo De Luca, Direttore della clinica Pediatrica dell'Università di Messina che, con il suo contributo, ha arricchito di contenuti interessanti il "meeting" scientifico. Lo stesso ha ricordato come, nell'età pediatrica, una delle malattie croniche più frequenti sia, purtroppo, proprio il diabete del bambino, e la sua incidenza tende ad aumentare in età sempre più tenera. La predisposizione genetica è assai limitata (7% se il padre è diabetico), appena il 2% se la madre è diabetica).

I segnali più comuni sono: sete, frequente necessità di urinare, perdita di peso, appetito vorace, irritabilità.

Il dott. Santo Morabito, responsabile del Servizio Dietetico A.O. Piemonte di Messina, ha sottolineato come la causa del sovrappeso (già in età scolare) e dell'obesità sia riconducibile ad una alimentazione errata e alla sedentarietà. Una recente indagine scolastica ha confermato le cattive abitudini alimentari dei giovani e la scarsa attività fisica.

Per ottenere l'obiettivo di una buona salute psicofisica - ha concluso Morabito - bisogna riscoprire e rivalutare la dieta mediterranea, ricca di carboidrati, in fibre, e povera di grassi (legumi, frutta, pesce) e soprattutto attività fisica regolare. Notevole è il ruolo dell'Azienda sanitaria nella prevenzione e nella terapia del diabete. Nella conclusiva relazione del meeting, la Dott. Sara Adamo, responsabile Ambulatorio di Diabetologia P.O. del presidio ospedaliero di Patti, ha illustrato le linee-guida dei decreti assessoriali per l'organizzazione del settore diabetologico e i relativi programmi di prevenzione con servizi specialistici - anche pediatrici - finalizzati alla prevenzione, diagnosi e trattamento clinico - terapeutico del diabete mellito.



Il Centro Neurolesi diventa IRCCS

Il Centro Studi Neurolesi di Messina, ha ottenuto il riconoscimento di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Istituto di rilievo nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico, con la denominazione di: Centro Neurolesi "Bonino - Pulejo".

«Sono particolarmente orgoglioso - scrive il direttore in una nota - di condividere questo momento, insieme al personale e al Consiglio di Amministrazione del "Centro" e a tutti coloro che lo hanno sostenuto e voluto questo prestigioso riconoscimento.

Si è concretizzato, infatti, un progetto di tutti, che è stato possibile realizzare con l'apporto delle forze sane della Città, della Provincia e della Regione e grazie al significativo legame e all'intensa collaborazione con la Fondazione Bonino Pulejo e all'Università degli Studi di Messina.

Relativamente all'attività di base, quella di prevenzione e controllo delle malattie neurologiche, causa di altissima disabilità e mortalità, rinnoviamo la disponibilità a collaborare con i colleghi tutti, riservandoci di potenziare tale settore e di facilitare la possibilità di un più facile riscontro.» *Placido Bramanti*

Il progetto di completamento della struttura



Struttura e attività



La palestra di riabilitazione

Con decreto del Ministero della Salute del 4 Marzo 2006 (pubblicazione su G.U. il 14 Marzo 2006), il Centro Neurolesi è divenuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) con la denominazione di Centro Neurolesi "Bonino-Pulejo", per la disciplina delle "Neuroscienze nell'ambito del recu-



pero e trattamento delle gravi cerebrolesioni acquisite "

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono enti a rilevanza nazionale dotati di autonomia e personalità giuridica che, secondo standards di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Ferme restando le funzioni di vigilanza e di controllo spettanti al Ministero della salute, alle Regioni competono le funzioni legislative e



Lavori di completamento in corso

L'accentuazione del ruolo della ricerca ha reso necessaria una ridefinizione degli spazi con una ristrutturazione dei reparti

di degenza (in atto con 64 posti letto) da ampliare a 100 e la realizzazione di una nuova unità di circa 5000 mq da dedicare ai laboratori sperimentali.

Per rendere possibile lo svolgimento dei lavori di ampliamento e ristrutturazione, si è operata l'apertura di nuovi locali in via Guido delle Colonne (nei pressi della Stazione Ferroviaria) per lo svolgimento delle sottoelencate attività:

- 1) visite neurologiche generali
- 2) ambulatorio di epilessia
- 3) ambulatorio della cefalee



L'equipe del Centro

regolamentari connesse alle attività di assistenza e di ricerca svolte, da esercitarsi nell'ambito dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa vigente in materia di ricerca biomedica e tutela della salute. Si tratta pertanto di un Ente di diritto pubblico di rilievo nazionale con una maggiore accentuazione delle finalità scientifiche "traslazionali". Ciò implica l'impostazione di protocolli ricerca con risvolti pratici soprattutto nel settore delle neuroscienze. A questa finalità ultima sono orientate le varie "linee" di ricerca previste: neurofarmacologia, neuroimmunologia, neurepidemiologia, neuroanatomia, neuroimaging funzionale, neurofisiologia e neuroriabilitazione sperimentali, neuroplasticità, telemedicina.

- 4) ambulatorio neurovascolare
- 5) elettroencefalogrammi
- 6) elettromiografie
- 7) potenziali evocati
- 8) ecocolordoppler dei tronchi sovraortici
- 9) doppler arti
- 10) ecocardiografie.

Nella sede legale di via Provinciale Palermo, in contrada Casazza, restano attivi i reparti di degenza, gli ambulatori di sclerosi multipla, demenze, neuroriabilitazione, la diagnostica per immagini (TC e RM). Tutte le prestazioni, sia in via Guido delle Colonne che in via Provinciale Palermo, sono fruibili, dal lunedì al venerdì dei giorni feriali, dalle 8.00 alle 15.00, prenotando tramite il numero verde 800.364860.

E' nato a Messina L'Osservatorio cittadino sulla salute delle donne

di Rosalba RISTAGNO

In linea con gli orientamenti nazionali (esiste da poco tempo un Osservatorio Nazionale sulla salute delle Donne - ONDA), europei e mondiali, è nato a Messina **L'osservatorio cittadino sulla salute delle donne**, per perseguire l'obiettivo di promuovere la salute delle donne nella nostra città.

Presentato l'8 marzo dall'Assessore Comunale alle Pari Opportunità Antonella Cocchiara nel corso del convegno svoltosi al Salone delle Bandiere di Palazzo Zanca, ha visto, relatori il Sindaco Francantonio Genovese, il Rettore Franco Tomasello, il Direttore Sanitario dell'ASL 5 Gaetano Sirna, l'Assessore alla Sanità Francesco Squadrito, l'Assessore comunale alle attività sociali Giuseppe Rao, l'Assessore comunale al risanamento Angela Bottari, il Presidente Il Commissione Consiliare alle politiche sociali Luciana Intilisano.

Hanno partecipato numerose altre associazioni di donne attive in città.

Tra gli interventi programmati hanno preso parola la Presidente del Comitato per le Pari Opportunità del Consiglio dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri dott.ssa Rosalba Ristagno, la Presidente del Comitato per le pari Opportunità dell'Università dott.ssa Giovanna Spatari, la responsabile del Consultorio familiare di via del Vespro dott.ssa Luisa Barbaro, la dott.ssa Bonsignore



Maria dell'ASL 5.

Nell'occasione è stato firmato un protocollo di intesa tra Comune di Messina in persona del Sindaco pro tempore Francantonio Genovese, l'ASL

5 in persona del Direttore Generale pro tempore Salvatore Furnari, l'Università di Messina nella persona del Rettore pro tempore Francesco Tomasello ed altri aderenti al progetto, che conterrà anche sulla collaborazione delle tre associazioni sindacali CGIL, CISL, UIL.

Il protocollo è stato sottoscritto anche dalla Presidente del Comitato Pari Opportunità del nostro Consiglio dell'Ordine, dott.ssa Rosalba Ristagno, che ha pure aderito al progetto.

Un progetto che vede "le varie istituzioni mettersi in rete tra loro e realizzare forme integrate cooperative e partecipate di intervento a tutela della salute delle donne secondo un modello 'circolare' di definizione delle politiche socio-sanitarie ed assistenziali basate sul *feedback* e su una partecipazione più ampia possibile dei destinatari dei servizi e delle prestazioni".

Intervento della dott.ssa Rosalba Ristagno Coordinatrice del Comitato per le Pari Opportunità del Consiglio dell'Ordine, nella giornata di presentazione dell' "Osservatorio cittadino sulla salute delle donne" dell' 8 marzo.

Le donne e i farmaci: pregiudizi di genere

"La ricerca snobba l'universo rosa?" è il titolo dell'articolo apparso sul primo numero del 2006 de "Il giornale della Previdenza dei medici e degli odontoiatri".

"Usciamo dalle sabbie mobili della *bikini-view*" era stato l'appello lanciato lo scorso anno su Il Sole 24 ORE sanità, quando venne richiamata l'attenzione sulle donne ed i farmaci, dando alla farmacologia di genere l'appellativo di "cenerentola": Cenerentola perché era ed è tutt'ora reale, la sottovalutazione dei bisogni di salute della donna nell'ambito della ricerca e della sperimentazione clinica e farmacologia, che, centrata sull'uomo e sulla sua realtà biologica e sociale, impedisce di cogliere diversità e differenze, nonostante si vadano sempre più affermando evidenze scientifiche relative alla disomogeneità di comportamento e di risposta terapeutica dei farmaci in funzione del sesso.

Sulla rivista Monitor, bimestrale dell'ASSR di febbraio 2005, quattro donne, Laura Pellegrini direttore dell'ASSR, Antonella Cinque presidente dell'AIFA, Flavia Franchi responsabile per la Farmacologia di Genere della SIF - dipartimento di Scienze del Farmaco Università di Sassari, Adriana Ceci direttore del Consorzio Valutazioni Biologiche e Farmacologiche di Pavia, hanno realizzato un eccellente focus sulla salute della donna.

Le donne vittime in tutto il mondo di pregiudizi di genere che le hanno escluse dai trias farmaceutici: colpite



trasversalmente dalla *bikini-view*, che le considera destinate privilegiate d'assistenza solo per le patologie di organi utili alla funzione riproduttiva, le donne sono finite tutto sommato per essere più esposte ad alcune patologie e curate meno bene, con farmaci spesso non sperimentati direttamente su di loro.

Il motivo principale era proteggere la salute di un ipotetico nascituro, anche quando la gravidanza non era accertata: un vero paradosso quando si pensi che tra il 40 ed il 90 % delle donne gravide usa farmaci.

Altri motivi risiedevano nei cambiamenti ormonali cui le donne sono soggette e che si riteneva potessero influenzare la sperimentazione (sic!), nelle maggiori complessità e nei maggiori costi della sperimentazione.

Eppure le donne consumano molti più medicinali rispetto agli uomini: il 42% contro il 32,2% secondo i dati ISTAT 2005; le reazioni avverse sono più frequenti nel sesso femminile.

L'attenzione e le cure dedicate all'universo rosa si focalizzano essenzialmente sugli organi e le fasi della vita legate alla funzione riproduttiva, dimenticando altri organi ed apparati che non sono di certo immuni da rischi: dati ISTAT e dell'Istituto Superiore della Sanità indicano che malattie cardiovascolari ed alcuni tumori come quello del polmone che in passato interessavano maggiormente la popolazione maschile, colpiscono ora soprattutto il cosiddetto sesso debole.

Le patologie cardiovascolari rappresentano in USA (Center for Disease Control) la prima causa di morte anche per le donne essendo il 53%. Dati recentissimi indicano in Sicilia le malattie cardiovascolari, in testa l'infarto, la prima causa di mortali-

tà della popolazione rappresentando il 42,4 % dei decessi negli uomini ed il 51,4 nelle donne.

In Italia la causa di morte per infarto è il triplo rispetto al tumore della mammella; la maggiore aspettativa di vita delle donne si accompagna ad una maggiore incidenza di patologie croniche a partire dalle classi centrali di età.

La salute delle donne è cambiata anche perché è cambiato il loro ruolo sociale: oggi la donna è *overcommitted* cioè si confronta con un carico di impegni maggiore rispetto a quelli che è in grado di gestire.

Già l'OMS - dipartimento per la salute della donna - aveva emanato un documento su *gender and health* nel quale sottolineava il pregiudizio di genere e aveva creato un ufficio per la salute delle donne *Office of Women Health (OWH)* con il compito di garantire, tra l'altro, che tutti i progetti includessero campioni sia di uomini che di donne in numero adeguato al problema da indagare.

Il Ministero della Salute, il 30 aprile 2002:

"considerata la maggiore aspettativa di vita delle donne (83 anni rispetto ai 76 anni degli uomini, secondo i dati statistici nazionali);

considerata la mancanza di attenzione nei servizi sanitari alla differenza sessuale, e la disparità di trattamento uomo-donna;

considerato che l'OMS sottolinea fortemente la necessità di tenere conto della differenza sessuale nell'organizzazione dei servizi sanitari, nella ricerca epidemiologica, nel trattamento delle patologie

tenuto conto della rilevanza, in una ottica di genere, sotto il profilo sanitario e sociale, dei settori della prevenzione, osservazione, diagnostica, trattamento e riabilitazione, nonché dei fattori

di rischio collegati ad alcune patologie emergenti tra la popolazione femminile"

decreta la istituzione di una "Commissione Salute Donna con funzioni di studio, consultive e di proposta in materia di tutela della salute della donna con la finalità di implementare azioni di indirizzo e di impulso nei confronti delle amministrazioni interessate per la realizzazione di obiettivi connessi alla tutela della salute della donna".

L'EMEA (European Medicin Agency) nel gennaio 2005 emana un documento "*Gender considerations in the conduct of clinical trials*", molto generico, che tuttavia rappresenta in Europa l'avvio di un nuovo percorso scientifico e regolatorio.

È tempo di incominciare a pensare alle ricerche necessarie per attuare una salute anche a misura di donna, perché conoscere e riconoscere la diversità femminile significa migliorare la salute di tutta la popolazione.

Una risposta a questa esigenza è arrivata col progetto "Salute delle donne" nato da un tavolo tecnico presso la segreteria del sottosegretario alla Salute a cui hanno preso parte ISS, AIF, ASSR, Università di Sassari, SIF. L'obiettivo principale è arrivare alla formulazione di linee guida sulle sperimentazioni cliniche e farmacologiche che tengano in considerazione la variabile di genere.

In linea con gli orientamenti nazionali (esiste pure da poco tempo un Osservatorio Nazionale sulla salute delle Donne - ONDA), europei e mondiali, è nato a Messina **L'osservatorio cittadino sulla salute delle donne**, per perseguire l'obiettivo di promuovere la salute delle donne.

"La medicina si è accorta di aver dimenticato l'altra metà del cielo".

Concluso a Taormina il "Breast & Ovary 2006", convegno sui tumori della mammella e dell'ovaio con più di duecento specialisti da tutta Italia

Oncologi e pazienti insieme per vincere

TAORMINA – Si è conclusa con la partecipazione della nota statunitense Perez e con l'atteso faccia a faccia medico-paziente, il "Breast & Ovary 2006", assise scientifica sponsorizzata da Lilly, dedicata ai tumori della mammella e dell'ovaio, tenutasi all'hotel Capotaormina dal 4 al 6 aprile, cui hanno aderito più di duecento specialisti. I lavori della tre giorni, aperti dai saluti del presidente dell'Ordine dei medici Nunzio Romeo e del preside della facoltà di Medicina Emanuele Scribano, sono

di Tito CAVALERI

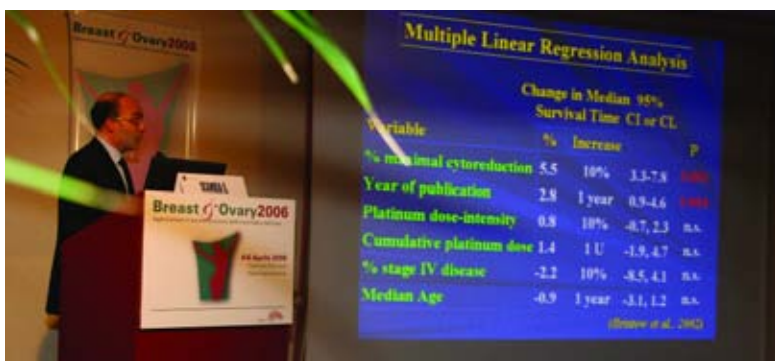
ultima giornata del convegno sono state tre pazienti le quali, affiancate dai rispettivi specialisti, hanno accettato di raccontare la propria esperienza sottoponendosi a domande e osservazioni di un auditorio particolarmente attento. Il "faccia a faccia" medico-paziente ha rappresentato la novità più stimolante del convegno che ha vissuto questo inedito momento con grande partecipazione. Tre storie diverse sotto il profilo medico ma con un'u-

mente le tappe più significative dei tre casi clinici: "Carcinoma mammario in premenopausa e gravidanza", "Malattia metastatica, palliazione o cura?" e "Carcinoma ovario, paziente giovane con implicazioni terapeutiche".

«Non capita spesso in un congresso – ha sottolineato il prof. Adamo – di trovarsi accanto ai propri pazienti e ascoltare dalla loro voce suggerimenti e riflessioni, raccontarsi, in prima persona».

E' stata la signora Nadia, 35 anni, a prendere la parola quando sullo schermo luminoso, al centro del palco, Barni aveva appena finito di illustrare i grafici con le connotazioni del caso, risalente al febbraio 2002: gravidanza in corso (la seconda) portata a compimento con successo nonostante tutto...

«Quando ho scoperto di star male, mi sono sentita subito persa – ha ricordato – la



stati presieduti dal prof. Vincenzo Adamo, direttore dell'Unità operativa di oncologia del Policlinico di Messina e presidente del Corso. Dopo aver discusso di "Strategie terapeutiche: Advanced disease" in riferimento ai tumori della mammella, protagoniste della terza e

nica drammatica sotto quello umano. Gli oncologi Sandro Barni, Vincenzo Adamo ed Enrico Cortesi sono entrati subito nel vivo, ripercorrendo veloce-





paura più grande: non poter vedere crescere i miei figli. E ancora, il dramma della caduta dei capelli; poi, d'improvviso, ho scoperto una forza interiore che non immaginavo di possedere e ho deciso di combattere. Al mattino la chemio, di sera la discoteca, con tanto di parrucca all'ultima moda. Adesso sto bene. Grazie a tutti».

Antonella, 52 anni, ha scoperto di star male a marzo del 2004; è stata seguita da Adamo che dopo aver presentato il caso, le ha ceduto il microfono: «Sono ormai trascorsi due anni fra cure e controlli – ha detto – e posso affermare che si tratta di un'esperienza che cambia la vita. A casa ne parlavo senza timore anche

coi miei figli. Confrontarsi con gli altri fa bene. Anche per me la perdita dei capelli è stata particolarmente dura. Per quale donna non lo sarebbe? E' una vera e propria crisi di identità. Veniamo colpite nel nostro punto più fragile. Al contempo ci rendiamo conto di quanto sia necessaria la chemioterapia. E' importante inoltre avere la certezza che il tuo medico si aggiorna costantemente: per noi diventa una garanzia, o meglio, una speranza in più».

La vicenda di Maria, 54 anni, non è molto diversa dalle precedenti. A essere stato compromesso in questo caso è risultato l'ovaio, come ha spiegato Cortesi nel suo intervento. Anche

lei non ha avuto remore nel riferire passo dopo passo i particolari della sua malattia, le impressioni e le emozioni provate dal giorno del delicato intervento. Stesse identiche paure: «Ma non mancano gli stimoli per andare avanti – ha detto – e la famiglia ha un ruolo determinante così come il medico: persona

cui affidi tutte le tue speranze. E' importante allora che si comporti come vero amico su cui poter contare in qualsiasi momento».

Al proficuo dibattito sulla scorta delle toccanti testimonianze, è seguita poi l'interessante relazione della dottoressa Scaltriti, di Carpi (MO), che ha parlato del ruolo del volontariato nel management della paziente con neoplasia mammaria. Infine, a chiusura del convegno, il prof. Giuseppe Altavilla di Messina insieme con il collega Bajetta di Milano, hanno moderato l'ultima serie di interventi a cura degli specialisti De Laurentiis, Baldini, Manzione, Bengala a cui sono seguite le conclusioni del prof. Adamo.

Angiò nuovo direttore della scuola di specializzazione in chirurgia generale

Con Decreto Rettorale del 17.02.2006 il Prof. Luigi Giuseppe Angiò, Titolare della Cattedra di Chirurgia d'Urgenza e di Pronto Soccorso della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Messina, è stato nominato Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale I della stessa Università per il triennio Accademico 2005/2008.

Il Prof. Angiò, onorato di assumere la Direzione della Scuola, nella quale si sono succeduti nel corso degli anni illustri Maestri della Chirurgia, quali i Proff.ri Gustavo Barresi, Pasquale Notti, Diego Cuzzocrea, e ultimo, ma solo in ordine di tempo, il Prof. Ciro Famulari, che dal 1998 al 2005 non ha risparmiato le sue migliori energie per dare espressione all'inclinazione chirurgica degli Specializzandi e per promuoverne la crescita professionale, ha inviato ai giovani allievi una nota di saluto in cui, con riguardo alle peculiarità formative e alla metodologia didattica della Scuola di Specialità, si è così espresso.

"La Società in cui viviamo cambia con una velocità impressionante: varia il nostro modo di vivere e il nostro modo di pensare e diviene sempre più difficile stare al passo con i tempi. Ciò è particolarmente vero per chi, come lo Specializzando Chirurgo, è inserito in un ambiente scientifico-tecnologico in tumultuosa evoluzione, laddove basta voltarsi indietro per vedere come in pochi anni molte cose siano radicalmente cambiate: nuove attitudini, nuove metodiche e nuove tecnologie - si pensi alla chirurgia laparoscopica e alla day surgery - hanno stravolto le consolidate, ma ormai obsolete, abitudini chirurgiche.

"Una Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale, che deve costruire la solida qualificazione professionale dei propri



Chirurghi, stimolandone la capacità di apprendimento, di confronto e di miglioramento, non può non tenere conto di questo frenetico turn-over di novità così come della sempre maggiore competitività dell'ambiente specialistico e non dare loro la possibilità di fare una buona e innovativa chirurgia.

"In Italia, fino a qualche tempo fa, il brevetto di Chirurgo Generale era conferito dalla Scuola di Specializzazione dopo il superamento di una serie di esami teorici, ma senza alcun allenamento tecnico-pratico al tavolo operatorio. Più che veri Chirurghi la Scuola formava osservatori in chirurgia, ai quali forniva comunque un pezzo di carta utile a fare punteggio in ogni tipo di concorso.

"Allo stato le cose sono fortunatamente cambiate e l'attuale formazione specialistica in campo chirurgico è il risultato di una radicale riforma che consente, all'inizio del 3° millennio, il confronto della nostra realtà con quelle europee e che agevola la libera circolazione dei Chirurghi e il reciproco riconoscimento dei diplomi.

"In base alla nuova impostazione didattica, la formazione e l'abilità professionale dello Specializzando in Chirurgia Generale sono garantite dall'insegnamento teorico impartitogli per il conseguimento



della necessaria preparazione di base (lezioni frontali e, al fine di favorire un approfondimento attuale e integrato delle materie di insegnamento, forum monotematici e seminari), dalla sua attiva partecipazione all'assistenza clinica diretta, con relativi atti diagnostici e terapeutici, a pazienti in elezione, in emergenza-urgenza e critici e dal suo addestramento pratico guidato in sala operatoria che, con la graduale acquisizione di conoscenze di anatomia e di tecnica e perizia operatorie, costituisce l'elemento basilare dell'educazione alla disciplina chirurgica.

"A tale proposito, partendo dai ruoli istituzionali meno impegnativi di assistere ad laterem o di aiutare l'operatore, lo Specializzando dovrà arrivare a quello più importante di eseguire personalmente, sempre sotto esperta guida, attenta vigilanza e diretta responsabilità di un tutor, interventi di grado crescente di difficoltà, in correlazione all'esperienza via via acquisita, il che significa progressiva responsabilizzazione e acquisizione di autonomia gestionale (decisionale e operativa).

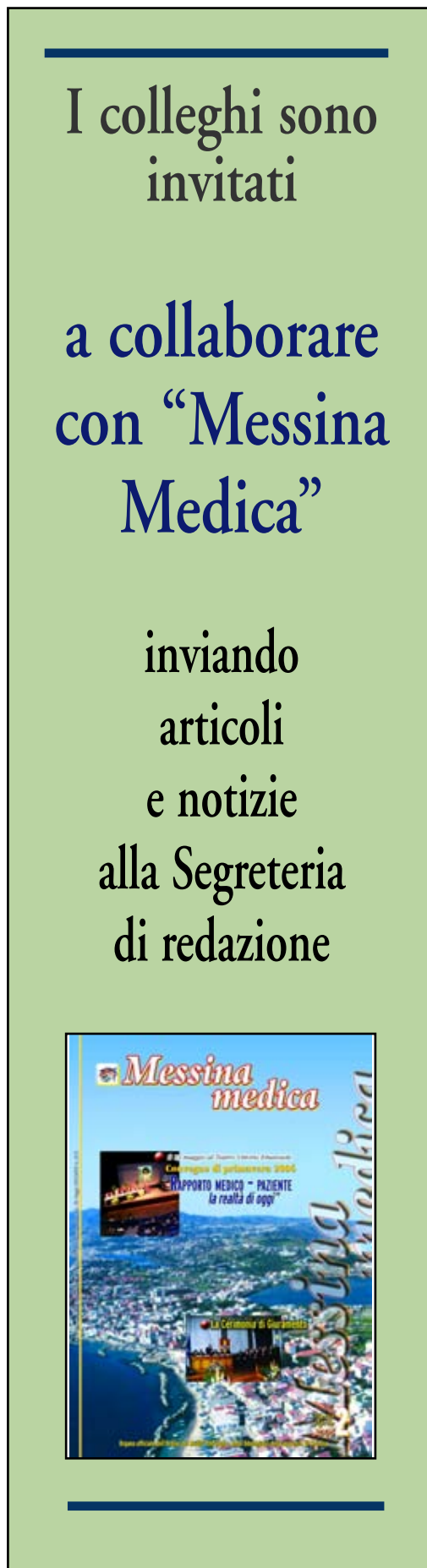
"La circostanza che lo Specializzando Chirurgo è destinatario di interventi formativi sul piano teorico e pratico, nel mentre effettua con criterio di gradualità prestazioni assistenziali utili alla struttura sanitaria in cui è inserito, lo deve fare considerare uno Specialista in formazione, che svolge un'attività clinica di apprendimento professionalizzante.

"Oggi, però, per fare il Chirurgo non basta sapere fare bene la chirurgia ad un certo livello; è necessario anche acquisire le adeguate conoscenze di management e di marketing sanitario per organizzare il proprio lavoro e gestire la struttura nella quale si opera, non disdegnando il coinvolgimento nei processi strategici, operativi e finanziari, dell'azienda ospedaliera di appartenenza. Bisogna, altresì, conoscere gli aspetti medico-legali relativi alla propria condizione professionale e le leggi e i regolamenti che governano l'assistenza sanitaria, disporre di una buona conoscenza della lingua inglese, sapere utilizzare le potenzialità dell'informatica, avere una preparazione metodologica e un senso critico idonei per muoversi nella giungla delle informazioni scientifiche disponibili e valutare le stesse e, infine, essere in grado di effettuare sperimentazioni cliniche controllate nonché impostare e scrivere un lavoro scientifico.

"Il programma formativo della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale è, dunque, articolato, peraltro in un contesto di multidisciplinarietà, e come tale richiede coinvolgimento e convergenza delle varie componenti (docenti e discenti) in un impegno comune, che possa consentire al giovane allievo di svolgere il lavoro di vero chirurgo.

I colleghi sono
invitati
a collaborare
con "Messina
Medica"

inviando
articoli
e notizie
alla Segreteria
di redazione



La disfunzione erettile: dalla diagnosi alla terapia

di Francesco Mastroeni



Nell'ultimo decennio sono stati fatti grandi progressi nella diagnosi e nella terapia della disfunzione erettile (DE). L'avvento di nuovi agenti farmacologici, in particolare, ha sollevato una serie di importanti problemi riguardanti il disegno e la conduzione dei trial clinici sulla DE.

Pertanto sono stati presi in considerazione i problemi nel disegno degli studi, nella selezione dei pazienti, nelle procedure riabilitative e nella misurazione delle risposte e nelle variabili di outcome.

Innumerevoli sono le misure per la valutazione dell'outcome. Queste comprendono misure di risposta oggettive, per esempio il Rigiscan e soggettive, come test di valutazione come l'IIEF-5 o IIEF15.

L'IIEF ha un grado di sensibilità e specificità elevato.

Anche altri test di valutazione anche con partecipazione della partner hanno riscosso dei valori di affidabilità elevati.

Negli ultimi anni pertanto si cerca di risolvere la problematica della DE prendendo in considerazione non solo la problematica maschile ma il disagio di coppia, comprendendo anche le disfunzioni sessuali femminili.

La disfunzione erettile comprende due grandi gruppi: la disfunzione su base psicogena e la disfunzione su base organica.

Il libro di Masters e Johnson "Human Sexual Inadequacy" del 1970, ha rivoluzionato la concezione dell'insufficienza erettile. La loro valutazione si basava su un attento e dettagliato colloquio sugli eventi infantili, sulla adolescenza e sulla vita adulta che potevano aver causato la prima manifestazione della disfunzione sessuale, l'ansia da prestazione che derivava da questo insuccesso e il ruolo da spettatore ansioso e autovalutativo finivano per perpetuare l'insufficienza erettile.

Negli ultimi anni la conoscenza della patogenesi della DE si è considerevolmente ampliata e, con essa, c'è stato un parallelo aumento nel numero e nella complessità degli accertamenti utilizzati per fare una diagnosi corretta per ogni singolo paziente. Comunque, nonostante le tecnologie diagnostiche ad elevata tecnologia attualmente

a disposizione dell'andrologo, non deve essere dimenticato l'importanza del paziente dal punto di vista anamnestico in relazione alle molteplici comorbilità che possono essere presenti in questi pazienti e che possono essere causa di DE.

Risulta di fondamentale importanza instaurare una relazione di fiducia tra il paziente ed il medico fin dalla prima visita.

L'andrologo con il primo colloquio con il paziente dovrà subito individuare e spiegare al paziente la differenza tra la perdita della libido, la DE ed i

disturbi dell'eiaculazione, tra cui l'eiaculazione precoce risulta il problema di maggior frequenza in assoluto.

Le prime domande dovrebbero concentrarsi sui sintomi e sulla loro durata, oltre che sulla rapidità e sulle particolari modalità di insorgenza.

Anche se la libido è solitamente conservata negli uomini con DE, un declino dell'appetito sessuale può suggerire una causa di ordine endocrinologico.

Va valutata la problematica dell'eiaculazione, andando a capire se l'eiaculazione sia prematura, ritardata o "secca", come avviene frequentemente nei pazienti sottoposti a resezione transuretrale della prostata.

Andrà fatta anche una indagine anamnestica di ordine farmacologico e si valuterà la storia sessuale precedente.

L'esame obiettivo completo è una componente fondamentale della valutazione basale dell'uomo con DE. Bisogna eseguire un esame obiettivo dei genitali esterni, al fine di valutare eventuali anomalie congenite o acquisite del pene come le placche di Peyronie che possono portare frequentemente ad incurvamenti penieni con associato deficit erettile. La presenza di testicoli di dimensioni ridotte e di caratteristiche sessuali secondarie ridotte può suggerire un ipogonadismo. Possono essere inoltre presenti anomalie delle ghiandole mammarie con ginecomastie di vario grado.

Dall'esame obiettivo si procede successivamente ad esami diagnostici più complessi, tra questi il più utilizzato è l'ecografia peniena dinamica con uso intracavernoso per via iniettiva di prostaglandine (PGE1) al fine di



provocare una erezione e valutare la pervietà delle strutture arteriose e l'assenza di fughe venose.

L'esame ecodoppler viene eseguito con un apparecchio ecocolor Doppler con sonda lineare da 7,5-10 Mhz e dovrebbe essere condotto sempre in un luogo confortevole, silenzioso per ridurre l'ansia e il tono adrenergico della muscolatura liscia.

Altro esame utilizzato frequentemente in ambito andrologico è il rigiscan ovvero un apparecchio di rilevazione di eventi erettili notturni.

Questo esame è piuttosto utile per eseguire una diagnosi differenziale fra deficit erettili di natura psicogena e deficit erettili di tipo organico.

Altri esami come la cavernosometria e gli esami radiologici come la cavernosografia attualmente sono sempre meno utilizzati in quanto invasivi e non specifici.

La terapia della disfunzione erettili prevede una terapia di prima linea di seconda linea e di terza linea affiancata da una terapia psicosessuale.

Altra distinzione può essere fatta fra terapie "non invasive ed invasive".

Tra le prime si annoverano le terapie topiche applicate alla cute del pene, la terapia intrauretrale e la terapia orale; la terapia intracavernosa con infusione di Prostaglandina E1 può essere inclusa nella terapia di tipo invasivo.

Tra le terapie topiche vengono usate creme e paste costituite da glicerolo trinitrato che è un donatore di ossido nitrico o la crema tripla costituita da aminofillina isosorbide e dinitrato e codergocrina, o dal Minoxidil che ha una funzione di vasodilatatore o dalla prostaglandina stessa. L'uso topico è una metodica non frequentemente utilizzata in quanto l'assorbimento è scarso ed elevati sono gli effetti collaterali.

La terapia intrauretrale prevede l'immisione

di paste o di microsupposte a livello uretrale con rilascio graduato del farmaco che attraversa l'epitelio uretrale e viene assorbito attraverso la vascolarizzazione peniena. La terapia orale è attualmente la più utilizzata e si avvale di farmaci ad azione centrale come la yohimbina, la delquamina, la fentolamina, la bromocriptina; i farmaci ad azione periferica sono i precursori dell'ossido nitrico come la L-Arginina, gli inibitori della fosfodiesterasi e gli agenti bloccanti i recettori adrenergici.

Attualmente i farmaci più frequentemente utilizzati sono gli inibitori della fosfodiesterasi come il sildenafil, il tadalafil ed il vardenafil.

Questa ultima categoria di farmaci sono ben tollerati dai pazienti e possono presentare solo in determinati casi alcuni effetti collaterali come: cefalea, flushing, dispepsia, congestione nasale, disturbi visivi e mialgie. Controindicazione assoluta è l'assunzione di nitroderivati.

La farmacoinfusione intracavernosa (FIC) è limitata a casi selezionati in caso di fallimento della terapia orale e pone alcune problematiche al paziente come: la difficoltà nel maneggiare il farmaco e la siringa, la fobia dell'ago e l'imbarazzo nel praticare l'autoiniezione durante l'approccio sessuale. In questi casi l'andrologo può aiutare il paziente nella adeguata istruzione sulle modalità di esecuzione della autoiniezione intracavernosa, nella regione dove la puntura deve essere eseguita e nella direzione dell'ago. Inoltre dovrà essere stabilita la dose di farmaco da infondere che è sempre paziente variabile.

La terapia di terza linea nei casi di pazienti non responder alle terapie precedentemente descritte è costituita dalla terapia protesica con utilizzo di protesi peniene sempre più sofisticate e maneggevoli.

EMOCROMOCITOMETRICO NELLA PRATICA CLINICA

di Mario **POLLICITA**
Donato **MATTINA**
Maura **BRUGIATELLI**

Nell'ambito della diagnostica di laboratorio, l'esame emocromocitometrico riveste oggi, come nel passato, un ruolo di primaria importanza.

La sua attenta interpretazione può fornire al clinico di medicina generale o allo specialista di ogni campo preziosi elementi diagnostici e prognostici.

Il presente articolo ha lo scopo di tracciare una guida volta a migliorare la funzione di filtro che compete al Medico di Medicina Generale, per distinguere i casi che ricadono nell'ambito delle cure primarie da quelle che necessitano di approfondimento ematologico o di altra disciplina specialistica.

Per ragioni istogenetiche e funzionali, il sangue è in relazione con tutti gli organi ed apparati dell'organismo. Pertanto, le sue alterazioni rispecchiano ed influenzano la funzione di molti di essi.

L'esecuzione dell'esame, ormai interamente automatizzata, richiede tempi brevissimi e costi assai modesti.

I parametri emometrici possono subire variazioni fisiologiche o parafisiologiche in relazione ad età, sesso, esercizio fisico, altitudine, stress, assunzione di farmaci.

In patologia, le modificazioni della crasi ematica presentano alcune peculiarità. Una di queste è rappresentata dal fatto che, a volte, la medesima alterazione può essere espressione di una emopatia primitiva o di una patologia extraematologica. Conseguentemente, manifestazioni simili nella loro espressione, possono avere significato nosografico e risvolti terapeutici molto diversi. E' quindi opportuno, che ogni medico sia in grado di riconoscerle, sia pure con differenti livelli di approfondimento.

Coinvolgimento di una o più filiere emopoietiche

Una emopatia maggiore raramente si manifesta come alterazione unilineare, che coinvolge cioè solo una delle tre serie emopoietiche (leucociti, eritrociti e piastrine). Il riscontro di una anemia o di una eritrocitosi, associata a leucopenia o leucocitosi e/o piastrinopenia o piastrinosi deve sempre indurre il medico di medicina generale ad indirizzare il paziente dall'ematologo.

Entità dell'anomalia numerica

L'entità dell'anomalia numerica è un altro importante criterio di orientamento. Un marcato incremento della conta leucocitaria

(oltre 30.000/mmc) è quasi sempre espressione di una leucemia acuta o cronica. Quando non lo è, rappresenta una reazione leucemoide nei confronti di gravi patologie, spesso neoplastiche. Analogamente, un considerevole incremento della piastrinemia o dell'emoglobinemia e del valore ematocrito, generalmente è espressione di una sindrome mieloproliferativa cronica. Un'anemia marcata può essere provocata da un banale deficit di ferro, come accade spesso nelle giovani donne con ipermenorrea. Tuttavia, in linea di massima, un'anemia grave richiede un intervento tempestivo e, possibilmente, l'ospedalizzazione. Peraltro, non è vero il contrario: una alterazione sfumata dei parametri emometrici non è sinonimo di condizione lieve. Essa può nascondere patologie ematologiche ed extraematologiche anche gravi.

Durata dell'alterazione

Altro importante segno è costituito dalla durata di una alterazione emometrica. Un fatto reattivo, come ad esempio una leucocitosi, un'alterazione della formula leucocitaria (linfocitosi, monocitosi, eosinofilia), una piastrinosi, un'anemia secondaria, hanno un decorso generalmente limitato nel tempo. Essi seguono nella loro evoluzione l'andamento dei segni e dei sintomi clinici della patologia cui sono associate. La loro persistenza, o, a maggior ragione, il loro progressivo incremento, devono far pensare ad una malattia ematologica.

Modalità d'insorgenza

Le stesse modalità di insorgenza dell'alterazione hanno un rilevante significato diagnostico. Una grave anemia che si instaura in pochi giorni riconosce sostanzialmente due possibili cause:

a) Un'imponente perdita emorragica (che non passa facilmente inosservata)

b) Una emolisi massiva.

In quest'ultimo caso si assoceranno i segni tipici dell'emolisi:

-iperemia urinaria

-iperbilirubinemia indiretta

-incremento dell'LDH

-incremento dei reticolociti nel sangue periferico.

QUADRI PATOLOGICI

Anemia

Il vero parametro che definisce una condizione anemica è rappresentato dalla concentrazione emoglobinica plasmatica, e non dal numero degli eritrociti, che, può essere normale o addirittura aumentato. In tal caso, infatti, i globuli rossi hanno un basso MVC,



sono cioè molto piccoli (microcitosi) e contengono poca emoglobina (ipocromia).

A parte quanto è stato detto, nelle condizioni anemiche, le ipotesi diagnostiche sono davvero numerose e variegata. Esse vengono classificate secondo diverse prospettive che considerino:

1) Le cause, cioè l'eziologia:

- anomalie intrinseche dei globuli rossi
- condizioni carenziali
- insufficienza renale con deficit eritropoietinico

- sostituzione o invasione midollare
- alterazioni immunitarie

2) I meccanismi patogenetici:

- ridotta produzione
- alterata maturazione
- ridotta sopravvivenza

3) I parametri eritrocitari:

-ipocromia e microcitosi (carenze marziali e sindromi talassemiche)

-normocromia (forme ipo-aplastiche, forme emolitiche, forme associate ad emopatie clonali displastiche e neoplastiche)

-macrocitosi (forme carenziali da deficit di vitamina B12 e/o acido folico). Quest'ultima è strettamente correlata all'esame emocromocitometrico.

Assumono quindi particolare rilievo i parametri inerenti il rapporto tra il numero dei globuli rossi e l'emoglobinemia:

- Volume corpuscolare medio (MCV)
- Emoglobina corpuscolare media (MCH)
- Concentrazione emoglobinica corpuscolare media (MCHC).

Altre importanti informazioni sono rappresentate da:

-reticolocitosi periferica, che se ridotta, orienta per condizione iporigenerativa, se aumentata, per distruzione periferica.

-sideremia e ferritinemia, che esprimono l'entità dei depositi marziali.

-vitamina B12 e folati sierici, che possono rivelare una condizione carenziale dovuta a carenza di fattore intrinseco da malassorbimento secondario a gastropatia atrofica autoimmune, parassitosi o neoplasie dell'apparato digerente.

Ovviamente, vanno considerati anche gli altri parametri emometrici (leucociti, piastrine) e clinici (presenza di splenomegalia, linfadenopatie e/o altre condizioni potenzialmente legate a malattie proliferative ematologiche o extraematologiche).

Eritrocitosi o poliglobulia

L'incremento del numero di globuli rossi, del valore ematocrito e della concentrazione emoglobinica plasmatica può essere espressione di una malattia mieloproliferativa. Tuttavia, essa deve indurre preliminarmente ad escludere:

-una condizione secondaria ad un'affezione respiratoria o cardiologica con conseguente ipossiemia

-un'aumentata increzione eritropoietinica compensatoria o paraneoplastica (tumori renali, epatici, meningiomi).

Alterazioni dei leucociti

La serie bianca subisce, nelle condizioni reattive, una modificazione di ordine numerico assoluto o relativo con conseguente sbilanciamento della formula leucocitaria.

- I neutrofili possono subire un incremento secondario a infezioni batteriche, neoplasie, traumi; una riduzione si può osservare nelle virosi, malattie autoimmuni. La coesistenza di alterazioni morfologiche, rilevabili all'esame microscopico dello striscio, o la presenza nel sangue periferico di precursori granulocitari con vario grado di immaturità (mielemia) o altamente immaturi (blasti) è quasi sempre indice di emopatia primitiva cronica o acuta. In questa evenienza è necessario un approfondimento in ambiente specialistico mediante l'esecuzione di un mieloaspirato e/o di una biopsia osteomidollare, seguiti da indagini immunofenotipiche citogenetiche e molecolari. Una profonda neutropenia, specie se associata a marcata riduzione numerica degli eritrociti e delle piastrine può essere espressione di una aplasia midollare, condizione che riconosce plurime cause e prognosi assai severa.

- I linfociti, sono le cellule della serie bianca funzionalmente più complesse per il ruolo che svolgono nel sistema immunitario. In questo settore, non solo è rilevante l'incremento assoluto ed il dato morfologico, ma anche e soprattutto il rapporto tra le varie sottopopolazioni linfocitarie. Queste sono identificabili mediante uno studio immunofenotipico del sangue periferico. Il sospetto di una sindrome proliferativa cronica potrà essere comunque confermato dall'esame obiettivo e/o da un approccio strumentale di primo livello: il riscontro di linfomegalie superficiali o profonde e/o di splenomegalia deporranno in favore di tale sospetto diagnostico.

Alterazioni delle piastrine

Le alterazioni numeriche piastriniche isolate, se marcate, sono frequentemente espressione di problemi immunologici. Si riscontrano spesso nella pratica clinica da quando la conta piastrinica è diventata parte integrante dell'esame emocromocitometrico per l'avvento dei contaglobuli elettronici. Le piastrinopenie acute sono frequenti nel bambino, spesso dopo episodi virali, e nella maggior parte dei casi si risolvono anche spontaneamente o dopo breve terapia steroidea. Nell'adulto l'andamento è spesso variabile, a volte assumono una chiara tendenza alla cronicizzazione. In una minoranza dei casi, sono refrattarie a molte linee terapeutiche (steroidi, immunosoppressori, immunoglobuline ad alte dosi, splenectomia).

Comunque una piastrinopenia, per quanto detto sopra, può anche essere espressione



di gravi emopatie e pertanto richiede sempre un inquadramento specialistico ematologico.

Il riscontro di piastrinosi o trombocitosi reattive riconosce cause simili alle leucocitosi reattive. Spesso obbliga all'effettuazione di numerose indagini strumentali (rx torace, ecografia addome, esami endoscopici, visita ginecologica o urologica) volte ad escludere una piastrinosi secondaria. Le forme, persistenti per più di sei mesi e tendenzialmente ingravescenti, sono spesso primitive, clonali (trombocitemie essenziali). Sono appannaggio dell'età adulta e anziana e richiedono una terapia antiaggregante; se la piastrinosi è marcata, è necessario anche un trattamento citoriduttivo per l'incremento del rischio trombotico, specie per la frequente concomitanza di vasculopatie polidistrettuali correlate all'età.

Un quadro composito di trombocitosi, variamente associata a leucocitosi e/o poliglobulia pone il problema diagnostico differenziale con le altre principali sindromi mieloproliferative croniche con notevoli implicazioni prognostiche e terapeutiche:

-La policitemia vera (M. di Vaquez) che presenta un profilo di rischio sostanzialmente analogo alla trombocitemia essenziale, in cui spicca (a volte isolatamente) l'incremento dell'emoglobinemia e del valore ematocrito, e che vede nel salasso periodico il suo cardine terapeutico;

-La leucemia mieloide cronica, oncoemopatia a prognosi ben più severa, la cui conferma diagnostica richiede specifici approfondimenti molecolari. Recentemente un trattamento farmacologico molecolare mirato ha aperto una nuova e decisamente più rosea prospettiva a lungo termine per questa malattia;

-La mielofibrosi idiopatica, che si associa assai spesso a splenomegalia anche di grado estremo, caratterizzata da un decorso alquanto variabile ma inesorabilmente evolutivo e scarsamente modificabile sul piano terapeutico.

Questa sommaria sintesi, dimostra come, nonostante la complessità dei quadri nosologici sottesi, una semplice anomalia del quadro emocromocitometrico possa consentire un generico ma tempestivo inquadramento diagnostico già a livello ambulatoriale e/o domiciliare. Ne consegue la possibilità di razionalizzare l'impiego delle risorse, migliorare la qualità di vita dei pazienti ed affinare l'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche.

Già disponibile la 1^a Guida di Formazione in Medicina Generale

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

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

Il medico candidato, troverà in questo volume i quiz già presentati ai concorsi dei precedenti anni (tutti i quiz relativi ai precedenti concorsi suddivisi per anno), cui si affianca una serie di quiz di nuova elaborazione (metodi e test inediti di autovalutazione).

La Guida è già disponibile dallo scorso mese di febbraio ed è stata realizzata anche in CD-ROM, supporto che ne favorisce la fruibilità, permettendo l'utilizzo e la gestione dei dati per operazioni di mailing, di ricerca o quant'altro.

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

MULTIMEDIA CONGRESS

Giuseppe Trischitta - Relazioni Esterne

Via Citarella, 24 Pal. F

98123 Messina (ME)

Tel. e Fax 090.2934048 - Cell. 347.5207122



Cinquanta i medici che saranno ammessi dopo la prova scritta

CORSO TRIENNALE DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE

a cura di Salvatore Rizzo*

L'Assessorato alla sanità della Regione siciliana ha approvato, con decreto assessoriale del 22 febbraio 2006, il bando di concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale. Cinquanta – considerato il fabbisogno sul territorio di medici di medicina generale – sono i sanitari che parteciperanno al corso, sulla base dei migliori punteggi conseguiti al termine della prova scritta.

Il bando è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana – Serie Speciale Concorsi n.3 del 3 marzo 2006 e le domande di ammissione dovranno pervenire alla Regione Siciliana, Direzione Osservatorio Epidemiologico, Servizio Formazione – Via Mario Vaccaro, 5 90145 Palermo, entro 30 giorni a decorrere dal giorno successivo a quello di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – IV° Serie Speciale "Concorsi ed Esami".

La data di spedizione delle domande è stabilita e comprovata dal timbro a data apposto dall'Ufficio postale accettante. All'esterno della busta deve essere espressamente riportata l'indicazione "contiene domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale". E' ammessa la spedizione di una sola domanda per ciascuna raccomandata e non possono essere prodotte domande per più regioni o per una regione ed una provincia autonoma. I candidati ammessi al concorso dovranno sostenere una prova scritta che avrà la durata di 2 ore. La predetta prova scritta consisterà nella soluzione di 100 quesiti a scelta multipla su argomenti di medicina clinica (ai fini della valutazione della prova a ciascuna risposta esatta sarà assegnato il punteggio di un punto, mentre nessun punteggio sarà attribuito alle risposte errate, alle mancate risposte o alle risposte multiple) e si intende superata con il conseguimento del punteggio di almeno 60 punti, che consente l'inserimento in graduatoria. In caso di parità di punteggio avrà diritto di preferenza in graduatoria chi ha minore anzianità di laurea e, a parità di questa, chi ha minore età.

Qualora i candidati ammessi al concorso siano in numero maggiore di 250, saranno costituite più commissioni d'esame. Il termine massimo per la conclusione della procedura concorsuale è fissato entro e non oltre il 20° giorno dall'acquisizione, da parte del-

l'amministrazione regionale, dei verbali relativi agli esami di tutte le commissioni.

Il corso inizierà entro il mese di novembre 2006, avrà una durata di tre anni (per complessive 4.800 ore di cui due terzi rivolte all'attività formativa di natura pratica) e comporterà un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche.

Ai sensi dell'art. 24, comma 2 bis, del decreto legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni, la durata del corso potrà essere ridotta per un periodo massimo di 1 anno in relazione agli eventuali periodi di formazione pratica svolti che presentino le seguenti caratteristiche:

- a) la formazione rientri nell'ambito della formazione diretta al conseguimento del titolo di medico chirurgo abilitato (diploma di laurea in medicina e chirurgia rilasciato dall'università corredato del diploma di abilitazione all'esercizio della medicina e chirurgia, rilasciato dalla commissione d'esame di Stato);
- b) la formazione sia stata impartita o in un ambiente ospedaliero riconosciuto e che disponga di attrezzature e di servizi adeguati di medicina generale o nell'ambito di uno studio di medicina generale riconosciuto o in un centro riconosciuto in cui i medici dispensano cure primarie;
- c) l'attivazione dei periodi di formazione sia stata notificata dalle Università al Ministero della salute e al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

Al medico ammesso al corso di formazione specifica in medicina generale sarà corrisposta una borsa di studio prevista dal Ministero della Salute ai sensi della normativa vigente. La corresponsione della borsa di studio, in ratei mensili almeno ogni 2 mesi, sarà strettamente correlata all'effettivo svolgimento del periodo di formazione.

Non appena disponibili verranno pubblicate nel sito internet dell'Ordine di Messina:

1. data della pubblicazione dell'avviso sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – IV° Serie Speciale "Concorsi ed Esami", dalla quale decorre il termine per la presentazione delle domande;
2. data ed ora di svolgimento della prova di concorso;
3. luogo ed ora di convocazione dei candidati.

*Funzionario Amministrativo OMCeO Messina



E' istituito il Corso di Perfezionamento in "Pet Therapy" - Attività e Terapia assistita con gli animali, presso la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università di Messina per l'Anno Accademico 2005/2006.

Un percorso di alta formazione rivolto ai laureati presso le Facoltà di Medicina Veterinaria, Medicina e Chirurgia, Scienze della Formazione, Lettere e Filosofia, Giurisprudenza, Scienze Politiche, Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali.

Possono iscriversi al Corso anche coloro che abbiano conseguito un titolo di studio di livello universitario (diploma universitario, laurea secondo gli ordinamenti didattici previsti al Decreto Murst 509/1999, laurea, laurea specialistica e laurea magistrale).

Al Corso sono ammessi un massimo di n. 50 allievi.

Attività e terapia assistita con animali "PET THERAPY"

di Antonio PUGLIESE



Al termine del Corso, ed a seguito del superamento dell'esame finale, verrà rilasciato un Diploma Universitario a firma del Direttore del Corso e del Magnifico Rettore dell'Ateneo.

Obiettivi del Percorso Formativo

Formare figure professionali qualificate al fine di effettuare interventi di Pet Therapy, presidio socio-riabilitativo con particolare riferimento all'attività e alla terapia assistita con animali.

Sede del Corso

- Centro di Pet Therapy, afferente al Dipartimento di Scienze Mediche Veterinarie dell'Università degli Studi di Messina, Facoltà di Medicina Veterinaria - Polo Universitario

Annunziata.

- Strutture convenzionate con il Centro.

Data di inizio e durata del Corso

Il corso ha inizio il 9 giugno 2006 e termina il 15 dicembre 2006, esame finale previsto per il 15 gennaio 2007.

La durata è di mesi 6, con lezioni, seminari ed esercitazioni a cadenza quindicinale. La scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione è fissata per le ore 12:00 del giorno 20 maggio 2006. I candidati dovranno presentare, oltre alla domanda in carta semplice indirizzata al Magnifico Rettore, certificato di laurea e quietanza di versamento della tassa di pre-iscrizione.

Nel caso in cui le domande di pre-iscrizione dovessero superare il numero dei posti messi a concorso (n. 50), il giorno 27 maggio 2006 verrà effettuata la selezione.

L'immatricolazione è prevista entro il 05 giugno 2006.

Quote d'iscrizione

La quota di partecipazione per ogni iscritto è prevista in € 1.000,00, di cui € 50,00 come tassa di pre-iscrizione, € 500,00 come prima rata da versare all'inizio del Corso, e € 450,00 come seconda rata da versare entro il 2° mese dall'inizio del Corso.

Organizzazione del corso

Il Corso prevede lezioni teoriche e teorico-pratiche, gruppi di studio, gruppi di ricerca ed esercitazioni pratiche svolte presso le strutture messe a disposizione dal Corso.

Le suddette attività didattiche saranno espletate in media due giorni al mese per la durata di sei mesi e per complessive 100 ore. Le lezioni si terranno dalle ore 9:00 alle 13:00 e dalle ore 14:30 alle 18:30.

La frequenza del Corso è obbligatoria.

E' tollerato un massimo di assenze pari al 20% del numero di ore di frequenza previste.

Il percorso formativo è costituito da n. 10 moduli, per complessivi 100 ore di didattica frontale e lezioni teorico-pratiche, corrispondenti a 10 CFU (Crediti Formativi Universitari: 1 CFU=10 ore di didattica).

Info: www.unime.it/didattica

e-mail: pettherapy@unime.it

Segreteria Organizzativa: Dott.ssa Simona Di Pietro; Dott.ssa Anna Gruppillo; Dott. Giovanni Galletta; Sig. Massimo Cattafi.

Centro di Pet Therapy - Università di Messina, Polo Universitario Annunziata, 98168 - Messina - Tel. 090-3503510/1, Fax: 090-3503949/977



Prevenzione disfunzioni del pavimento pelvico

Il Consultorio Familiare "Via del Vespro" ASL 5 Messina, ha organizzato in occasione dell'otto marzo, nella sede consultoriale, un incontro con le utenti, sul tema "LA PREVENZIONE DELLE DISFUNZIONI DEL PAVIMENTO PELVICO FEMMINILE" con una relazione tenuta dalla dott. Luisa Barbaro, Dirigente del Servizio.

L'incontro ha avuto un grande successo, grazie all'impegno organizzativo profuso dall'equipe, coordinata dalla dott. Barbaro e composta dalla psicologa, dott. Rosamaria Dominici, dall'assistente sociale, dott. Teresa Cozzucoli, dalle ostetriche Mattia Crupi e De Grazia Letteria, dall'infermiera professionale, Caterina Raspaolo e dall'ausiliaria socio-sanitaria Angela Giannetto.

L'incontro è stato introdotto dal direttore amministrativo, dott. F. Colavita, che ha portato i saluti del direttore Generale della ASI, dott. S. Furnari e del Direttore Sanitario, dott. G. Sirna. Il dott. N. Molonia, direttore Distretto Messina Nord, ed il Dott. E. Coletta, capo Dipartimento Materno-Infantile, hanno portato il loro caloroso saluto alle utenti del Consultorio, sottolineando l'importanza della prevenzione, dell'informazione e dell'educazione sanitaria sul territorio ed auspicando lo sviluppo delle attività consultoriali anche per la promozione della salute fisica e psicologica dell'infanzia. Tra le numerose autorità presenti, sono intervenuti il dott. N. Romeo, presidente dell'Or-



Nunzio Romeo e Luisa Barbaro

dine dei Medici, l'Assessore ai Servizi Sociali del Comune di Messina, dott. Rao che ha portato i saluti del Sindaco, Antonio Genovese, il dott. Monea, Presidente del Consiglio della Provincia Regionale. L'assessore A. Bottari, l'assessore A. Cocchiara e la consigliera provinciale Schirò, presenti all'incontro, negli interventi hanno affermato un loro maggiore impegno perché i Consultori nella città e nella provincia abbiano un ruolo propulsivo nella prevenzione e locali più accoglienti.

Alle utenti sono state offerte opuscoli informativi sull'argomento trattato dalla dott. Barbaro, opuscoli illustrativi sugli esercizi fisici in menopausa, sulla dieta e regole new age per un nuovo stile di vita a cinquantanni.

E' stata anche offerta una copia del giornale Aziendale, uscito per la prima volta in questo mese con un rametto di mimosa e delle poesie sulle donne, scelte dagli operatori del Consultorio.

La dott. L. Barbaro ha svolto una importante relazione sul tema della disfunzione del pavimento pelvico femminile, descrivendone eziogenesi, sintomatologia e trattamento. Si è poi soffermata sul tema della prevenzione di questo disturbo e sulle strategie che il Consultorio può attuare per gestire tale problematica. Ha affermato che lo spazio menopausa, già attivo da dieci anni nel Consultorio di Via del Vespro, è lo strumento che può dare rilevanza e significato ad una tappa del ciclo di vita della donna vissuta prima in silenzio e solitudine. D'altronde, per gli operatori con-

sultoriali, nell'ambito della psicoprofilassi al climaterio, occuparsi del perineo ed interessarsi della rieducazione perineale è un'azione medico sociale quasi del tutto naturale.

Nella relazione è stato evidenziato, inoltre, come tra i compiti del consultorio, la prevenzione e l'educazione sanitaria rivestano un ruolo fondamentale e prioritario. L'informazione, soprattutto, è un intervento educativo rivolto alle donne affinché acquisiscano la conoscenza, la consapevolezza e la percezione di una parte del corpo, quale è il perineo, importante per la soddisfazione sessuale e la qualità della vita in terza età. Al momento scientifico è seguito un momento artistico, con la partecipazione di donne che hanno espresso la loro creatività ed arte. La prof. Gazzarra, poetessa, ha regalato momenti di vera emozione, recitando sue poesie in dialetto siciliano. Hanno recitato bellissime poesie la dott. Luciano, la prof. Stancanelli, la dott. Guarino, la prof. Giordano, la dott. Cozzucoli ed Aisha.

Bellissimo e coinvolgente lo spettacolo del gruppo musicale "L'Isola" con Jolanda e Nicola che hanno cantato brani tratti dai loro album, raffigurando immagini di donne nelle diverse fasi della loro vita, dando profonde emozioni con ritmi, parole e gestualità. L'incontro si è concluso con un momento conviviale e con l'offerta di prodotti omaggio per l'igiene intima femminile.



Il bifosfonati sono farmaci largamente utilizzati nel trattamento delle metastasi ossee da tumori solidi, nei mielomi, nelle osteoporosi e in altre condizioni cliniche determinanti un'alterazione dell'omeostasi ossea. Sebbene il loro meccanismo d'azione non sia completamente chiarito, il loro effetto sembra svolgersi prevalentemente attraverso l'inibizione degli osteoclasti.

Al tempo stesso esercitano un'azione anabolica sugli osteoblasti stimolandone l'attività osteogenetica. Tali caratteristiche li rendono ideali nel trattamento di varie patologie tumorali e non, riducendo, in particolar modo, l'incidenza della sintomatologia dolorosa e delle fratture patologiche. Tuttavia la letteratura internazio-

chirurgia orale e parodontale. In particolare la lesione può presentarsi spesso come un'alveolite post-estrattiva la cui guarigione tende non solo a tardare, ma ad estendersi all'osso circostante. In altri casi, tuttavia, la lesione può manifestarsi in assenza di precedenti prestazioni odontoiatriche, presentandosi con una sintomatologia algica localizzata alla regione colpita non sempre evidenziabile all'esame obiettivo del cavo orale. Non è infrequente, infatti, la presenza di una lesione osteonecrotica dei mascellari evidenziabile soltanto radiologicamente non essendo ancora coinvolte le mucose e quindi non obiettivabile all'esame ispettivo.

Il trattamento delle lesioni in questione è a tutt'oggi dibattuto. I dati più recenti suggeriscono un approccio conservativo con terapie antibiotiche protratte, lavaggi locali, curettage ossei non invasivi, riservando invece la chirurgia resettiva quale ultima opzione nelle lesioni di maggiori dimensioni o in quelle refrattarie alla terapia medica. In particolare, nella pratica quotidiana è consigliato, una volta accerta-

Lesioni osteonecrotiche dei mascellari da Bifosfonati

di Francesco **DE PONTE**

nale ha recentemente focalizzato l'attenzione sugli effetti collaterali che i Bifosfonati azotati possono causare alle ossa mascellari. In particolare dopo somministrazione protratta di Pamidronato (AREDIA) e Zoledronato (ZOMETA) si è osservata, in taluni casi, la comparsa di osteonecrosi ischemica dei mascellari dovuta prevalentemente alla loro azione antiangiogenetica. Il quadro sembrerebbe tuttavia innescato da altri fattori concomitanti che favoriscono la ipercoagulabilità, quali l'uso protratto di estrogeni, di corticosteroidi e la stessa patologia neoplastica. La mandibola risulta essere maggiormente colpita rispetto al mascellare a causa probabilmente delle caratteristiche del suo microcircolo. All'iniziale meccanismo ischemico sembra associarsi quasi sempre una sovrinfezione multibatterica con una presenza pressochè costante di Actinomiceti.

Il quadro clinico sembra essere spesso scatenato da procedure odontoiatriche comuni quali normali estrazioni dentarie,

ta l'anamnesi farmacologia positiva per bifosfonati, astenersi da procedure odontoiatriche ed inviare il paziente ad un centro specialistico di riferimento. E' inoltre utile, prima di iniziare qualsiasi protocollo terapeutico che preveda l'utilizzo di Bifosfonati, sottoporre il soggetto ad una accurata visita odontoiatrica ed alle cure che si riterranno necessarie. L'incidenza della osteonecrosi da Bifosfonati è tuttora dibattuta non disponendo ancora la letteratura internazionale di dati significativi. Una recente revisione cita circa 139 casi nel mondo. Tuttavia negli ultimi mesi il numero di lesioni osservate sta assumendo una crescita esponenziale tale da mettere in serio allarme la comunità scientifica.

Allo scopo di studiare e trattare clinicamente il problema, è stato istituito un gruppo di ricerca coordinato dalla U.O.S. di Chirurgia Maxillo-Facciale del Policlinico Universitario di Messina che vede coinvolte le varie specialità interessate. Per ulteriori inf.Tel: 090/2213910-090/2216919 Mail: fdeponte@unime.it enastro@libero.it



*Un momento
dell'incontro.
Da sinistra :
Dott. Salvatore
Cannavò, Dott.
Nunzio Romeo,
Prof. Emanuele
Scribano,
Prof. Francesco
Trimarchi,
Dott.ssa. Luisa
Lasio, Prof.
Gaetano
Lombardi, Dott.
Giovanni Materia*

INCONTRO DEI PAZIENTI CON ADENOMA IPOFISARIO

Nell'Aula Magna del Padiglione H del Policlinico, gremita di pazienti e di loro familiari, si è svolto nei giorni scorsi un inusuale convegno dal titolo "Incontro dei pazienti con adenoma ipofisario". Il convegno non concedeva infatti crediti universitari né crediti per l'educazione medica continua. Un centinaio di pazienti già affetti da patologia ipofisaria trattata, curata e in massima parte guarita, accompagnati da coniugi, figli, fratelli si è incontrata per ascoltare gli specialisti che si prendono cura del loro problema, per confrontarsi sul proprio stato di riconquistato benessere e sulle prospettive di riacquistarlo e per reclamare l'attenzione che è loro dovuta dalle aziende sanitarie, anche allo scopo di completare la necessaria riabilitazione dopo interventi neurochirurgici o trattamenti medici o radianti. La riabilitazione di queste malattie è ancora e spesso ritenuta opzionale ed è gravata da un burocratismo eccessivo e, a volte, intollerabile. Il convegno è stato pensato dal Dott. Salvatore Cannavò, ricercatore universitario di Endocrinologia e dirigente presso l'U.O.C. di Endocrinologia diretta dal Prof. Francesco Trimarchi, ed è stato organizzato dal Dott. Lorenzo Curtò, specialista in Endocrinologia, che si spende quotidianamente, con competenza e umanità, nell'assistenza alle centinaia di pazienti affetti da tali malattie che afferiscono all'UOC dell'Azienda Ospedaliera Universita-

ria Policlinico Gaetano Martino. Grazie alle competenze professionali e alle tecnologie avanzate il Policlinico fornisce a numerosi pazienti (oltre 350 nuovi pazienti nel 2005) una rete clinica integrata (Endocri-



nologia, Neurochirurgia, Neurologia, Radiodiagnostica, Radioterapia, Laboratori di analisi, Cardiologia, Endoscopia digestiva, Oftalmologia, Psichiatria) che soddisfa pienamente le esigenze di salute correlate al problema "adenoma ipofisario" di un gran numero di pazienti provenienti, oltre che dalla Calabria, anche dalle altre province siciliane. L'incontro è stato aperto dall'intervento di tre figure istituzionali che ne hanno sottolineato profilo e significato, conferendo ad esso la massima dignità : il Prof. Emanuele Scribano, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, il Dott.



Giovanni Materia, Direttore Sanitario dell'Azienda "Policlinico G. Martino" e il Dott. Nunzio Romeo, Presidente dell'Ordine dei Medici di Messina. Quest'incontro è stato il primo esempio di coinvolgimento diretto del paziente con patologia ipofisaria e di confronto dialettico con lo specialista endocrinologo nella nostra Università ed ha costituito un'importante e costruttiva opportunità per tutti coloro che sono o sono stati affetti da patologie ipofisarie, per un prezioso scambio di esperienze tra paziente e paziente e tra medico e paziente. Le malattie ipofisarie, anche dopo l'effi-

del cittadino anche nell'ambito di malattie che, pur se non molto frequenti, sono di rilevante impatto sullo stato di benessere, sulla morbilità associata e sulla mortalità del malato e ha introdotto la lettura magistrale del Prof Gaetano Lombardi, Ordinario di Endocrinologia dell'Università Federico II di Napoli che ha presentato, in modo molto elegante e documentato, la storia, lo stato dell'arte e le prospettive future in campo diagnostico e terapeutico degli adenomi ipofisari. Il Dott. Lorenzo Curtò ha presentato e discusso un recente studio internazionale sulla qualità della vita di

questi pazienti sottolineando anche la necessità di considerare sempre anche l'impatto che la malattia può avere sulla vita quotidiana e sulle prospettive di salute. Infine la Dott.ssa Luigia Lasio, Presidente dell'Associazione Nazionale Italiana Patologie Ipofisarie - A.N.I.P.I., ha affrontato lo scottante tema dei problemi assistenziali legati, in particolare, alla gestione delle patologie ipofisarie, rimarcando ruolo e finalità dell'A.N.I.P.I. quale indispensabile

supporto per i pazienti. La dott.ssa Lasio ha presentato gli obiettivi principali dell'Associazione: i) aiutare il paziente nella risoluzione dei problemi legati alla malattia; ii) informarlo in modo capillare su ogni novità in campo normativo e medico; iii) promuovere incontri tra i vari associati e tra medici e pazienti per un proficuo scambio di esperienze e di conoscenze sulla convivenza con tali patologie; iiiii) promuovere incontri a carattere scientifico-divulgativo anche attraverso convegni dedicati all'aggiornamento dei medici di famiglia; iiiiii) sostenere l'avanzamento della ricerca e delle conoscenze scientifiche per ottenere nuove informazioni in campo diagnostico e terapeutico.

A conclusione dei lavori, dopo un aperto e vivace confronto/dibattito fra i relatori ed il pubblico, accorso numeroso a testimonianza dell'interesse suscitato dall'evento, il Dott. Salvatore Cannavò, ha auspicato e promosso la costituzione di una sezione regionale dell'ANIPI con sede nella nostra città (che sembra in dirittura d'arrivo essendo state raccolte le adesioni di alcuni pazienti disposti ad assumersi il ruolo di soci promotori), ed ha ribadito l'importanza di reiterare in futuro iniziative che aiutano lo stabilirsi di una sempre più proficua comunicazione tra medico e paziente.

*Accanto: il tavolo
dei saluti.*

*Sotto:
Lorenzo Curtò,
animatore
del convegno,
la Dott.ssa Lasio
presidente ANIPI
e il Prof. Lombardi
di Napoli.*



cace trattamento, sono caratterizzate da una rilevante riduzione della qualità della vita (QoL) e dal deterioramento del benessere psicologico che può, nei casi più gravi, sfociare in disturbi di competenza psichiatrica. Appare in tal senso indispensabile l'attività di supporto svolta dalle associazioni di pazienti nel promuovere il miglioramento della salute del cittadino attraverso il diffondersi del senso di solidarietà intesa non solo come compartecipazione alla sofferenza del paziente ma anche attraverso la realizzazione di un rapporto empatico tra medico e paziente. Il Prof. Francesco Trimarchi, che ha introdotto e moderato i lavori, ha sottolineato alcuni aspetti riguardanti i problemi di salute in patologia ipofisaria, soffermandosi sulla aumentata richiesta di salute da parte



Coerentemente alle sopra esposte problematiche, ai fini dello specifico e puntuale accertamento esatto della responsabilità del medico che postula dapprima l'individuazione dell'elemento psicologico e, successivamente, la qualificazione dello stesso in ordine alla sua intensità, occorre porre l'accento su un orientamento relativistico dell'istituto in esame. Orbene, sebbene sia stata negata la configurabilità di una graduazione della colpa da ricondursi

con conoscenze tecniche e teoriche meno approfondite per la sua specificità di medico generico di campagna), ed a elementi oggettivi, quali la natura della prestazione (diagnostica e/o chirurgica), gli strumenti e l'organizzazione predisposti ed utilizzati e infine l'eventualità. In base ai predetti criteri, l'accertamento della responsabilità sarà ulteriormente connotata e fondata su colpa grave, lieve o lievissima. Ne deriva che, ai fini della

oggettive ed eccezionali difficoltà nello svolgimento dello specifico compito di ufficio; c) che nel caso di potenziale e particolare pericolosità delle funzioni esercitate dall'agente, questo non si sia attenuto all'obbligo di usare il massimo della cautela e dell'attenzione; d) che nel caso di illecito che si concreti in comportamento omissivo, questo sia pervicace ed ingiustificato, tale da rendere ostensiva la volontà del soggetto di disinteressarsi deliberatamente di adempimenti che gli fanno carico.

Nulla osta a trasportare tale orientamento anche in tema di responsabilità medica, atteso che è irrilevante, sotto tale profilo, la qualità dell'agente purché la prestazione richiesta implichi la cosiddetta diligenza qualificata e non quella del buon padre di famiglia di cui all'art. 1176 c.c..

Inoltre, non può sottacersi che non appare completo ai fini dell'accertamento della responsabilità medico sia il criterio fondato puramente su basi concrete sia il criterio fondato meramente su un giudizio ipotetico ossia prognostico ex ante; a tale scopo si manifesta condivisibile la presenza di entrambi i criteri, atteso che la tesi puramente relativistica, sebbene sia fondata su elementi prevalentemente oggettivi, è totalmente disancorata da aspetti probabilistici, insiti nella stessa definizione del concetto di diligenza; a soccorrere la maggiore condivisibilità della suddetta teoria, la configurabilità della colpa grave si manifesta allorché il comportamento dell'agente produca la mancata attivazione del procedimento conoscitivo che avrebbe consenti-

Responsabilità per colpa professionale

② Cenni sull'elemento psicologico nell'attività medico chirurgica

* di Antonino **COMUNALE**

al momento dello sforzo adempitivo richiesto dal caso concreto (diligenza), quale criterio fondamentale di commisurazione del grado di colpa, tuttavia la sua sussistenza non può essere disancorata dall'aspetto della qualificazione della responsabilità che trae rilievo sia da dati metafisici (comportamenti) che da dati giuridici (sanzioni).

Si è già detto che tale accertamento deve fondarsi non in abstracto ma in concreto, ossia avuto riguardo a elementi soggettivi (qualità dell'agente - medico, a sua volta insigne clinico o medico

sussistenza della colpa grave, non occorre che corrisponda la sussistenza di comportamenti che costituiscono macroscopiche inosservanze dei doveri, ma la colpa va valutata in concreto in base ai criteri di prevedibilità ed evitabilità della serie causale produttiva del danno

ed al principio di ragionevolezza, che è alla base della limitazione di responsabilità di cui trattasi e che si collega alla necessità di garantire un più sollecito ed efficiente svolgimento dell'azione amministrativa (2). Coerentemente al predetto orientamento, la giurisprudenza (cfr. Corte dei Conti, SS.RR., n. 56 del 1997) ha affermato che la trasgressione dirette di condotta che concretizza l'inosservanza del minimo di diligenza richiesta (quindi la configurabilità della colpa grave) si fonda su alcuni aspetti: a) che sia ex ante astrattamente riconoscibile per dovere professionale di ufficio; b) che non sussistano



to di accertare, e di essere consapevole, della regola d'azione da seguire, tuttavia, si configura la colpa grave, qualora tale comportamento non coincida con un errore inescusabile che si manifesta nella violazione di regole, ma si tratta di fatti di specie diversa. III Conclusioni

La rilevanza della colpa nell'esercizio dell'attività medica si manifesta sia sul piano pratico che teorico, tenuto conto che l'accertamento della sua individuazione e della sua qualificazione non si fonda su parametri meramente formalistici (colpa in re ipsa), che consiste nel mero collegamento della sua sussistenza a generiche violazioni di norme, anche se tali disposizioni siano dotate di caratteri della assoluta cogenza. Viceversa, viene in rilievo il carattere personale della responsabilità medica in relazione all'elemento psi-

cologico della colpa che necessita di essere sempre più individualizzata in considerazione delle situazioni soggettive dell'agente e di quelle oggettive in cui lo stesso ha operato (3).

Tuttavia, il criterio relativistico e, nel contempo, fondato in concreto dell'accertamento della colpa in una determinata prestazione non può prescindere da due fondamentali postulati: a) l'agente non può, in termini oggettivi, avere la percezione della globalità (intesa come probabili presenze di fattori esterni ed imprevedibili, anche se transeunti di circostanze oggettive e soggettive) dell'intera fase dell'esecuzione della prestazione; b) la prestazione del medico si identifica in una prestazione di mezzi e non di risultato.

(La prima parte è stata pubblicata sul numero 1 di Gennaio-Febbraio 2006).

Farmaci

Ddg

Sono disponibili in segreteria all'Ordine:

le note AIFA riguardanti l'elenco dei Centri specializzate, universitarie o delle Asl individuate per la diagnosi e piano terapeutico dei medicinali di cui alla determinazione AIFA 29/10/2004.

Femara e Arimidex

* Il dipartimento del farmaco ha reso noto e determinazioni concernenti le nuove indicazioni terapeutiche delle specialità medicinali "Femara" e "Arimidex"

Paroxetina

Altra nota informativa è relativa all'informazione di sicurezza sui risultati di studi clinici riguardante le malformazioni congenite nei bimbi nati da mamme trattate da Paroxetina nei primi tre mesi di gravidanza



L'evoluzione giurisprudenziale della questione

Remunerazione agli specializzati

anteriormente all'anno accademico 1991/92

La tormentata vicenda giurisdizionale concernente il riconoscimento all'indennità di remunerazione agli specializzandi, che hanno frequentato le relative Scuole di Specializzazione anteriormente all'anno accademico 1991/92, di cui, peraltro, i vari uffici Giudiziari di tutta Italia sono stati investiti della cognizione ordinaria, pare non trovare ancora un indirizzo stabile e, soprattutto, per quel che più interessa in questa sede, costante. Per una migliore intelligenza della questione occorre premettere che le direttive 75/362 e 75/363 CEE, poi modificate, dapprima, dalla direttiva 82/76 e, quindi, per ultimo, dalla direttiva 93/16, e disciplinanti la formazione dei medici specialisti, fissavano il riconoscimento di una giusta remunerazione per gli specializzandi, imponendo, per tutta conseguenza, a tutti gli Stati Membri di dare esecuzione ai propri atti normativi non oltre il termine del 31.12.1983.

E, pur tuttavia, lo Stato Italiano rimaneva tardivamente inadempiente in ordine agli obblighi istituiti dalla CEE, recependo la disciplina comunitaria, "soltanto", con il decreto legislativo n.° 257 del 26.08.1991, di tal ché, essendo stato riconosciuto il diritto alla corresponsione della borsa di studio solo a decorrere dall'anno accademico 1991/92, venivano ingiustificatamente esclusi, in totale spregio dei principi perequativi statuiti dalla Carta Fondamentale dei Diritti, tutti i medici specializzandi ammessi ai corsi negli anni precedenti.

Per quanto sopra, non può tacersi il fatto che l'evoluzione giurisprudenziale maturata in materia, lungi dal fare correttamente giustizia agli aventi diritti, si è arroccata su leziose e complesse dissertazioni di diritto processuale che sono state argomentate dai gireconsulti dello Stato al solo fine di negare incondizionatamente ai medici istanti il tanto agognato e mai riconosciuto, sostanzialmente, diritto pieno ed incondizionato alla remunerazione per i sudati sacrifici della formazione acquisita attraverso la frequenza dei corsi.

In particolare, la disquisizione giuridica della materia di cui trattasi si è snodata su tre questioni fondamentali. La prima si faceva (è il caso di usare l'imperfetto per via del fatto che, oramai, la questione è stata definitivamente statuita dalla corrente giurisprudenza



di Francesca DE DOMENICO

di legittimità) consistere nel difetto di giurisdizione dell'A.G.O. (giudice ordinario) a favore del Giudice Amministrativo (T.A.R.) in ordine alle pretese risarcitorie vantate dai medici per i danni di natura patrimoniale, conseguenti all'illecito civile imputato allo Stato per tardiva ed inesatta attuazione delle Direttive Comunitarie. Sittale indirizzo giurisprudenziale è stato, tuttavia, definitivamente scardinato da alcune recenti sentenze della Suprema Corte, (Cass. Civ., sez. un.,

04/02/2005, n° 2203), apren-

do sostanzialmente la strada ai medici per adire la Giustizia ordinaria ed ottenere dalla stessa la cognizione dei propri diritti alla remunerazione.

L'altra questione controversa da risolvere consisteva nel riconoscere agli specializzandi un diritto perfetto ad un'adeguata remunerazione, atteso che la previsione normativa della retribuzione agli specializzandi trovava la propria fonte nelle direttive dell'Ordinamento Comunitario, senza che lo Stato Italiano avesse avuto cura di recepirne i contenuti attraverso la predisposizione di un apposito atto normativo di attuazione. In particolare, si osservava come le Direttive Comunitarie, per loro natura, fossero degli atti normativi privi del potere autonomo di spiegare effetti orizzontali nei rapporti tra Stato e privati cittadini, e, dunque, questi ultimi, nella specie i medici, non avrebbero potuto invocare, nell'ordinamento interno, la relativa e diretta operatività delle relative norme, non essendo state, le stesse, integralmente recepite dallo Stato Italiano. La "vexata quaestio" trovò adeguata soluzione solamente in seguito all'intervento della Corte di legittimità, che affisse un altro importante paletto nel cammino verso il pieno riconoscimento ai medici del diritto alla remunerazione per la frequenza ai corsi di specializzazione. L'orientamento avallato dalla suprema Corte si fondava sull'assunto in virtù del quale - si disse - "le disposizioni contenute nelle direttive CEE avrebbero dovuto trovare immediata applicazione negli ordinamenti degli Stati membri, poiché si trattava di disposizioni che, dal punto di vista sostanziale, apparivano incondizionate e sufficientemente precise".

Ad onor del vero, la spinta per l'avallo del summenzionato indirizzo giurisprudenziale promanava dalla sentenza n.° 131/37 del



25.02.1999, emanata dalla Corte di Giustizia CEE, che riconosceva l'obbligo di una adeguata remunerazione per tutti i medici specializzandi, anche ammessi nel periodo precedente all'anno accademico 1991/92 "Quod statutum" dalla Corte di Giustizia, pertanto, ha sostanzialmente permesso di superare l'"empasse" del mancato recepimento delle direttive dall'ordinamento interno.

Attraverso una interpretazione del genere, è stato possibile, nel merito, considerare come l'illegittimo ritardo nell'attuazione delle direttive comunitarie non potesse risolversi in un pregiudizio per i soggetti che da tali normative avrebbero conseguito posizioni vantaggiose.

La disciplina Comunitaria aveva previsto l'obbligo di remunerare, in modo adeguato, la formazione specialistica svolta nelle scuole dai medici specializzandi, sia a tempo pieno che a tempo ridotto, e ciò anche conformemente all'interpretazione datane dalla Corte di Strasburgo con le decisioni del 25/02/1999 e del 3/10/2000, già a partire dall'anno 1983.

Nello specifico, le due decisioni della Corte di Giustizia hanno chiarito che se lo Stato è inadempiente (come lo è stato, di certo, l'Italia) "l'obbligo deve essere assicurato mediante gli strumenti idonei previsti dall'ordinamento nazionale" o con l'applicazione retroattiva delle norme di trasposizione, oppure, laddove questo non fosse possibile, attraverso il risarcimento del danno a favore del medico specializzando.

Superato il problema dell'inapplicabilità diretta delle direttive comunitarie all'interno dello Stato Italiano, perché ritenute "self-executing", rimane da scardinare l'ultimo baluardo che ostacola il pieno riconoscimento degli emolumenti ai medici specializzati. Si tratta dell'istituto della prescrizione, una sorta di fiera dantesca di difficile superamento, che impedisce al titolare di un diritto il potere di farlo valere, quando sia decorso un certo lasso di tempo. Le Amministrazioni convenute nei vari giudizi risarcitori hanno assunto che "in difetto di atti interruttivi" il diritto dei medici per l'ottenimento delle remunerazioni deve ritenersi prescritto. Non può tacersi il fatto che la summenzionata eccezione abbia acquisito soltanto una veste fraudolenta, strumentale a giustificare l'illegittimo comportamento dello Stato Italiano.

In primis, va puntualizzato correttamente che le Amministrazioni non hanno fornito elementi precisi in ordine all'esatta avvenuta decorrenza del termine prescrizione che, nella fattispecie, assumono non essere stato rispettato.

"In subjecta materia", nessuna prescrizione è maturata a discapito dei medici, posto che la prescrizione comincerebbe a decorrere dalla data del 25.02.99, data in cui la Corte di Giustizia delle Comunità Europee ha sancito il principio secondo cui uno Stato Membro che viola l'obbligo su di esso gravante di

adottare tutti i provvedimenti necessari è tenuto al risarcimento dei danni che abbia arrecato ai singoli.

Il "dies a quo", ovvero la data iniziale da cui decorre la prescrizione, va individuato alla data del 25/02/99, perché solo a partire da tale data sarebbe stato possibile far valere tale diritto atteso che, secondo il disposto del codice sostanziale, la prescrizione del diritto matura dal giorno in cui lo stesso può essere fatto valere dal relativo titolare.

E, pur tuttavia, la corrente giurisprudenza del merito pare non aderire a questo indirizzo, che, più che avallare una tesi giuridica, tende a salvaguardare, con opportune forzature del sistema, le casse dello stato, per la verità, già abbastanza martoriate da altre spese cogenti.

Ad onor del vero, l'azzurro cielo splendente delle decisioni in materia di remunerazione è stato squarciato da un vero e proprio fulmine a ciel sereno. Ci si riferisce alla innovativa sentenza n.° 737/04 del Tribunale di Messina, Dott.ssa Russo, secondo cui "non può accogliersi la eccezione di prescrizione formulata dalle Amministrazioni in quanto il danno - ai medici - consegue ad un comportamento omissivo che si protrae nel tempo e, come tale, costituisce illecito permanente: lo Stato Italiano, pur obbligato all'adeguamento nei termini temporali sopra evidenziati, non lo ha ancora realizzato per una determinata fascia di medici (gli specializzandi che hanno frequentato le scuole dall'anno 1983 al 1991) ... Il perdurare del comportamento omissivo produce una violazione ininterrotta del diritto altrui e, perciò, un danno permanente, con il conseguente decorso del termine di prescrizione dal momento dell'esaurirsi della permanenza, cioè dal momento in cui cessa il protrarsi della condotta volontaria che determina tale situazione lesiva

Purtroppo, il citato indirizzo di giurisprudenza è rimasto isolato nel panorama delle decisioni che hanno interessato la materia. Ma da ciò, ad avviso di chi scrive, è possibile trarre un dato assai confortante, poiché è dimostrato come l'argomento sia in continua e lenta evoluzione come il costone di un vulcano il cui aspetto si modifica ad ogni eruzione in attesa che si esaurisca l'attività magmatica, ed agli uomini non è dato altro che attendere per colonizzarne quegli spazi di risulta. Perciò, alla stregua delle superiori considerazioni, agli specializzati negli anni anteriori al 1990/91 non rimane che aspettare tempi più maturi, giacché, come è ormai noto, le lungaggini processuali, che caratterizzano la funzione giurisdizionale, pur pregiudicandone gli effettivi risvolti pratici non sono suscettibili di essere censurati. Come dire, lo Stato può tardare e sbagliare, ai cittadini, invece, non è concessa la stessa facoltà. Tuttavia, è il caso di ricordare ai burocrati, che la pazienza è un po' come un gelato al sole: si scioglie con celerità, e quando si scioglie sporca tutto.



Il corso all'Ospedale Papardo di Messina.

INSUFFICIENZA MITRALICA Strutturale e Funzionale

Dalla diagnosi al trattamento chirurgico.

*Organizzato dai responsabili della U.O. di Cardiocirurgia
e della S. S. di Chirurgia Ricostruttiva della Mitrale*

Gli aspetti morfo-funzionali, la diagnosi ecocardiografica, il tempo ottimale per intervenire, l'assistenza perioperatoria, la fibrillazione atriale associata, le tecniche chirurgiche ricostruttive e le prospettive future sono stati i temi trattati al Corso sull'Insufficienza Mitralica che si è svolto il 6 Aprile presso la sala convegni dell'Azienda Ospedaliera Papardo. Numerosi partecipanti (medici, studenti, infermieri e tecnici) hanno seguito con interesse gli argomenti di grande attualità e di alto livello scientifico trattati dai cardiologi, dai cardiocirurghi e dai cardiocardiologi del Papardo, moderati nella I sessione dal Doll. Grassi, direttore della U.O. di Cardiologia e nella II sessione dal Doll. Mazzei, direttore della U.O. di Cardiocirurgia. Dopo il saluto del direttore sanitario, doll. Longo, è stato il doll. Mazzei ad introdurre il Corso sottolineando i traguardi raggiunti dalla U.O. di Cardiocirurgia di Messina all'interno della quale, da qualche mese, è stata istituita una Struttura Semplice di "Chirurgia Ricostruttiva della Mitrale" affidata al doll. Giovanni Salamone. Dopo la presentazione degli aspetti morfo-funzionali della valvola mitrale visti dal cardiocirurgo, il doll. Salamone ha sottolineato l'importante ed indispensabile ruolo degli Ecocardiografisti nella pratica di questa particolare chirurgia.

Sono quindi seguite le importanti relazioni dei cardiologi. La Rosa e doll. Mangano sulla valutazione ecocardiografica dell'entità del rigurgito e dei meccanismi anatomico-funzionali dell'insufficienza mitralica. Particolarmente vivace la discussione sul tempo ottimale per intervenire introdotta dal doll. Grassi ed arricchita dalle tante domande dei partecipanti. Alla fine della I sessione, la relazione del doll. Busà sulla terapia elettrica della fibrillazione atriale associata. Ad aprire la II sessione è stata la cardiocardiologa dott.ssa Zucchetto che ha parlato del monitoraggio e dell'assistenza perioperatoria. Il doll. Salamone ha quindi presentato le più moderne tecniche riparative della mitrale, con suggestive immagini video di interventi eseguiti al Papardo e ha anticipato le prospettive future di questa chirurgia, sulla base dei dati di una eccezionale sperimentazione che si sta svolgendo nei più prestigiosi centri di cardiologia e di cardiocirurgia del mondo. Il trattamento chirurgico della fibrillazione atriale è stato il tema della relazione del doll. Castorino, che ha mostrato lo stato dell'arte di questa chirurgia. A concludere la vivace ed interessante mattinata è stato un entusiasta doll. Mazzei che, dopo aver moderato la discussione sulle relazioni della II sessione, ha sottolineato il ruolo della U.O. di Cardio-



chirurgia da lui diretta non solo nella terapia, ma anche nella ricerca di tecniche ed indicazioni ottimali soprattutto nelle forme di insufficienza mitralica funzionale che rappresentano una patologia emergente ed una sfida per il cardiocirurgo ed il cardiologo impegnati nella gestione clinico-terapeutica di questi pazienti. "La cardiocirurgia del Papardo - ha comunicato il dott. Mazzei - partecipa ad uno studio multicentrico sull'insufficienza mitralica al quale aderiscono alcuni tra i più importanti centri cardiocirurgici europei e nordamericani." "L'insufficienza mitralica - ci dice il dott. Giovanni Salomone - è una valvulopatia che ha spesso un decorso clinico insidioso, esposto al rischio di decisioni terapeutiche errate. Quando compaiono i sintomi frequentemente si è già instaurata una disfunzione del ventricolo sinistro. Per questo motivo, l'orientamento attualmente più seguito è quello di trattare precocemente i pazienti con valvulopatia mitralica riparabile. Purtroppo non tutte le insufficienze mitraliche possono essere riparate, la fallibilità dipende dall'eziologia, dalla tipologia e dall'estensione delle lesioni valvolari. È noto che le forme degenerative mixomatose sono quelle che meglio si prestano alla chirurgia ricostruttiva. La decisione del timing chirurgico, guidato dai dati forniti dall'esame ecocardiografico, necessita comunque di un'ottima interazione fra paziente, medico di base, cardiologo e cardiocirurgo."

È se l'obiettivo primario di questo Corso era quello di partecipare a medici e infermieri lo stato dell'arte della gestione clinico-terapeutica e le prospettive diagnostico-terapeutiche innovative interna di insufficienza mitralica, siamo certi che è stato pienamente raggiunto.

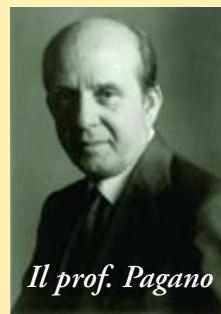
CASTROREALE cittadinanza onoraria al Prof. PAGANO e al Prof. D'AMICO

Andrea, Direttore del Dipartimento di Scienze Chirurgiche dello stesso ateneo, il quale relazionerà sul tema "La chirurgia ed il chirurgo nel terzo millennio".

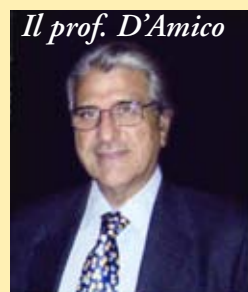
Questa onorificenza è stata assegnata, in occasione della decima edizione del Premio di Medicina "Dott. Giuseppe Campo" che si svolge ogni anno a Castoreale.

La cittadinanza onoraria è stata conferita anche al prof. Francesco Pagano nativo di Pace del Mela già direttore del dipartimento di Urologia dell'Università di Padova.

Sabato 20 maggio, ore 18.30, la cittadinanza verrà tributata al Prof. Davide D'Amico, originario di Mazzarrà S.



Il prof. Pagano



Il prof. D'Amico

Quando il cuore del medico supplisce alle carenze strutturali

L'esperienza in Somalia

in un ospedale fatiscente

* di Stellario **CAPILLO**

L'interesse e quindi la scelta del servizio volontario medico in paesi che versano in condizioni di estrema carenza sanitaria nasce da un percorso interiore, personale e di equipe.

La possibilità di attuare un progetto di aiuto sanitario è comunque risultato della "donazione" incondizionata delle nostre competenze mediche in un clima di totale condivisione e, quindi, non trasferimento da chi sa a chi non sa per mera gratificazione personale. La scelta delle strategie e del tipo di approccio metodologico ha tenuto conto di precedenti esperienze:

1. scelta dell'obiettivo: persone povere e disagiate che richiedono cure mediche, sfruttando sedi e contesti suggeriti da missioni cattoliche ed ospedali retti da religiosi;
2. approccio diretto alla persona, non prescindendo mai da questa, per raggiungere e trattare la malattia;
3. sviluppo di un'opera di divulgazione di nozioni e metodi sanitari a colleghi ed operatori sanitari del posto, al fine di evitare il puro assistenzialismo;
4. rispetto delle usanze e del pensiero della gente del posto;
5. scelta di trattamenti consoni alla situazione socio-igienica locale ed alla gestione in loco del periodo post-operatorio, onde evitare azioni mediche incongrue perché puramente speculative o ancor peggio sperimentali
6. ricorrenti momenti di autoverifica per la correzione in corso d'opera delle strategie adottate.

Scenario: una grande città-baraccopoli situata al nord della Somalia: Galcayo. In questa città il Dr Abdul sta creando poco a poco, con fatica e sacrificio e con l'aiuto di colleghi ed amici italiani, un ospedale ed un poliambulatorio, che purtroppo sono operativi solo quando lui ed i volontari che di volta in volta lo accompagnano vi si recano, mentre l'ospedale civile di Galcayo è una struttura vetusta e fatiscente (costruito dagli italiani negli anni trenta, all'apparenza mai imbiancato e dove è possibile vedere pazienti sdraiati per terra nell'attesa di ricevere le cure).

La missione umanitaria ha avuto inizio il 7 ottobre u.s. da Lamezia: raggiunta la Somalia passando per la Svizzera e per il Kenia, dopo un breve momento per analizzare la

situazione, si è dato inizio all'attività vera e propria. Giornalmente venivano visitati 15-20 bambini. Appena entrati, i piccoli sgranavano i loro occhioni bianchi, più evidenti sul visino nero, con un atteggiamento in bilico tra il pianto di terrore alla vista di una faccia bianca e il sorriso in risposta a quello dell'esaminatore. Una caramella era spesso utile prologo all'iniziale tentativo di comunicazione. L'interprete era una giovane donna, Maria. Sempre elegante con la sua borsetta e il Chador scuro, mostrava sul bel viso i segni evidenti di una vita sofferta. Sposata con un medico italiano ancora giovanissima e trasferitasi in Italia, aveva gustato gli agi di una vita comoda e dignitosa. Dopo la separazione coniugale, il rientro in Somalia, le nuove nozze e due figli durante i lunghi anni di guerra; eccola ora, vittima, come tanti somali, delle continue scorrerie di guerriglieri che entravano nelle case deprestando tutto. Oggi è poverissima.

In ambulatorio, ancora in fase di ristrutturazione, le condizioni igieniche erano carenti. Non vi era acqua per lavarsi dopo le visite. Vi erano comunque guanti monouso (forse poco adatti per l'approccio ai piccoli pazienti ma indispensabili vista la situazione a rischio). Non vi erano teli puliti per coprire la lettiga né detergenti per la pulizia della stessa. I bambini erano spesso sporchi, pieni di polvere (lì la polvere non è associata all'idea di sporcizia, anche perché la si trova ovunque), sudati e per il caldo e perché coperti da più strati di indumenti in fibra sintetica. Anche le bambine indossavano il Chador ed ostentavano un senso estremo di pudicizia. Una bimba ad esempio, si vergognava di farsi visitare le gambette e la mamma, ascoltandola, sorrideva, orgogliosa di ciò.

Gli adulti avevano volti tristi, non inclini a facili ringraziamenti, provati da anni di guerra; entravano senza salutare ed uscivano allo stesso modo. Pochissimi i farmaci a disposizione e, tra questi, pochi con formulazioni pediatriche, così che era difficile dosarli ed adattarli alle esigenze dei piccoli pazienti. Le farmacie, che sembravano e spesso anche lo erano, delle botteghe, risultavano carenti di tutto. Meno male che avevamo portato con noi una scorta, spesso ci rammaricavamo del fatto che avremmo potuto portare un determinato farmaco anziché un altro (con il senno di poi). Non essendoci un controllo periodico da parte di un pediatra, i genitori volevano



spesso essere rassicurati sulle condizioni generali e sullo sviluppo dei loro piccoli. Numerosi i quadri malformativi dell'apparato urinario, in particolare: ben cinque casi di estrofia vescicale, dato che necessita di opportuni approfondimenti epidemiologici. Molti casi di Tuberculosis e malaria con i loro esiti e tanti bambini con malattie dermatologiche.

Alla stregua delle recenti iniziative avviate nei nostri ospedali, è stato curato l'aspetto dell'umanizzazione. Realizzati alcuni disegni, questi sono stati riprodotti in affresco da un artista del posto sulle pareti delle stanze di degenza. Ricordo con piacere la vista di un bimetto al quale era stata applicata una fleboclisi con soluzione glucosata e che, dopo essere riuscito a distaccare il ciucciare direttamente quel liquido zuccherino. L'attività operatoria è stata voluta fortemente da Abdul per far fronte alle numerose ed impellenti richieste ed ai casi di pronto soccorso. Si operava di notte per sfruttare le temperature più sopportabili. I ginecologi oltre ai parti cesarei (numerosi a causa dell'infibulazione di cui le donne erano vittime), dovevano far fronte a molte problematiche secondarie sempre a mutilazioni genitali rituali (cisti, fistole retto o uretro-vaginali). Per quanto riguardava i bambini, molti i casi di ernia inguinale, ombelicale, calcolosi vescicale, casi di addome acuto.

La cosa più pesante da sopportare è stata quella di non potersi muovere liberamente. La

vita si svolgeva in ambulatorio al mattino, dalle nove fino alle due, le tre del pomeriggio. Per tutti i nostri spostamenti dall'albergo dove eravamo alloggiati, venivamo scortati da soldati armati messi a nostra salvaguardia dal papà di Abdul (in Somalia vi sono molti integralisti e non esiste ancora un servizio di ordine pubblico).

Di contro abbiamo avuto il privilegio di assistere ad un momento storico per questo paese, martoriato da decenni di sanguinosa guerra: l'elezione del primo Presidente della Repubblica, accolta da un tripudio generale. Il presidente tra l'altro è originario di Galcayo e vede di buon occhio l'opera umanitaria promossa da Abdul. Abbiamo assistito ai festeggiamenti. Sembrava la festa generale e coinvolgente per la vittoria dell'Italia ai mondiali. L'unico problema era che i botti erano generati da colpi di armi da fuoco in possesso alla maggior parte della gente. Non potendo socializzare con la gente, al di fuori di brevi momenti durante le visite,

abbiamo fatto un po' di amicizia con i soldati che ci scortavano, ma tra di loro solo il buon Abdul parlava qualche parola di inglese.

Ogni giorno lo stesso programma di lavoro, senza riposo domenicale. Secondo quanto riferitoci da Abdul, le persone del posto sono state molto colpite dalla gratuità del nostro gesto e dal fatto che cristiani hanno aiutato dei mussulmani, sottoponendosi per un po' ad alcuni dei loro stessi disagi. Non sono mancati purtroppo alcuni casi di urgenza che ci hanno impegnato anche durante la notte. E cio' è successo fino all'ultimo istante della nostra permanenza in Somalia. Stavamo quasi per imbarcarci alla volta dell'aeroporto, quando un'auto ha frenato accanto al nostro pulmino. Quella gente stava trasportando un malato grave, probabilmente una perforazione intestinale. E' stato triste constatare che, non avendo più realmente la possibilità di operare, il destino di quella persona era sicuramente segnato. Infatti, una volta partiti da noi volontari, l'Ospedale della Comsed chiude perché non vi sono medici che vi lavorino stabilmente al di fuori di un neurochirurgo che svolge attività ambulatoriale.



*Stellario Capillo,
Giuseppe Stranieri
e Roberto
Spiritosanto, già
allievi
del prof. G. Romeo
presso l'Istituto di
chirurgia pediatrica
dell'Università*

Il viaggio di ritorno è stato un po' roccamboloso. L'aeroporto si trova in un'area desertica fuori della città, attorniato da campi sconfinati pieni di spazzatura. A quanto pare, la Somalia è stata utilizzata come discarica per rifiuti di dubbia natura provenienti da altre nazioni. Lì attorno, ma anche in città, gli alberi sembrano morti, quasi tutti pieni di brandelli di plastica che svolazzano un po' ovunque, probabilmente derivanti da tentativi d'incenerimento di rifiuti. Quegli alberi "di plastica" sembrano monumenti che esprimono la sofferenza della natura solidale, anche in questo, con l'uomo (qua sofferente). Sull'aereo eravamo seduti a terra e sui bagagli, sorvolando per quattro ore il deserto. Eravamo molto preoccupati ma tenevamo per noi la paura, per non impensierire gli altri. Durante tutta la permanenza in Somalia, ci siamo sostenuti a vicenda, specie nei momenti più difficili e questo è stato uno degli aspetti più belli e positivi dell'esperienza.



Determinante è stato per noi medici il fatto che si sia data priorità all'aspetto umano, con la conseguente creazione di un ambiente sereno, il che ci ha permesso di lavorare al meglio. Abbiamo lavorato con entusiasmo, insieme, con empatia e per obiettivi comuni, senza quell'odiosa conflittualità, tipica delle nostre latitudini. Non fini speculativi ma pura medicina e un rapporto ottimale medico-paziente. UNA MEDICINA CHE RIPORTA ALL'UOMO E CHE RIPORTA L'UOMO ALLA SUA VERA DIMENSIONE. Partire dall'uomo per arrivare alla patologia è stato un percorso oltremodo affascinante.

Al rientro in Italia ci siamo strenuamente impegnati a sollecitare le Autorità competenti al fine di rendere operativo un piano di trasferimento - da Galcayo a Catanzaro - di un gruppo di bambini somali, affetti da patologie complesse che non potevano essere trattate in loco e precisamente:

- 4 casi di estrofia vescicale (1 deceduto prima di poter essere trasferito)
- 1 caso di intersex con ipospadia prossimale
- 2 casi di labiopalatoschisi
- 3 casi di cardiopatia congenita (due deceduti nei mesi seguenti prima di poterli trasferire)
- 1 caso di osteolisi multiple tibiali di ndd
- 1 caso di neoformazione che fuoriusciva dall'orbita destra (deceduto prima di poterlo trasferire)



L'iter è stato lunghissimo e per tanti mesi infruttuoso fino a quando, lo scorso settembre, una Delibera della Regione Calabria (DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 24 ottobre 2005, n. 928) ci metteva in grado di rendere operativo il trasferimento dei piccoli malati.

Come conseguenza di ciò, il collega somalo Abdul Kadir provvedeva ad organizzare una rapida missione riuscendo a portare in Italia i bimbi, ridotti a 8 e dislocati in due diversi ospedali calabresi: 4 presso l'Ospedale di Cosenza e 4 presso il nostro Ospedale di Catanzaro. Due di questi bambini (Osman e Yasin) presentavano patologie di pertinenza chirurgico-pediatria.

Osman viene a ricovero presso la nostra U.O. in data 11.12.2005 per estrofia della vescica in forma classica (coinvolgente la vescica in toto) con normale corredo gonadico e, verosimilmente, normale assetto cromosomico. In data 11.01.2006 è stato sottoposto a derivazione urinaria interna continente secondo Mainz II pouch con riparazione dell'epispadia in tempo unico.

Yasin è venuto alla nostra osservazione in quanto presentava genitali esterni a sviluppo ambiguo con orificio urinario esterno rintracciato sul piano perineale.

In data 23.12.2005 è stato trattato con ricostruzione dei genitali esterni in senso maschile.

In Africa abbiamo conosciuto persone capaci di fare grandi cose con pochi strumenti. È facile dalle nostre parti fare il medico con tanta tecnologia a disposizione. In Italia si è trattato di organizzare al meglio una gestione ospedaliera idonea, basata sul coinvolgimento della Croce Rossa e sulla fattiva collaborazione di gruppi di volontariato. Dal punto di vista scientifico, è stato necessario creare un gruppo di studio regionale per la Calabria, al fine di definire la strategia chirurgica più idonea al trattamento di casi così complessi. Totale la disponibilità di tutti i colleghi coinvolti a vario titolo: Chirurghi Pediatri, Pediatri, Nefrologi, Rianimatori. A parte l'encomiabile dedizione dimostrata dal personale infermieristico.

Nel nostro futuro guardiamo con entusiasmo a nuovi progetti di collaborazione medica sempre in Somalia, valutando una possibile azione anche a Nairobi. Sarà anche nostra cura quella di stringere più stretti legami con colleghi che già hanno operato in zone del mondo "disagiate", molti dei quali li abbiamo conosciuti durante il primo congresso "Chirurghi Pediatri Italiani per il terzo mondo" organizzato dall'equipe del prof. Franchella di Ferrara. Guardando dentro noi stessi alla fine di questa meravigliosa esperienza, ci siamo chiesti



se tutti gli sforzi compiuti fossero realmente valsi a qualcosa. In verità non ci sentiamo totalmente carichi e felici, anche se crediamo fermamente in un Dio che sa valorizzare tutto, anche i fallimenti e le opere incompiute, facendo nascere fiori dalle pietre. A noi tutti questi bambini, venuti in Calabria per essere aiutati, hanno dato qualcosa : ci hanno concesso il privilegio di assaporare il gusto vero della solidarietà autentica. Sarebbe auspicabile un tavolo comune di lavoro ed incontri periodici per i colleghi interessati e/o già impegnati nell'aspetto della cooperazione sanitaria con i paesi in situazioni di indigenza (al nord già esistono) per mettere in comune le esperienze già fatte ed approfondire temi attinenti per trovare insieme, accanto al "cuore", strategie più idonee per far fronte alle problematiche medico-chirurgiche specifiche per quelle zone. Tutto ciò affinché si possano dare risposte mirate ed appropriate, arginando i, speriamo rari, tentativi di strumentalizzazione di una nuova frontiera che deve restare "pura" e vederci impegnati insieme a dare il meglio di questa nostra stupenda professione.

CORSO DI AGGIORNAMENTO LA RINOSSETTOPLASTICA

Si è svolto all'Unità operativa complessa di otorinolaringoiatria del Policlinico il corso di aggiornamento su "La rinoplastica oggi" promosso dal prof. Francesco Galletti, direttore della clinica O.R.L.

L'evento è stato inaugurato con una tavola rotonda che ha registrato la presenza di medici, specializzandi e specialisti della materia. Dopo i saluti del prof. Cosimo Galletti, presidente onorario del Corso, ha dichiarato aperti i lavori il prof. Francesco Galletti che nel suo intervento ha rievocato la tradizione fortemente voluta sin dagli anni '80, dalla scuola messinese di otorinolaringoiatria, dell'organizzazione di manifestazioni a carattere didattico, scientifico e pratico volte all'aggiornamento medico su tematiche di particolare interesse ed in fervida evoluzione nella disciplina otorinolaringoiatrica. Particolarmente sentito il ringraziamento rivolto a tutti i presenti nonché al personale medico, amministrativo e paramedico del reparto per la quotidiana attività di collaborazione prestata all'interno della clinica O.R.L.

Il prof. Vincenzo Pucci, primario dell'Unità operativa complessa dell'Ospedale di Castellammare di Stabia si è incentrato sulle modalità di comunicazione da adottare con i pazienti che intendono sottoporsi ad un intervento chirurgico di rinoplastica. In particolare ha evidenziato la relatività del concetto di bellezza e l'esigenza di uno spontaneo e non condizionato consenso del paziente che deve essere informato in ordine ai risultati ed alle aspettative conseguenti all'intervento chirurgico di rinoplastica.



di Silvana **PARATORE**

Ha suscitato altresì particolare attenzione la prolusione del Prof. Bruno Galletti, direttore della scuola di specializzazione in O.R.L. dell'Università di Messina che si è soffermato sulle tecniche aperte e chiuse della Rinoplastica. Egli l'ha definita come uno dei più antichi procedimenti chirurgici la cui finalità è la correzione di anomalie nasali funzionali ed estetiche. Essa tende, ha detto, all'armonizzazione delle dimensioni e della forma del naso alle caratteristiche del viso.

Il prof. Galletti si è poi incentrato sulle tecniche e sugli approcci chirurgici per via endonasale e esterna attraverso incisione trans columellare. Ha sostenuto che la scelta del tipo di abordaggio chirurgico è stata per lungo tempo oggetto di controversie e che il moderno rinocirurgo non dovrà saper contrapporre le due tecniche ma in base alle proprie esperienze, dovrà utilizzare il metodo che possa determinare il miglior risultato possibile.

La storia della rinoplastica, ha aggiunto il prof. Galletti, ha insegnato che l'evoluzione di una disciplina scientifica si verifica attingendo dal quotidiano rinnovamento del proprio bagaglio culturale contenente tutte le conoscenze derivanti dallo studio, dall'osservazione e dall'intuizione.

L'esecuzione, infine, di interventi in videochirurgia in diretta e l'utilizzo di diapositive concernenti la presentazione di casi clinici in programma chirurgico ha consentito ai partecipanti al corso una maggiore facilità didattica e la possibilità di incrementare attraverso un quotidiano e costante rinnovamento delle conoscenze sul tema, l'amore e la passione per la medicina.