



Maggio  
Giugno  
2006 **3**

Le Borse di Studio Silvana Cavaleri

Prestazioni dei colleghi europei

Protocollo d'intesa Ordine-Avis

Malattie renali in aumento

Oncologia, innovazioni biomolecolari

Iniziativa della Lidap

Corretta ricerca della talassemia

Progetto Albatros

Ipertensione e colesterolo

Mezzo secolo dell'Ortopedico di Ganzizzi

Cresce la presenza "rosa" nella sanità



sommario





## RIQUALIFICARE

# GLI STANDARD OSPEDALIERI

Il rapporto medico-paziente al centro del Convegno di Primavera, una giornata di lavori in riva allo Stretto che ha visto insieme il 13 maggio al Teatro Vittorio Emanuele, rappresentanti nazionali della classe medica, giornalisti ed esponenti del mondo della sanità per parlare di centralità della persona soprattutto sul fronte della sanità dove è necessario recuperare un nuovo rapporto di fiducia e offrire al cittadino un'assistenza più in linea con le aspettative di benessere di ciascuno e più efficace sul piano organizzativo per ridurre al minimo il disagio di chi si rivolge ai presidi ospedalieri. Ma anche per qualificare gli standard operativi e parametrarli a quelli delle strutture più moderne e attrezzate.

Ne hanno parlato nei loro interventi il presidente dell'Ordine dei medici Nunzio Romeo che ha aperto il convegno; il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici Amedeo Bianco; l'on. Eolo Parodi, presidente della Fondazione Enpam, il sindaco on. Francantonio Genovese, il rettore dell'Università

Francesco Tomasello. Argomenti sviluppati nella mattinata e ripresi al pomeriggio con la tavola rotonda moderata dal giornalista di "Panorama" Edmondo Rho.

Si allunga la vita media; è ragionevole aspettarsi un aumento notevole dei novantenni nel volgere di pochi anni; la tecnologia e i progressi scientifici dell'ars medica suggeriscono percorsi diagnostici e terapeutici nuovi per molte malattie. Occorre allora sviluppare processi di recepimento capaci di risposte più rapide, adeguamenti in tempi più accettabili per una società che produce e si comporta ormai in modo accelerato nella routine che ciascuno sperimenta col proprio lavoro. Con una tensione umaniz-

zante che deve far sentire il paziente perno dell'attenzione. <Portare negli ospedali i criteri dell'accoglienza alberghiera> ha suggerito l'on. Parodi.

Parte centrale della mattinata la consegna da parte dell'Ordine dei medici di un riconoscimento (la riproduzione in oro della Chiesa di Montalto) all'arcivescovo mons. Giovanni Marra, <per avere con la sua tensione morale e l'opera pastorale, costituito un faro di riferimento per amministratori e cittadini>.. Poi la consegna delle "Borse di studio Silvana Cavaleri" ai ragazzi vincitori dei licei Maurolico e La Farina.

Nella tavola rotonda del pomeriggio, sono intervenuti: Mario





# Un rapporto "ostacolato"

di Eolo PARODI

**L**a questione del rapporto medico-paziente e della sua centralità nel paradigma della medicina chiama in causa due ordini di problemi: uno propriamente filosofico che concerne

Negli ultimi decenni i risultati conseguiti dalla ricerca medica, sostenuta dal progresso tecnologico e informatico, hanno notevolmente amplificato le possibilità diagnostiche e di intervento terapeutico, prova ne è il generale innalzamento della speranza di vita.

Tuttavia l'acquisizione di nuove modalità e possibilità di intervenire sull'uomo esige da parte della comunità medico-scientifica e dell'intera società l'assunzione di una responsabilità tanto più ponderata quanto più è incisiva la capacità dell'intervento.

Ed infatti più eclatanti sono i traguardi scientifici raggiunti, più urgenti e diversificate sono le questioni etiche per le quali è necessario cercare soluzioni condivisibili, che esprimano la volontà programmatica di costruire un paradigma in grado di concludere la complessità della medicina quale disciplina scientifica.

A questo proposito dunque non è ozioso sottolineare il fondamento etico-antropologico della medicina, quanto cioè ne rappresenta l'atipicità rispetto alle altre scienze "dure" o esatte. Tale peculiarità discende dal suo oggetto, l'uomo nelle condizioni di benessere e di malattia, e dal suo scopo, la salute intesa come completo benessere fisico, psichico e sociale, e quindi la prevenzione e la cura delle malattie, nel pieno rispetto della dignità della persona. In questo quadro, difendere il rigore scientifico e metodologico, sostenere la verificabilità empirica dei fenomeni e dei risultati non implicano necessariamente l'adesione cieca a una concezione meccanicistica della medicina. Questa concezione non solo inaridisce la disciplina, ma la disattende nella sua vocazione primaria, riconducendola a una visione riduzionistica della natura umana.

la definizione della natura umana e della stessa medicina come scienza, e uno più propriamente politico, inteso non nel senso ideologico di una vocazione partitica, ma nel significato di gestione della salute e della professionalità medica.

Tralasciare le questioni teoriche per il timore di incorrere in sterile dottrina di fronte all'evidenza, da un lato, delle patologie, dall'altro, dei progressi scientifici rischia di occultare il pericolo tutt'altro che marginale di una scienza *ancilla* della tecnica, contribuendo così a risolvere la complessa dinamica del rapporto tra scienza e tecnica in favore decisamente di quest'ultima.

Non possiamo dunque esimerci dalle grandi discussioni di ordine teorico, dai dibattiti sul rapporto tra progresso scientifico ed etica, per conoscere il presente e prospettare nuovi scenari futuri, per la medicina e per l'uomo.

Cavaleri (Gazzetta del Sud); Gustavo Barresi (presidente ospedalità privata); Nino Sciré, (presidente nazionale Associazione sanità isole minori); Lilly Cavallario (presidente Ammi); Stenio Marino (presidente Fondazione cultura e salute); Fabrizia Lattanzio della Pfizer, (in rappresentanza della vicepresidente di Farminindustria Maria Pia Ruffilli); Francesco Trimarchi (ordinario di endocrinologia dell'Università..





Ma non si può pensare che ci sia reale progresso nel concepire il corpo come un insieme di componenti esclusivamente biologiche, e la salute e la malattia come due condizioni contrapposte nelle quali non abbiano alcun peso altri fattori quali l'ambiente, gli stili di vita, la cultura, il vissuto emozionale e psicologico.

Perché, dunque, la tecnica non travalichi i confini della sua specificità

definitoria dell'essere strumento, "fare" e "saper fare" subordinato all'uomo e alla scienza, è necessario ricordare che è la scienza il luogo della ricerca e del pensiero, pertanto è la scienza che, definendo gli scopi, stabilisce i limiti del "fare". Per ripensare a una integrazione sistematica tra la dimensione naturalistica e quella umanistica è necessario reintrodurre nell'enunciazione dei principi e degli obiettivi fondanti della disciplina la centralità della relazione tra medico e paziente, secondo una prospettiva che sia espressione dei mutamenti culturali e sociali dell'epoca nella quale viviamo.

I punti cardine, strettamente interrelati, sui quali è opportuno focalizzare l'attenzione sono tre: la comunicazione; la prassi del consenso informato; la dimensione deontologica.

Già nell'antichità la tradizione mitologica e il pensiero filosofico riconobbero nella "parola" la caratteristica distintiva dell'uomo rispetto agli altri esseri animati, quella che definisce la cifra dell'humanitas rispetto alla ferinitas in senso sia antropologico che sociale.

Alla retorica classica si deve, invece, l'intuizione che "parlare" equivale ad "agire" e che la "parola", similmente ad altre forme di "azione", è in grado di incidere profondamente nella realtà determinando modificazioni nell'assetto degli eventi. Nella prassi diagnostica e terapeutica, la comunicazione tra medico e paziente non ha dunque solo valore conoscitivo nel momento dell'informazione - e già questo aspetto sarebbe sufficiente a ribadire la centralità - ma è anche un "agire" terapeutico che costruisce una salda alleanza, perché la condizione di salute, alla quale medico e paziente tendono, con motivazioni e modalità differenti, è un'acquisizione dinamica e multidimensionale, ovvero fisica, psicologica, spirituale e sociale.

L'interpretazione del rapporto medico-paziente esclusivamente nei termini della prassi informativa, lontana da quella dimensione "calda" dell'interazione che è precipua alla "comunicazione", rischia di vanificare gli stessi presupposti giuridici del consenso informato, orientandone le finalità sull'applicazione di

una procedura burocratica cautelativa, fredda e stereotipata, piuttosto che sulla tutela della salute nella sua accezione più ampia di integrità fisica e psichica.

La norma giuridica del consenso informato, così intesa, non fa che alimentare la frattura del rapporto fiduciario tra medico e paziente, soprattutto in un'epoca, come quella attuale, di globalizzazione dell'in-



*Parterre di autorità al Teatro Vittorio e Eolo Parodi durante il suo l'intervento*

formazione, con usi talvolta distorti del tema "salute".

Ed infatti la grande eco che i mezzi mediatici danno ai progressi delle scienze mediche se per un verso hanno accresciuto il livello di consapevolezza da parte della popolazione sui risultati della ricerca in campo diagnostico e terapeutico, dall'altro hanno contribuito certamente ad aumentare il grado di vigilanza sulla prassi medica (von Engelhardt, 1999).

Questo atteggiamento di controllo e talvolta di sospetto non sempre è sostenuto da un livello di conoscenza qualitativamente adeguato.





*Il sindaco  
Genovese,  
Parodi,  
Bianco, e  
Nunzio  
Romeo  
durante  
il suo  
intervento.*

Al clima di sfiducia, di "malasanità", che sempre di più rischia di diventare fenomeno mediatico, generato dal difficile equilibrio tra quantità delle informazioni e qualità dell'informazione, equazione purtroppo disattesa in ogni campo del sapere, ha contribuito anche un certo tipo di medicina sempre più tecnicista, che non accetta di abdicare di fronte al limite della finitezza della vita umana.

Tuttavia l'accettazione di un "limite" da parte della medicina, lungi dal segnare la resa del medico di fronte a ciò che non può curare, ne rappresenta il punto di forza, come uomo e come medico, se diviene l'habitus consapevole e responsabile di chi, in alcuni casi, può consegnare solo una risposta che è scritta nella vita stessa.

La capacità del medico sta dunque anche nel saper cogliere la complessità della condizione umana, risolvendo la asimmetria della relazione con il paziente nella dimensione deontologica. È questa dimensione che gli consente di agire nel rispetto della specificità dei singoli casi. La necessità di ritor-



nare a un rapporto individualizzato, costruito attorno al paziente, alla sua storia, è invocata da più parti, ed è sempre più comprovata dall'esperienza clinica e dalla eterogeneità delle emergenze sanitarie. La risposta alla condi-

zione dell'essere malato è rilevante tanto quanto i sintomi stessi della malattia, di cui è importante recuperare sul piano teorico e pratico il legame con la dimensione percettiva da parte di chi ne è colpito. Ad esempio, i malati di tumore, diversamente dagli infartuati, per i quali l'aver superato la fase acuta diviene quasi un motivo di vanto e la dimostrazione della loro resistenza coriacea, con estrema difficoltà, e talvolta con assoluta reticenza, parlano della loro condizione.

Questa esigenza di riscoprire e rifondare la cultura umanistica applicata alla medicina comincia ad essere accolta anche dalle stesse università attraverso la promozione di curricula formativi e master specializzazione nelle cosiddette Medical Humanities. Si tratta di iniziative importanti che testimoniano se non ancora un'inversione di tendenza di certo una posizione ben precisa, l'atteggiamento di chi pensa a costruire una nuova "cultura medica".

Tuttavia siamo solo agli inizi, perché non si può pensare a una vera umanizzazione della scienza medica, se non si realizza una svolta radicale nel modo di orientarne le finalità, ampliando la base di intervento decisamente nella direzione della prevenzione. Ed infatti l'eccessiva tecnicizzazione della medicina, così come gli impieghi non razionali dell'ingegneria genetica rischiano di interpretare il corpo e il concetto di salute sempre più in chiave meccanicistica, e di orientare paradossalmente i possibili interventi in senso terapeutico piuttosto che realmente preventivo. L'attualità del dibattito sul tema del rapporto medico - paziente testimonia la presa di coscienza da parte della classe medica e della stessa utenza di un problema di incomunicabilità e di spersonalizzazione della medicina.

Fin qui abbiamo considerato soprattutto le questioni di ordine teorico, che investono la definizione della scienza medica e dei suoi scopi: il ruolo dominante della tecnica, favorito dal peso incondizionato attribuito al progresso scientifico; la carenza di un controllo qualitativo sul flusso di informazioni reperibili, promosse dai media, che spesso contribuiscono a creare un clima di sfiducia nei confronti del medico, inficiando quell'alleanza terapeutica necessaria tra medico e paziente.

Esistono però fattori ostativi che impediscono una gestione efficace della salute e della professionalità medica, fattori che chiamano in causa, piuttosto, l'altro versante del problema, non meno rilevante - al





quale ci siamo riferiti nell'introduzione - e cioè quello più propriamente politico. La costruzione di una medicina "sociale", garante del rispetto di uguaglianza in materia di diritto alla salute, si scontra, ancora e oggi sempre di più, con forze economiche e politiche che esercitano pressioni disgreganti sulla gestione della salute.

E così si richiede al medico di divenire homo economicus e di qualificare le proprie prestazioni nei termini di una compatibilità economica spesso inadeguata, perché limitata. In quest'ottica la burocrazia non è più uno strumento-funzionale a una razionale amministrazione del sistema delle cure, ma piuttosto una procedura cavillosa, onnipervasiva, che pone il medico nella condizione frustrante di "giustificare", invece che "gestire", e lo allontana sempre di più dai suoi pazienti.

Priorità e obiettivi di una politica sanitaria apartitica. Quando dalla riflessione teorica sul paradigma della scienza medica si passa alla progettazione di strategie relative alla gestione della salute, si entra nel merito di decisioni che a vari livelli, nazionale e internazionale, in ambiti diversi, scientifico e sociale, investono la sfera della governance e della politica.

Ma la politica della salute deve essere aliena da logiche di parte o al più essere il luogo di convergenza delle posizioni partitiche, al fine appunto di predisporre un modello organizzativo socio-sanitario il più possibile adeguato alle esigenze dei cittadini. La difficoltà di rendere i cittadini tutti uguali nell'accesso alle cure e al progresso scientifico e tecnologico rischia di diventare il paradosso dirompente della

sanità anche nei paesi industrializzati. Ed infatti il problema dell'allocazione delle risorse economiche destinate alla spesa sanitaria e alla ricerca scientifica può incidere pesantemente sul

*Il rettore Tomasello, il sindaco Genovese, i presidenti Parodi e Bianco*



*L'ass. Liliana Modica, la prof. Chiara Genovese, il giornalista Edmondo Rho, la prof. Rina Leonardi e il preside Pio Lo Re*

principio universalistico del diritto alla salute, rendendolo sempre di più un diritto "finanziariamente condizionato".

D'altra parte non si può dimenticare che l'economia rappresenta uno strumento necessario allo sviluppo della medicina, in termini di produzione di tecnologie, di strumenti diagnostici e di mezzi terapeutici. Com'è possibile allora rendere le scelte economiche





*Cavaleri, Bianco, Scirè, Rho, Trimarchi e Barresi durante la tavola rotonda*

compatibili con le prioritarie esigenze del cittadino di fronte alla malattia? Come può il medico svolgere l'importante ruolo di mediazione e di sintesi nell'impiego delle risorse disponibili?

Innanzitutto è necessario partire dal presupposto che la spesa sanitaria non può sottostare al principio di "realizzare il maggior beneficio al minor costo", ma piuttosto a quello di "realizzare benefici al costo che risulta indispensabile" o - quando ciò non sia possibile in funzione delle risorse disponibili. Una strada percorribile in tal senso è senza dubbio ridurre le aree di spreco e razionalizzare le risorse, attraverso una programmazione costruita induttivamente a partire dalle reali esigenze dei cittadini e dalle reali emergenze sanitarie.

In tal senso la riorganizzazione su base regionale del sistema sanitario, in un quadro di federalismo sanitario con forti vincoli solidaristici, rappresenta una risposta senza dubbio adeguata.

Ma la riforma del Titolo V della Costituzione impone una sollecita e condivisa riscrittura delle competenze dello Stato e delle Regioni. Certo per primi i Parlamentari dovranno accettare l'idea di spogliarsi di alcune prerogative e di rinunciare a porzioni del potere legiferante: non possiamo pensare a una condizione di conflittualità permanente tra Stato e Regioni che non può, se non in alcune vicende e verso alcune Regioni, essere liquidata con sussiego, come strumentale e dai contorni politici ideologici (Parodi, Pasini, 2005). Alle Regioni compete l'onere di migliorare la qualità delle prestazioni, attraverso la riorganizzazione territoriale dei servizi, l'eliminazione netta delle aree di spreco e la razionalizzazione della spesa; viceversa al Ministero della Salute spetta la funzione di raccordo con le direttive europee, di indirizzo alle Regioni nonché di garanzia del rispetto del principio di uguaglianza su tutto il territorio nazionale in materia di diritto alla salute (Parodi, Pasini, 2005).

L'accoglienza nel sistema delle cure  
L'umanizzazione delle cure, considerata nei suoi

aspetti teorici e pratici secondo la prospettiva della valorizzazione del rapporto fiduciario medico - paziente, ha importanti ricadute sulla gestione e l'organizzazione dell'accoglienza nel sistema delle cure. In altre parole, così come si è detto nell'introduzione, la scelta di uno specifico approccio alla medicina, piuttosto che di un altro, non investe solo la sfera "privata" della relazione tra medico e paziente, ma un ben preciso modo di organizzare e gestire la rete a cui è demandato il compito dell'accoglienza, e i vari momenti in cui questa si dispiega, come ad esempio gli ospedali, i distretti sanitari, i presidi e i servizi sanitari deputati all'emergenza.

Per poter pensare a un sistema funzionale che risponda realmente alle esigenze dei cittadini è necessario un processo riformatore, organico e sistematico, che veda coinvolte tutte le strutture in gioco e tutto il personale sanitario, medici (medici e odontoiatri) e infermieri.

Il rapporto fiduciario si costruisce anche attraverso una riorganizzazione delle strutture di accoglienza, che dovranno lavorare in

sinergia: centri di eccellenza, consono a regole e parametri internazionali, distretti con servizi integrati socio-

sanitari, poliambulatori specialistici, presidi territoriali di primo soccorso e presidi sanitari, fortemente ancorati al territorio con ampio coinvolgimento sul piano assistenziale dei medici di famiglia.

In particolare il rispetto della persona e della sua dignità rende necessaria la riorganizzazione dei nostri ospedali in strutture ricettive i cui servizi siano ispirati a logiche di tipo alberghiero, con un personale sanitario capace di interpretare al meglio lo spirito di accoglienza.

Certamente abbiamo di fronte uno scenario complesso e in rapida trasformazione, nel quale i medici dovranno avere coscienza del loro ruolo centrale nel farsi anche e soprattutto promotori di una nuova "cultura medica".



*Fabrizia Lattanzio (Pfizer) e Lilly Cavallaro (Ammi).*



Foto di gruppo dei premiati con l'arcivescovo e i presidenti Bianco e Romeo

## La consegna delle "Borse di studio Silvana Cavaleri" Premiati quindici liceali di Maurolico e La Farina

Coprotagonisti del convegno gli studenti dei licei Maurolico e La Farina vincitori delle Borse di studio intitolate alla signora Silvana Romeo Cavaleri (nella foto) assegnate a sei ragazzi del liceo Maurolico e tre del La Farina. Su aspetti attinenti a quello del convegno, e quindi sulla centralità dell'uomo, soprattutto quando presenta momenti di vulnerabilità, i ragazzi sono stati impegnati nelle settimane precedenti in un elaborato scritto valutato da una Commissione. Il preside del liceo La Farina, prof. Pio Lo Re, ha presieduto la cerimonia di premiazione, affiancato dalle signore Chiara Genovese, Rina Leonardi, Maria Morgante, Liliana Modica, Eugenia Romeo, Francesca De Domenico, Giusi Merlini; dalle docenti della commissione Antonella Vadala e Antonella Dragotto; dall'avv. Giuseppe Santoro in rappresentanza della Fondazione Bonino Pulejo; dal dott. Giuseppe Pedullà per l'Istituto Ict; dal presidente dell'Ordine degli ingegneri



Liliana D'Andrea (Maurolico), Ornella De Luca (La Farina), Domenico Pellegrino (La Farina), Serena Tiano (Maurolico), Dario Scutteri (La Farina) per il Ginnasio. Per la sezione liceo Manuela Pollicino (Maurolico), Emanuela Andriolo (Maurolico) e Luca Longobardo (Maurolico). Quest'anno sono state assegnate anche sette menzioni speciali per elaborati particolarmente

Arturo Alonci; dal presidente dell'Ordine dei veterinari Salvatore Polino; dal vicepresidente dell'Ordine degli architetti, Giovanni Lazzari. E ancora, per le borse intitolate a Pinella Campanello Brancatelli, da Maria Chiara Brancatelli e da Antonino Caponetti. I premi sono andati a: Ilaria Fagnani (Maurolico), Giu-





## Riconoscimento dei medici a Mons. Marra



*La consegna della targa all'arcivescovo mons. Giovanni Marra da parte del presidente nazionale della Federazione degli Ordini Amedeo Bianco e del dott. Romeo*



meritevoli agli studenti Luisa Briguglio (La Farina), Francesca Coppini (Maurolico), Claudia Ierace (La Farina), Davide Marino (Maurolico), Diletta Longo (Maurolico), Luca Longobardo (Maurolico) e Daria Costanzo (Maurolico).

La terza edizione del "Convegno

di Primavera" si è aperta con due sonate mozartiane eseguite dal pianista David Carfi, anticipazione dei concerti per l'anno mozartiano in corso nel salone degli specchi della Provincia.



*Alcuni momenti della cerimonia per le Borse di studio: la consegna da parte delle prof. Chiara Genovese ed Elisa Manzelli e del presidente dell'Ordine Veterinari, Salvatore Polino*



# Prestazione di servizi da parte di cittadini comunitari obblighi, responsabilità del direttore sanitario

I mezzi di informazione evidenziano sempre più spesso casi di esercizio abusivo della professione da parte di cittadini comunitari sprovvisti del relativo titolo di studio.

La Federazione è preoccupata di questa situazione e, in particolare, dei rischi cui vanno incontro i cittadini. A tal fine, richiama l'attenzione degli Ordini sul corretto esercizio della professione da parte dei cittadini di Paesi membri dell'Unione Europea.

Ai sensi dell'articolo 14 del D.Lgs 17 agosto 1999, n. 368, i cittadini comunitari possono effettuare prestazioni di servizi, con carattere occasionale, senza essere iscritti all'Albo professionale italiano, il successivo articolo 15, peraltro, impone al medico, cittadino comunitario, l'autorizzazione in via preven-

tiva, da parte del Ministero della Salute.

In caso di urgenza, la richiesta motivata di autorizzazione deve essere presentata subito dopo l'effettuazione della prestazione e, comunque, entro il termine di 15 giorni.

Incombe al direttore sanitario della struttura, ove il medico, cittadino comunitario, intenda effettuare prestazioni di servizi, verificare il possesso dei requisiti per l'esercizio della professione.

In caso di carenza dei titoli per l'esercizio della professione, il direttore sanitario è soggetto all'applicazione dell'articolo 8 della L. 175 del 1992, con la relativa sanzione dell'interdizione dalla professione per un minimo di un anno.

## Determinazione dell'addizionale sui premi assicurativi INAIL delle gestioni industria e medici Rx per la copertura del danno biologico per l'anno 2004.

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 113 del 17 maggio 2006 è stato pubblicato il decreto 20 gennaio 2006 recante "Determinazione dell'addizionale sui premi assicurativi INAIL delle gestioni industria e medici Rx per la copertura del danno biologico per l'anno 2004.

Il decreto è stato emanato dal Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n. 38 del 2000, che, ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie sociali, definisce il danno biologico come lesione all'integrità psicofisica della persona, suscettibile di valutazione medico legale.

Il decreto in oggetto prevede che per l'anno 2004 l'addizionale sui premi assicurativi di cui all'art. 13, comma 12, del decreto legislativo n. 38 del 2000 sia determinata per le gestioni industria e medici Rx nella misura pari a 0,32 del premio assicurativo dovuto per il medesimo anno 2004.

## Già disponibile la 1ª 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



# Prelievo organi e tessuti

*Modifica e integrazione delle tabelle dei servizi e delle discipline*

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 82 del 7 aprile 2006 è stato pubblicato il decreto del Ministero della salute 18 gennaio 2006 recante «Modifica ed integrazione delle tabelle dei servizi e delle discipline equipollenti e delle tabelle delle discipline affini. (Prelievo organi e tessuti).

Il decreto in oggetto è stato emanato al fine di provvedere alla integrazione delle tabelle, previste dal D.M 30 gennaio 1998 e dal D.M 31 gennaio 1998, relative ai servizi, alle specializzazioni equipollenti e alle specializzazioni affini, per inserirvi l'Attività di

coordinamento di prelievo di organi e di tessuti, rilevata la sua specificità e la sua attinenza a varie figure professionali provenienti da diverse discipline.

In particolare pertanto l'art. 1 del provvedimento prevede che l'Attività di coordinamento di prelievo di organi e di tessuti sia inquadrata nell'Area di sanità pubblica nella disciplina di Direzione medica di Presidio ospedaliero.

## Medico e infermiere: due professioni, due ruoli

"La FNOMeO, alla luce delle recenti dichiarazioni di rappresentanti nazionali IPASVI, tendenti a valorizzare il ruolo dell'infermiere nel campo della "prevenzione, dell'educazione sanitaria, della cura e della riabilitazione", ritiene opportuno puntualizzare come l'autonomia professionale dell'infermiere debba necessariamente integrarsi con le competenze del medico.

In particolare in ambito territoriale, il ruolo fiduciario

del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta rappresenta l'elemento fondante di garanzia rispetto ad un'attività svolta integrando le competenze e le autonomie professionali dei diversi operatori, tra i quali l'infermiere rappresenta un riferimento insostituibile, e va evitata ogni equivoca sovrapposizione dei ruoli.

Il medico rimane comunque il garante dell'educazione sanitaria, della cura e della riabilitazione del cittadino che lo sceglie e gli si affida".



## Rivalutazione rendite dei Medici colpiti da malattie e lesioni causate da raggi X

Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 113 del 17 maggio 2006 è stato pubblicato il decreto 20 settembre 2005 concernente la "Rivalutazione delle prestazioni economiche dell'INAIL in favore dei medici colpiti dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive, con decorrenza 1° luglio 2005". Il decreto è stato emanato dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e il Ministro della Salute in attuazione dell'art. 5 della Legge 10 maggio 1982, n. 251 e dell'art. 11 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38, che prevedono rispettivamente la riliquidazione e la rivalutazione annuale delle rendite in favore dei medici colpiti da malattie e lesioni causate dall'azione dei raggi X e delle sostanze radioattive. Il decreto in esame, pertanto, fissa in 45.092,29 con effetto dal 1° luglio 2005, la retribuzione annua da assumersi a base per la liquidazione delle rendite di cui all'oggetto.

## Privacy Slitta il regolamento sui dati sensibili e giudiziari

Con decreto legge n. 173 del 12 maggio 2006, entrato in vigore il successivo 13 maggio c.a., il termine per l'emanazione dei regolamenti concernenti il trattamento dei dati sensibili e giudiziari è prorogato al 31 luglio 2008.

Le indicazioni date con la comunicazione n. 28 del 10 maggio 2006 sono tuttora valide e devono intendersi quali linee-guida di autoregolamentazione.

Pertanto, gli Ordini che le hanno adottate non devono annullare la relativa deliberazione, mentre quegli Ordini che, a tutt'oggi, non hanno provveduto in tal senso, possono soprassedere, fermo restando l'obbligo della scrupolosa osservanza dei dettami di cui al decreto legislativo n. 196 del 2003.



Ordine e Avis hanno siglato un'intesa che riportiamo qui di seguito;  
 "In considerazione che - la donazione del sangue nella nostra città continua ad essere un problema importante per vari aspetti di ordine sanitario, scientifico e sociale;  
 - che l'autosufficienza in unità di sangue, emocomponenti ed emoderivati, obiettivo inseguito da anni, non è ancora stato raggiunto l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Messina, l'AVIS Comunale di Messina e la Fondazione Cultura e Salute ONLUS sottoscrivono un protocollo d'intesa finalizzato ad accrescere nella città

## Protocollo d'intesa tra AVIS e Ordine

di Messina la cultura della donazione del sangue. Saranno particolarmente curati i seguenti aspetti:  
**Comunicazione.** Diffondere l'attività del volontariato del sangue promosso dall'Avis di Messina presso tutti i medici, e quelli di famiglia, in particolare, con le forme ed i modi previsti dalla Fondazione CULTURA e SALUTE ONLUS  
 L'Avis Comunale, in

collaborazione con la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, si impegna a preparare un opuscolo riassuntivo con le informazioni aggiornate sulla donazione da distribuire presso tutti gli studi dei medici di famiglia.

**Formazione.** Predisporre percorsi formativi, inseriti nell'ambito della ECM, finalizzati alla promozione della donazione del sangue ed indirizzati a tutti i medici (ospedalieri, del territorio, dei servizi, della sanità militare).

**Educazione.** Partecipazione alla Giornata Nazionale della donazione del sangue ed alla Giornata Universitaria con gli studenti di medicina.

**Informazione.** Costituzione di un gruppo di lavoro misto tra Avis Comunale di Messina e La Fondazione CULTURA e SALUTE di Messina che si riunisca periodicamente (almeno due volte l'anno) per lo scambio di notizie di carattere scientifico, legislativo e sanitario e per la eventuale predisposizione di iniziative comuni per la tutela della salute dei cittadini."

## Modifica allegato 3 della Circolare n. 1157/05 recante Codifica delle condizioni di esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria

Con riferimento alla Circolare n.

1157/05, pubblicata sulla GURS n. 4 del 25/01/2005.

recante "Codifica delle condizioni di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria" e le successive modifiche ed integrazioni, questi i codici da utilizzare per le sottolencate categorie:

- Codice "D01" per il personale militare o civile operante nell'area balcanica e loro familiari che si

sottopongono alla campagna di monitoraggio, ai sensi della Legge n. 27 del 28/02/2001 e nota assessoriale prot. Dirs/2/1740 del 04/05/2004 limitatamente a quelle prestazioni previste nel protocollo operativo.

- Codice "D01" per i pazienti affetti da prurigo nodularis ai sensi del brig. n. 7460 del 23/02/2006.

- Codice "PML" esclusivamente per il personale navigante e solo per gli accertamenti prescritti ai tiri medico legali.

Al fine di dirimere alcuni dubbi interpretativi segnalati per le vie brevi si coglie l'occasione per specificare alcuni aspetti in ordine alla compilazione della nuova ricetta SSN:

- Codifica delle esenzioni per patologia di cui ai punti 6 e 7 dell'Allegato 3 alla Circ. 1157/05 e successive modifiche e integrazioni: per le prescrizioni di farmaci di classe "C" con obbligo di ricetta medica alle categorie di soggetti identificati con i codici "G01" e "G02" si ricorda che deve essere sempre posta sulla ricetta SSN la dicitura per comprovata utilità terapeutica" così come previsto dalla Legge it 203/2000.

- Compilazione dei campi facoltativi: Le ricette che contengono i dati anche nei campi la cui compilazione risulta facoltativa (es. la sigla della provincia in caso di paziente residenti o la firma dell'assistito nel campo dell'autocertificazione) possono essere spedite e rimborsate.

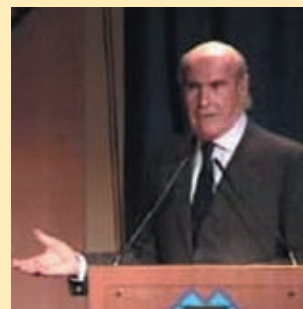




## Veronesi: più diagnosi precoce nella lotta ai tumori

La popolazione, e le donne in particolare, chiedono servizi di diagnosi precoce accessibili e senza liste di attesa. Così Umberto Veronesi. Per l'oncologo il futuro della lotta al cancro non va affidato soltanto alla ricerca, ma alla politica, alla sanità pubblica e alla capacità di rispondere ai bisogni della popolazione. Prevenzione e diagnosi, dicono gli esperti, sono strumenti decisivi per raggiungere nei prossimi

10 anni l'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tumori del 10%.



## 8° Congresso nazionale Goim Dalle innovazioni biomolecolari all'applicazione clinica



Si svolgerà dal 18 al 21 giugno l'VIII Congresso Nazionale GOIM "dalle innovazioni biomolecolari e tecnologiche alla applicazione clinica" che si terrà presso il Centro Congressi del Policlinico.

Il prof. Vincenzo Adamo è stato chiamato a presiedere all'evento scientifico insieme al Presidente Prof. Giuseppe Colucci ed al Consiglio Direttivo del Gruppo oncologico Italia Meridionale.

Anche in questa occasione, come consuetudine, la scelta degli argomenti va di pari passo con l'importante cammino scientifico in campo oncologico oggi sempre più veloce sotto la spinta delle incalzanti innovazioni biomolecolari e tecnologiche. Ciò rende particolarmente stimolante ed affascinante il difficile compito di oncologi medici che non può e non deve prescindere dalla più alta missione intesa come applicazione clinica mirata al controllo della malattia neoplastica ed all'incremento di vite salvate.

I temi infatti che verranno trattati sottoforma di letture magistrali, simposi, dibattiti e di tavole rotonde saranno un momento di importante aggiornamento e verifica di

dati scientifici, in cui il contributo della Oncologia Medica dell'Italia Meridionale negli ultimi venti anni è stato di grande rilevanza.

Ha detto Adamo: «Avremo con noi illustri Colleghi impegnati in ambito nazionale ed internazionale nella ricerca biomolecolare e nella ricerca clinica su patologie di grande rilevanza sociale come il carcinoma mammario, il carcinoma ovarico, le neoplasie colo-rettali, le neoplasie del polmone, ed il carcinoma del rene, per i quali sarà data particolare attenzione alla presentazione dei più recenti studi nazionali ed internazionali.

Ampio spazio sarà dedicato nel corso dei lavori scientifici agli aspetti biomolecolari della crescita, dei meccanismi di controllo della cellula neoplastica e delle più recenti acquisizioni in tema di terapie targeted. E' prevista inoltre una importante parte innovativa dell'evento sottoforma di confronto delle esperienze dei gruppi cooperativi oncologici italiani che costituiscono oggi nel panorama europeo, e non solo, un punto di riferimento scientifico di grande rilievo.

Infine, come di consueto, grande rilevanza sarà data alla presentazione di contributi scientifici originali con la presenza di più sessioni dedicate a comunicazioni selezionate».

Il programma si presenta innovativo, stimolante e completo.



# Il ruolo della chirurgia tradizionale nel trattamento del carcinoma mammario

\* di Raffaele SALADINO

Il trattamento chirurgico del carcinoma mammario è strettamente legato alle diverse teorie formulate, nell'800 e nel 900, circa le modalità di diffusione della malattia, evolvendosi di pari passo con esse. Nell'800 Handley, con la sua teoria meccanicistica, sostenne che il tumore si originasse in un unico focolaio e si diffondesse, esclusivamente, per via linfatica. Inoltre ritenne sia che i linfatici loco-regionale fossero dei veri e propri filtri delle cellule neoplastiche in grado di bloccare l'ulteriore diffusione della malattia, sia che la diffusione, per via emetica, avvenisse molto tardivamente, ossia in fase pre-terminale, convinto, in particolare, che la permeazione linfatica si verificasse soprattutto nei piani fasciali profondi. Tale teoria fu alla base dell'intervento di mastectomia radicale ideato da Halsted (professore di chirurgia al John Hopkin Hospital di Londra nel 1894). Essa consiste nell'asportazione in blocco della mammella con una abbondante losanga di cute, dei muscoli grande e piccolo pettorale e del tessuto linfoadiposo interpettorale e ascellare. Successivamente, però, Halsted, rite-

nendo che tale intervento fosse incompleto propose la mastectomia allargata, che comportava l'asportazione anche dei linfonodi sovraclavicolari e mammari interni. Quindi la mastectomia radicale rappresentò, per parecchi decenni, il trattamento di elezione per il cancro della mammella. Tuttavia gli effetti collaterali di tale trattamento quali: la deformità della parete toracica, il linfedema dell'arto in numerosi casi e, soprattutto, la mancata riduzione, come invece si sperava, dell'incidenza di morte dei pazienti, diedero impulso a nuove ricerche tendenti a mettere a punto trattamenti che permettessero di ottenere gli stessi risultati terapeutici ma con approcci chirurgici meno aggressivi e mutilanti. Così Gray, negli anni trenta del secolo scorso dimostrò che, nelle fasi iniziali di evoluzione locale, il principale sistema di diffusione linfatica non era la permeazione, come sosteneva Handley, bensì l'embolizzazione. Questa scoperta indebolì il presupposto teorico della mastectomia radicale e contribuì alla messa a punto, da parte di Patey in Inghilterra e, successivamente, di Madden negli USA, della mastectomia radicale "modifica-



ta". Tale intervento prevedeva l'asportazione in blocco di tutta la mammella, della fascia del grande pettorale, che viene risparmiata e del tessuto linfoadiposo dei tre livelli ascellari, con o senza asportazione del muscolo piccolo pettorale. Fondamentale per l'evoluzione del trattamento chirurgico del carcinoma mammario furono gli studi dei fratelli Fischer (1967), i quali dimostrarono che i linfonodi non erano delle vere e proprie barriere contro la diffusione neoplastica e che il carcinoma mammario è una malattia sistemica in quanto le cellule tumorali si disseminano regolarmente a distanza del tumore, prima ancora che la malattia sia evidenziata. La teoria plurifocale ed ematogena di Fischer ha permesso di mettere a punto la "quadrantectomia" e a partire dagli anni '80 del secolo scorso, il sempre più frequente impiego della strategia conservativa associata a radioterapia, la riduzione delle dissezioni ascellari grazie allo studio dell'infonodo sentinella e l'impiego della chirurgia plastico-rico-



struttiva dopo interventi demolitivi e/o conservativi. Quindi oggi l'approccio chirurgico per il carcinoma della mammella è quanto più possibile conservativo, sia a livello locale che regionale. Allora alla luce di quanto detto ci si chiede lecitamente quale sia odiernamente, il molo della chirurgia tradizionale nei riguardi di tale patologia. In effetti ci sono delle condizioni che richiedono ancora oggi, necessariamente, l'uso della chirurgia tradizionale, a tale riguardo, è noto che, l'impostazione terapeutica della neoplasia mammariadipende da più fattori quali: - le dimensioni del tumore- l'età della paziente e la sua familiarità per cancro della mammella - la sede della neoplasia nel parenchima mammario - lo stadio della malattia e a livello loco-regionale e a livello sistemico perciò ci sono dei casi in cui

è strettamente necessario usare la terapia chirurgica demolitiva. Ad esempio se si ha un tumore invasivo di dimensioni superiori a 2 cm in una paziente giovane, che interessi soprattutto i quadranti interni, si richiede tale terapia.

Ancora la terapia chirurgica demolitiva si richiede in maniera assoluta nei seguenti casi:

- primo o secondo trimestre di gravidanza
- precedente radioterapia sulla regione mammaria
- multicentricità
- microcalcificazioni diffuse di natura sospetta e in maniera relativa in questi casi:
- difficoltà ad ottenere buoni risultati estetici per: 1) rapporto tumore/mammella sfavorevole; 2) neoplasia localizzata in sede retroareolare
- storia di malattie vascolari del collagene

- estesa componente intraduttale
- rifiuto della radioterapia o dell'approccio conservativo da parte della paziente

- grave insufficienza respiratoria. Inoltre nei casi localmente avanzati, con infiltrazione neoplastica del muscolo grande pettorale, si esegue, rigorosamente, la mastectomia radicale sec. Halsted. Mentre nelle recidive dopo chirurgia conservativa è indispensabile procedere ad una mastectomia di "salvataggio". Da quanto detto si evince come la chirurgia tradizionale dia un importante contributo, anche ai nostri giorni, nella lotta per debellare il carcinoma mammario e garantire alla donna una buona qualità di vita.

\* Responsabile Chirurgia 2° Istituto Ortopedico del Mezzogiorno d'Italia Messina - Ganzirri.



Saha,  
Bellinghieri,  
Kopple,  
Scribano,  
Saglikler,  
Andreucci

## Malattie renali in aumento Cresce il numero degli obesi e degli ipertesi

*Programmi di interventi nei paesi in via di sviluppo*

GIARDINI NAXOS - Di prevenzione nel campo della sanità si parla sempre più frequentemente e c'è un campo, quella della nefrologia, dove questa parola assume un significato pratico e salvifico: analisi dell'urina e controllo della pressione arteriosa per scoprire in tempo un'eventuale malattia del rene e quindi di poter intervenire con farmaci che proteggono questo organo fondamentale, cioè gli ace-inibitori e i sartanici.

Un banale controllo da fare almeno una volta all'anno, per affrancarsi dal rischio della malattia cronica che poi diventa più difficile debellare e che, nella fase più acuta sfocia nella dialisi. Un tunnel da cui si esce solo con il trapianto, quando è possibile, ma che per molti si rivela tragico ancor prima. Si fa rilevare infatti che un soggetto di 64 anni con cancro alla prostata vive più a lungo di uno in dialisi; stessa cosa per una donna ultrasessantenne con tumore al seno.

Dati evidenziati nell'ultima giornata della Conferenza internazionale della Federazione dei nefrologi di tutto il mondo che a Giardini Naxos hanno insistito molto sui programmi di prevenzione e sulla necessità di coinvolgere i governi di quei paesi dove il Servizio sanitario non assicura il trattamento di dialisi perché troppo costoso; paesi dunque dove il soggetto con uremia grave è condannato a morte.

<La dialisi è da temere più di alcuni tipi di tumore - dice lo statunitense prof. Sudhit Shah, presidente della Internazionale federation of kidney foundations - e i governi di molti paesi devono fare ancora tanto, visto che il 10 % della popolazione mondiale accusa una malattia del rene. E il dato è in aumento perché cresce la popolazione degli anziani, degli obesi e dei diabetici e il diabete può danneggiare il

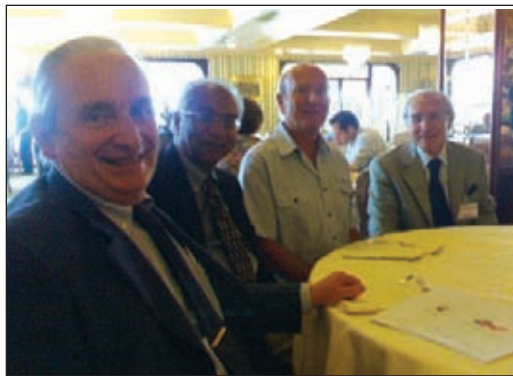
rene. E non è da sottovalutare che i pazienti affetti da tale patologia presentano da 5 a 19 volte di più il rischio di complicazioni cardiache>.

Dal congresso di Giardini Naxos, presieduto dal prof. Guido Bellinghieri dell'Università di Messina, dunque parte un allarme: potenziare gli screening di massa, con controlli che costano certamente meno di quanto costa alla società un malato che finisce in trattamento di dialisi; attenzione all'obesità che cresce tra la popolazione giovanile ed è un fattore di rischio.

In questo senso si sta adoperando l'Associazione internazionale dei nefrologi presieduta dal prof. William Couser che di recente ha preso contatti con il Ministero della salute di alcuni paesi, l'ultimo dei quali il Mozambico per programmi su vasta scala., oltre che proseguire nell'attività di aggiornamento degli specialisti con seminari in loco e coinvolgendoli in corsi di aggiornamento presso le migliori università.

Al l'assise di Giardini Naxos, ad esempio, erano presenti anche medici iraniani, due donne, che hanno parlato della realtà nel loro paese dove la dialisi è un costo che il malato deve affrontare da solo. L'Associazione presieduta a Couser conta 78 società nazionali di nefrologia e nove mila iscritti.

Quanto ai trapianti - ha fatto notare Shaul Massry, docente a Los Angeles, decano della Nefrologia mondiale,- il futuro è nel maiale: cinquanta anni dopo il primo trapianto di rene (nel 1954 tra due gemelli, il che ha evitato problemi di rigetto, che oggi praticamente non esistono più grazie a un cocktail di farmaci)) si sta lavorando sugli xenotrapianti e il rene







come il cuore del maiale presentano similitudini con quello dell'uomo. Resta il problema infettivistico su cui si è a buon punto col trattamento genetico.

Durante la cerimonia di inaugurazione, presenti il preside di Medicina dell'Università di Messina Emanuele Scrivano e il presidente dell'Ordine dei medici Nunzio Romeo, sono stati consegnati alcuni riconoscimenti a personalità che si sono particolarmente distinte in questo ambito. Sono stati premiati gli statunitensi William Couser e Sudir Shah e l'australiano Tim Matheus.

Gli italiani invitati a relazionare, oltre a Bellinghieri e al segretario della Conferenza, Vincenzo Savica, sono stati: Vittorio Andreucci, Pietro Castellino, Giuseppe Costantino, Natale e Rosamaria De Santo, Domenico Di Ladro, Maria Gabriella Gentile, Maurizio Li Vecchi, Agostino Mallamace, Santino Morabito, Giuseppe Quintalini, Biagio Ricciardi, Domenico Santoro.



Bellinghieri premia Couser

Congresso interregionale siculo-calabro FEDERSPeV

## Il pensionato oggi: modo di vivere ...peso sociale ...capacità di dare

Il 23. Settembre 2006, su mandato della FEDERSPeV nazionale, la Sezione FEDERSPeV di Messina organizza un Convegno interregionale Siculo-Calabro con titolo "il pensionato oggi: modo di vivere,.... peso sociale,.... capacità di dare....".

Il tema mi è sembrato interessante e non solo per la categoria. E' interessante per la classe medica che vede nel pensionato l'uomo con i suoi pieni diritti, capace di chiedere con forza, ma anche di dare. E' interessante per lo Stato, dato l'allungamento della vita media e il numero sempre in crescita ed è interessante per tutti, dato il disagio assai palese che l'anziano prova nel rapporto generazionale in questa società dell'indifferenza. Le relazioni daranno voce ai tanti suoi problemi anche se per motivi di tempo e spazio si soffermeranno sulla salute (età anagrafica... età biologica), sul ruolo dell'anziano nella società di oggi specie nel suo rapporto con i giovani, sulla rispondenza delle pensioni alla richiesta quotidiana. I relatori infatti, un medico, un sociologo, un economista, esporranno i tre aspetti mirando a sottolineare il concetto fondamentale del "vivere gli anni, viverli bene, viverli con i giovani, nel rispetto reciproco, nell'atto del comune interesse con la utilizzazione delle forze che esaltino la figura dell'anziano saggio, utile e del giovane sprone, ma anche discendente". A conclusione sarà stilato un documento che metterà in risalto i punti più salienti ai quali sarà dato ampio spazio e larga diffusione a mezzo della stampa locale e nazionale.

Con il patrocinio di: Provincia di Messina, Comune di Messina, Università di Messina, Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Messina, Ordine dei Farmacisti della provincia di



Messina, Ordine dei Veterinari della provincia di Messina, AMMI, UNIONE Pensionati provincia di Messina. Questo il programma: Ore 9.30 Saluto delle Autorità, Ore 10.15 Introduzione: Prof. Antonino Arcoraci Presidente FEDERSPeV Sez. Prov. di Messina.

COORDINANO: Dott. Benito Bonsignore Presidente FEDERSPeV - Regione Sicilia, Dott. Antonio Mura Presidente FEDERSPeV - Regione Calabria, Ore 10.30: Età anagrafica ... età biologica...

Prof. Vittorio Nicita Mauro Docente di Geriatria e Gerontologia dell'Università di Messina, Ore 11.00: Rapporti generazionali nella società dell'indifferenza, Prof. Carmelo Carabetta Docente di Sociologia dei Processi Culturali e Comunicativi all'Università di Messina, Ore 11.30: Le pensioni e la loro rispondenza alla vita di oggi, Dott. Paolo Quarto Consulente FEDERSPeV Roma, Ore 12.00: Conclusioni e proposta di un documento finale, Prof. Maurizio Ballistreri Docente di Diritto del Lavoro all'Università di Messina, Ore 12.30: Dibattito.

Comitato scientifico: Prof. Arcoraci Antonino, Presidente Prov. FEDERSPeV Messina; Dott. Nunzio Romeo, Presidente Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Messina; Dott. Antonino Abate, Presidente Ordine dei Farmacisti di Messina; Dott. Salvatore Polino, Presidente Ordine dei Veterinari di Messina; Dott. Pietro Milone, Coordinatore Sigle sindacali; Prof. Emanuele Mazzaglia, Consigliere FEDERSPeV Messina; Dott. Paolo Catanoso, Consigliere FEDERSPeV Messina. Comitato Organizzatore: Sig.ra Imma Di Vincenzo Cardia, Sig.ra Renata Lo Re La Fauci, Dott. Pietro Milone, Dott. Francesco Brancato, Dott. Salvatore Restivo. Agenzia Ayrton Messina, Viale della Libertà isol. 518, Tel. 090. 346767.





**C**hi non ha provato almeno una volta nella propria vita una sensazione spiacevole che comunemente viene chiamata panico? Molti credo. Ma il vero disturbo di panico rientra a pieno titolo fra le malattie psichiatriche per delle caratteristiche sintomatologiche neurovegetative, psicosensoriali, cognitive e comportamentali che compromettono la qualità della vita di chi ne è affetto.

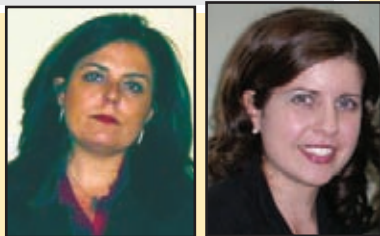
Da Ippocrate ad oggi si sono fatti molti progressi nel tentativo di dare dignità scientifica a dei sintomi che altrimenti non sarebbero stati né capiti né tantomeno curati. Infatti, diverse teorie eziopatogenetiche quali quelle biologiche (catecolaminica, del locus coeruleus, metabolica, falso allarme di soffocamento, GABA-BDZ, genetica, neuroetologica), la teoria psicodinamica, comportamentale e cognitiva hanno



## LIDAP: un percorso integrato verso la libertà dal panico

di \*Mariamalia LA ROSA e \*\*Sarah PIROLLO

contribuito a chiarire il quadro del disturbo. In particolare, la teoria etologica ipotizza che ci sia in alcuni soggetti la tendenza a presentare determi-



nate reazioni in situazioni specifiche che va interpretata come valore ancestrale per la sopravvivenza. Questo modello si concilia con l'ipotesi formulata da D. Klein (1993) del panico come "falso allarme di soffocamento" secondo il quale gli attacchi di panico sarebbero innescati da un'alterazione dei meccanismi fisiologici deputati alla regolazione dell'attività respiratoria con aumento della CO<sub>2</sub> a livello cerebrale che blocca i chemorecettori CO<sub>2</sub> del tronco, inducendo iperventilazione e panico; infatti è un classico la scena del soggetto con attacchi di panico al quale si chiede di respirare in un sacchetto allo scopo di riequilibrare l'ipocapnia periferica e l'ipercapnia centrale transitoria. Questa teoria potrebbe spiegare la tendenza degli attacchi di panico a verificarsi negli stati con alta CO<sub>2</sub>, quali il sonno profondo non-REM ed il rilassamento. Questo meccanismo si innescava per delle strette connessioni tra l'area chemorecettore bulbare ed il Locus Coeruleus che è il centro fondamentale per le funzioni attentive e di allarme. Questo sistema protegge il soggetto da una condizione critica che è l'asfissia e può essere stimolato oltre che da influenze neuro-umoralmente anche da quelle cognitive-affettive, coinvolgendo le vie noradrenergiche (iperattività del

Locus Coeruleus), serotonergiche (attivazione limbica) ed una successiva elaborazione corticale (componente serotonergica, dopaminergica e noradrenergica) sulle quali si interviene con le attuali terapie farmacologiche con SSRI e BDZ (soprattutto paroxetina ed alprazolam).

Tuttavia, l'ansia con le diverse forme con cui può "manifestarsi" nella vita di ognuno di noi sia quella motivata e conseguente ad eventi traumatici della vita che quella degli stati d'ansia generalizzata e quella legata alle ansie paniche e fobiche (attivate dalla parte nevrotica della mente), nonché quella che innesca l'esperienza della dissociazione (attivata dalla parte psicotica della mente) per la condizione di sofferenza e per i vissuti laceranti di solitudine, di rinunce e di isolamento che questa comporta (così come accade in altre "patologie" della mente e del corpo) non può essere risolta con la somministrazione tout court del farmaco. Infatti, al di là (o, forse, sarebbe meglio dire "al di qua") delle diverse teorie etiopatogenetiche, biologiche, comportamentali, cognitive, ecc., che hanno assegnato valore di "sintomo" alle manifestazioni dell'ansia e che hanno ricercato varie cause attribuendole ora a strutture encefaliche ora a neurotrasmettitori ora a istanze psicologiche chi sceglie la professione medica (prima di tutti il medico di base) e si trova a dover "prendersi cura" di una persona abitata o semplicemente visitata dall'ansia si trova di fronte ad una persona sofferente che chiede aiuto e tale richiesta va compresa nella sua drammaticità e complessità. L'efficacia terapeutica dei farmaci va quindi integrata con altri interventi e in primo luogo con la psicoterapia. Questa, laddove si stabilisca una buona alleanza terapeutica, favorirà una trasformazione interiore o, secondo una possibilità minore seppure importante, un miglior rapporto con se stessi e una maggiore consapevolezza delle proprie dinamiche interiori fondamentali e delle dinamiche relazionali con lo psicoterapeuta.

Un altro intervento integrativo di indubbia efficacia terapeutica è offerto dalla Lega Italiana contro i Disturbi d'ansia, di Agorafobia e da attacchi di Panico (L. I. D. A. P.), un'Associazione Nazionale di volontariato, fondata a La Spezia nel 1991, da due anni presente anche a Messina. Questa propone un percorso terapeutico integrativo: i gruppi di auto-aiuto (costituiti da persone che soffrono o soffrivano di "patologie" ansiose) che offrono l'opportunità di scambiarsi vicendevolmente informazioni, conoscenze, sostegno emotivo, feedback, rinforzi positivi e negativi, capacità e strategie comportamentali di controllo e modificazione del comportamento, favorendo l'identificazione con persone percepite come simili a sé e attivando l'immagine interna di guarito/guaritore in chi riveste il ruolo di "helper". Inoltre, la L. I. D. A. P. offre un servizio di ascolto telefonico gratuito. Chi volesse maggiori informazioni può telefonare al Sig. Sebastiano La Spina, socio volontario, tel:338/70.11.593, o visitare il sito [www.lidap.it](http://www.lidap.it) E-mail: [info@lidap.it](mailto:info@lidap.it) \*PSICHIATRA tel. 3478429999 \*\*PSICOLOGA tel. 3478287146



## Inibitori di pompa protonica e appropriatezza prescrittiva

Lo classe degli Inibitori di Pompa Protonica risulta la prima classe seconda la classificazione ATC al quarto livello, come spesa a carico del Servizio Sanitario per un valore di 127 milioni di euro, con un incremento del 2,5% rispetto all'anno precedente, per il SSR.

Questo andamento si evidenzia anche a livello nazionale, con un incremento analogo (2.5 %) per un valore di circa 970 milioni di euro. (fonte dati Sfera). Nell'ottica dell'appropriatezza prescrittiva e della corretta gestione delle risorse del SSR/SSN si segnala la nuova situazione creatasi nella classe degli inibitori di Pompa Protonica. Infatti con la scadenza del brevetto del Lansoprazolo, come pubblicato nel nuovo elenco delle liste di trasparenza AIFA del 15 marzo 2006, vi è una differenza di notevole entità tra il prezzo di riferimento del Lansoprazolo e quello delle altre molecole appartenenti alla suddetta classe e ancora coperte da brevetto, come evidenziato dalla tabella riepilogativa allegata allo presente. Sia come prezzo unitario che come costo per DDD il Lansoprazolo risulta oggi la molecola con il profilo farmoeconomico più vantaggioso della Classe in quanto possiede il più elevato numero di indicazioni con la spesa più bassa.

Si chiede pertanto alle SS.LL di volere diffondere capillarmente la presente di soggetti prescrittori con l'invito a prestare particolare attenzione all'atto della prescrizione, scegliendo per i propri assistiti quelle specialità medicinali che, a parità di indicazioni e profilo di sicurezza, presentino il migliore rapporto costo-beneficio secondo scelta terapeutica.

## Prescrizione corretta ricerca Portatore sano di Talassemia

Ai fini del riconoscimento dello stato di esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di laboratorio necessarie alla ricerca del portatore di TALASSEMIA (solo donne in età fertile o partner di portatori sani), l'Assessore Regionale per la Sanità con DA del



18.12.03, pubblicato sulla GURS 4 del 23.1.04, parte prima, ha disposto il corretto protocollo tecnico diagnostico per la ricerca dello stato di portatore sano di TALASSEMIA e di EMOGLOBINOPATIA ed i relativi schemi di referto.

Pertanto, nei casi in cui vi sia familiarità per talassemia e/o donne durante il primo trimestre di gravidanza - come previsto anche dalla circolare di questo Dipartimento n. 4 del 25.1.05, per i quali si ritenga necessario effettuare gli esami di laboratorio necessari ad individuare lo stato di portatore sano di TALASSEMIA o EMOGLOBINOPATIE, si raccomanda la completa aderenza al protocollo diagnostico individuato con DA del 18.12.03.

Quanto sopra al fine di garantire la piena conoscenza dei dati essenziali onde assicurare la salute del nascituro che potrebbe essere compromessa da risultati falsamente negativi o positivi e/o comunque mal interpretati.

Al contempo, al fine di evitare anche eventuale danno all'Era-rio e richieste di risarcimenti a carico del SSR, è opportuno



QUANTITÀ	CODICE	PRESTAZIONE
1	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI
1	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT,PLT, IND. DERIV. - F.L.
1	90.66.3	Hb EMOGLOBINA A2
1	90.66.4	Hb EMOGLOBINA FETALE (DOSAGGIO)
1	90.66.5	Hb EMOGLOBINE ANOMALE (Hbs HbD HbH ECC...)
1	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO

da eseguirsi a norma del decreto assessoriale del 18.12.03

che gli esami di laboratorio riportino le seguenti prestazioni: I Direttori dei distretti Sanitari delle Aziende UUSLL della Regione Siciliana sono incaricati della notifica della presente disposizione ai singoli Medici di Medicina Generale afferenti al proprio territorio che sono responsabili del relativo corretto adempimento.

## Diagnostica molecolare di malattie endocrine

Il Programma Dipartimentale di Endocrinologia Molecolare Clinica responsabile: prof. Salvatore Benvenga, unità assistenziale afferente all'UOC di Endocrinologia dir.: prof. Francesco Trimarchi dell'A.O. Policlinico Gaetano Martino di Messina comunica di aver superato i requisiti per essere ammesso al Consorzio Internazionale del Feocromocitoma e dei Tumori Neuroendocrini correlati.

Al recente Primo Simposio Mondiale del Feocromocitoma (ISP2005) svoltosi a Bethesda (USA), ha destato interesse il lavoro del prof. Benvenga e dei dottorandi dr. Libero Santarpia (che ha curato la parte laboratoristica) e dr.ssa Daniela Lapa (che ha curato la parte clinica) su una famiglia siciliana con sindrome di von Hippel-Lindau (VHL) di tipo 2C, che è una delle neoplasie a trasmissione ereditaria. La paziente giunta all'osservazione aveva storia clinica di ipertensione arteriosa da feocromocitoma bilaterale comparso in due tempi. Lo studio clinico-laboratoristico effettuato dal gruppo del prof. Benvenga consentì di evidenziare la presenza di paragangliomi multipli e di un meningioma frontale, e di dimostrare una mutazione inattivante del gene VHL in stato di eterozigosi, il che portò allo studio anche dei fratelli e dei genitori. La diagnosi di VHL nella ragazza fu confermata in un ospedale francese presso cui uno dei genitori, di origine francese, preferì far operare la figlia.

I colleghi francesi, però, erroneamente diagnosticarono come normale il padre. Invece, un attento

studio eseguito nei laboratori del Programma di Endocrinologia Molecolare Clinica dimostrò la presenza della mutazione in una piccola percentuale di cellule. Questo dato sostanzialmente confermava una ipotesi formulata, e cioè che il padre avesse una situazione di mosaicismismo genico, così da spiegare la "quasi normalità" clinica del padre stesso. Il lavoro (inserito nella sessione "Avanzamenti Diagnostici" moderata dal prof. Benvenga) è stato molto apprezzato da altri colleghi che, nelle loro casistiche, avevano pazienti con sindrome di von Hippel-Lindau senza "apparente" mutazione del gene VHL, e della quale sindrome non riuscivano a spiegarsi la causa. Pertanto, i colleghi rivaluteranno questi loro pazienti secondo il protocollo "messinese". Infine, insieme ad altri contributi internazionali, il lavoro presentato rafforza il concetto che anche il meningioma debba rientrare a pieno titolo nella gamma di tumori della sindrome di von Hippel-Lindau. [Una seconda famiglia, della Sicilia Occidentale, il cui caso-indice

(/propositus/) esordì con un feocromocitoma bilaterale, è attualmente sotto studio]. A conclusione del congresso, il prof. Benvenga è stato chiamato a far parte del gruppo di esperti internazionali che stilerà il documento di consenso sulle direttive per la diagnosi genetica-molecolare dei feocromocitomi / paragangliomi e dei tumori neuroendocrini correlati.

Il Programma di Endocrinologia Molecolare Clinica è la struttura locale (unica da Napoli in giù) per la diagnostica molecolare endocrina accreditata dalla Società Italiana di Endocrinologia. Tra le strutture italiane è quella che offre il maggior numero di indagini genetica-molecolari attinenti l'Endocrinologia, tumorale e non (dall'ipotiroidismo congenito all'obesità). Il Programma, inoltre, collabora con varie strutture dell'AOU. Per ulteriori informazioni attinenti lo svolgimento di queste ed altre indagini, sia per assistiti esterni sia per assistiti ricoverati in strutture pubbliche o private, contattare il prof. Benvenga al n. 090.221.3517 o per email (sbenvenga@unime.it).



# Progetto "Albatros"

## Una comunità terapeutica per tossicodipendenti a doppia diagnosi

**N**egli ultimi anni nel settore delle dipendenze patologiche ha destato particolare attenzione il concetto di "doppia diagnosi", traduzione dell'espressione "dual diagnosis" utilizzato in primis da alcuni autori americani per definire una concorrenza tra un disturbo psichiatrico e una condizione tossicomana. Il termine presenta una ambiguità di fondo dovuta alla complessità diagnostica dei soggetti che presentano un quadro comorbide: nella maggior parte dei casi non esistono due diagnosi separate, bensì condizioni che si influenzano reciprocamente e quadri molto complessi in cui la tossicodipendenza sembra essere sintomo di una psicopatologia definita. Ad associarsi con l'uso di sostanze non è sempre un quadro psichiatrico conclamato: più spesso condizioni di "confine", cioè quadri intermedi tra le difficoltà di temperamento, delle relazioni e delle psicopatologie, entrano in coinvolgimento e in un labile equilibrio con l'assunzione di droghe, venendone modificati, "cristallizzati", complicati, oppure condotti a lunghi periodi di latenza. Esisterebbe una sorta di patoplasticità in cui il disturbo additivo viene "scorporato", modulato, complicato dalla presenza di un disturbo psichiatrico (Gerra et al. 2002).

La struttura della dipendenza non si accoppia semplicemente con la costruzione psicopatologica ma la rivoluzionerà, cambiandone collocazione, significato e funzionamento mentale, relazionale, esistenziale. Ma soprattutto potenziandola e venendone potenziata all'estremo. Nelle situazioni di doppia diagnosi, perciò, non ci confrontiamo più con una sola struttura psicopatologica o con una struttura più un'altra, ma con un sistema metaorganizzato di due strutture, che è più della semplice somma della struttura psicopatologica più la struttura tossicomana. Questa nuova struttura psicopato-



\* di Mariaelena CORIGLIANO

logica ha un'identità specifica, autoreferenziale e automantenentesi, cementificata, impermeabile e resistente, il che spiega la maggiore gravità delle condizioni di doppia diagnosi. Luigi Cancrini ritiene che si possa "considerare la gran parte delle cosiddette doppie diagnosi come situazioni in cui la gravità del disturbo iniziale di personalità e la mancanza di cure appropriate hanno cronicizzato la condizione di dipendenza... sviluppando situazioni in cui l'uso di droghe non basta più" a fornire livelli minimi di compenso." (Cancrini L., Schiavo delle mie brame, Frassinelli, 2003). Egli pertanto pone l'accento sui disturbi di Asse II, ai quali nella sua prospettiva si sovrapporrebbero, in fase di emergenza psichiatrica, quadri riconducibili a diagnosi di Asse I. E' opportuno non arrivare alla stigmatizzazione del tossicodipendente "doppia diagnosi" e di quello "puro", poiché questo porterebbe a negare il nucleo di sofferenza personale che esiste in ogni dipendenza: è più opportuno evidenziare come in alcuni soggetti questa sofferenza si strutturi in forma di chiara psicopatologia, più o meno coperta dalla droga.

Dalla fine degli anni '90 nell'ambito della comunità terapeutica tradizionale si è osservato un numero crescente di casi per i quali l'approccio "standard" non sembrava dare risultati soddisfacenti: si trattava di soggetti che, oltre a sintomi

psichiatrici specifici, manifestavano importanti difficoltà nell'organizzazione personale, nelle relazioni familiari e sociali, nella gestione di eventi stressanti, nel conformarsi alle regole ed alle richieste dell'ambiente e nel mantenere un lavoro ed un'abitazione. Allo scopo di fronteggiare le esigenze di questi utenti, all'interno del centro di Solidarietà F.A.R.O. di Via S. Jachiddu, Messina, è stato ipotizzato il progetto "Albatros. Una comunità terapeutica per tossicodipendenti a doppia diagnosi", con l'integrazione nell'équipe tradizionale (composta da educatori, operatori "ex utenti" e dallo psicologo), con la figura dello psichiatra con funzione di Responsabile clinico, dello psicoterapeuta individuale e familiare, del supervisore dell'équipe. E' stata creata una sorta di "Comunità nella Comunità", pur nella condivisione di spazi ed attività comuni, al fine di inserirvi quelle persone per le quali il programma tradizionale non fosse risultato indicato, creando per loro un programma individualizzato, attraverso interventi strettamente legati al loro stato personale, seppure in un contesto comunitario con attività terapeutiche ed educative in connessione con gli altri utenti, con regole meno rigide rispetto alla comunità tradizionale, in un'atmosfera di grande accoglienza, differenziando ulteriormente il lavoro con i pazienti psicotici da quello con i pazienti affetti da disturbi della personalità. Il lavoro con i pazienti psicotici deve essere mirato alla comprensione delle proiezioni delle figure interiorizzate della propria famiglia fantasmatica che ogni membro della comunità, ospite od operatore che sia, opera sugli altri membri, creando complesse dinamiche di aspettative, costruzioni percettive e reazioni emotive e comportamentali. L'obiettivo è dunque la modifica delle relazioni interne patologiche del paziente, formatesi nella famiglia d'origine,



e rimesse in atto in comunità, in modo tale da fornire al paziente esperienze che modifichino le sue rappresentazioni interne originarie e i loro schemi relazionali. I pazienti psicotici percepiscono con angoscia una disgregazione del Sé: il senso di Sé trae un importante rinforzo dall'inserimento in un gruppo residenziale, in quanto il gruppo è un importante organizzatore delle coordinate spazio-temporali dell'individuo. Nel gruppo si sviluppa rapidamente il senso di appartenenza e di identità, si riconquista la perdita quotidianità. La capacità che ha il paziente schizofrenico di alimentare diverse, frammentarie immagini di se stesso rende necessario il confronto tra operatori: la formazione di un'immagine più composita del paziente, raggiunta in seno all'équipe si ripercuote positivamente sul paziente; l'integrazione dei vari frammenti della personalità del paziente può avvenire anche dentro il paziente stesso, attraverso l'introiezione costruttiva di questo gruppo di persone che, nella loro diversità, mantengono un legame di stretta coerenza e si occupano di lui senza perdere la propria integrazione personale. Lo psicotico con il suo accanito rifiuto della realtà è alla continua ricerca di personaggi onnipotenti che incarnino il suo "bisogno di non avere bisogni": questo può portare l'operatore ad assumere un ruolo di pigmalione, senza ricorrere all'aiuto dei colleghi, chiudendosi ed evitando il confronto. Nel momento di difficoltà questa mancanza di comunicazione conduce a mancanza di gratificazione: il proprio narcisismo ferito può portare a due vie; o in negativo alle lotte di potere all'interno dell'équipe, alle gerarchizzazioni professionali; o, in positivo, alla ridefinizione della propria identità professionale, attraverso l'intersoggettività, lo scambio, le mutualità. L'équipe deve riuscire ad offrire al paziente una base sicura da cui partire per esplorare la totalità dei suoi bisogni, da quelli di attaccamento-affiliazione, a quelli assertivo-esplorativi, aversivi e sessuali, riducendo la necessità di scindere e rigettare le proprie rappresentazioni mentali incoerenti e temute. Il lavoro con i pazienti con disturbi della perso-

nalità deve essere incentrato sul lavoro di gruppo mirato all'elaborazione delle regole, volta a promuovere una visione non solo di limite esogeno imposto, ma anche di modulatore di impulsi utile per la collettività e per il singolo; il graduale apprendimento di modalità relazionali tolleranti e reciproche, non onnipotenti né manipolatorie; l'orientamento alla scansione di una temporalità condivisibile con gli altri. Alla nascita della "comunità" Albatros si sono presentate alcune difficoltà: in primis la necessità di integrare gli approcci ed i linguaggi delle figure specialistiche con il corpus degli educatori, con le comprensibili iniziali difficoltà di comunicazione legate alle differenti premesse teoriche ed esperienzia-



li; la necessità da parte degli educatori di modificare la metodologia e l'approccio con i "nuovi" utenti: alcuni assunti di base erano invalidati ed alcuni strumenti pedagogici andavano usati con estrema cautela o non usati affatto; il ruolo stesso dell'educatore talora cambiava da quello di figura di riferimento a quello di accompagnamento, passando dal concetto di riabilitazione intesa come recupero della persona e della sua completa autonomia a un ottica di tutoraggio più a lungo termine per persone che difficilmente si sarebbero rese completamente autonome; nuovo dialogo con i servizi, proponendo la disponibilità del nuovo programma non solo ai Ser.t, ma anche ai DSM, ai Servizi Sociali, ai CSSA: la doppia diagnosi favorisce l'apertura di canali comunicativi tra privato sociale e servizi pubblici, al fine di portare alla definizione di stabili protocolli, congiuntamente definiti,

validati nel tempo anche grazie al confronto tra le conoscenze e le esperienze cliniche sperimentate. A riguardo della farmacoterapia, che mi ha coinvolta in prima persona, il primo passo affrontato è stata l'aderenza al progetto terapeutico e farmacologico: il problema fondamentale è stato quello della mancata compliance. L'insubordinazione del paziente tossicomane è legata al rapporto privilegiato con l'oggetto droga, che è la sua "cura" e gli fa sperimentare una interpretazione nuova di se stesso, come migliore: il cambiamento del senso del proprio vivere nel mondo è il cuore di ogni dipendenza. Se ciò è valido per tutte le tossicodipendenze, lo è a maggior ragione nel caso di persone portatrici di sofferenza psichica, per le quali si giunge al paradosso di un raggiungimento di maggiore adattamento e performance sociale grazie alla sostanza, sia tramite l'autoterapia, che soprattutto tramite l'assunzione di una identità tossicomane più accettabile di quella del "folle", pur in presenza di un maggiore disturbo comportamentale. La mancanza di compliance è motivata dal fatto che non è il solo rapporto con l'oggetto che garantisce uno stato di sé diverso, è un mondo mentale in cui entrano emozioni, cognizioni, abitudini, comportamenti, stili, relazioni, premesse di ragionamento, ovvero l'intera vita della persona. La terapia dovrà rivoluzionare tutto questo in presenza di sofferenza e disagio: il tossicomane non è semplicemente un ansioso o un depresso che chiede aiuto ed invoca una soluzione, impegnandosi nel trattamento e nel rapporto. E' invece una persona che deve riabituarsi ad essere allo scoperto, senza garanzie, a fare i conti con le proprie debolezze e con il proprio passato devastato. Egli viene privato di quel "farmaco" meraviglioso che in un istante risolveva tutte le sue angosce, eliminava la sofferenza ed il senso di solitudine e di impotenza. La resistenza ad assumere psicofarmaci si manifestava all'inizio come pregiudizio diffuso di "dipendere ed intossicarsi con gli psicofarmaci". Si alternava l'idea di non avere bisogno di farmaci,



con quella di volerne assumere in quantità autogestita, cioè particolarmente a riguardo delle benzodiazepine. Fondamentale è stato il dialogo, per chiarire i vantaggi ed i limiti della farmacoterapia, specificando il ruolo di ogni farmaco, e soprattutto i possibili effetti collaterali, non lasciando spazio al non detto o al sospetto. Per quanto riguarda gli antipsicotici ho preferito l'uso di quelli atipici, per la migliore tollerabilità, per i minori effetti collaterali, per la transitoria occupazione dei recettori dopaminergici tale da permettere l'azione della dopamina endogena e non compromettere il sistema della gratificazione: i nuovi antipsicotici, quali quetiapina, olanzapina, clozapina e risperidone sarebbero inoltre in grado di ridurre il craving per la cocaina e controllare comportamenti impulsivi (Bano et al., 2001; Sherwood Brown et al., 2003), grazie ad un'azione che coinvolge insieme il sistema dopaminergico, colinergico e serotoninergico.

Le terapie antidepressive le ho personalizzate a seconda sia del quadro psicopatologico che del tipo di dipendenza: vari studi dimostrano come la prescrizione di un farmaco antidepressivo in soggetti cocainomani in cui si presenti anche la depressione migliorerà non solo il tono dell'umore ma anche il controllo del disturbo additivo: una sensibile riduzione del consumo di cocaina affianca il miglioramento del tono dell'umore in risposta alla venlafaxina, farmaco capace di aumentare il tono della serotonina e della noradrenalina (Mc. Dowell et al., 2000), monoamine coinvolte sia nell'instaurarsi della dipendenza da sostanze sia nei correlati biologici della depressione. Vari studi hanno dimostrato l'esistenza di tipologie psicobiologiche tra i tossicodipendenti da eroina: le risposte del sistema serotoninergico appaiono compromesse in tutti i soggetti eroinomani, ma molto di più in quelli che presentano un quadro di depressione insieme con la dipendenza da sostanze (Gerra et al., 2001). Esisterebbe un polimorfismo genetico inerente una disfunzione del sistema serotoninergico, in particolare in soggetti tossicodipendenti affetti da depressione, con storia di tentato suicidio

o con propensione al comportamento impulsivo. Per quanto riguarda le benzodiazepine ne ho limitato l'utilizzo ai casi di ansia acuta, di insonnia resistente ad altri trattamenti, di disagio connesso allo scalaggio metadonico. Nei casi di pazienti abusatori di BDZ ho lavorato ai fini della riduzione, graduale e progressiva, di questi farmaci, supportata in questo dal lavoro degli educatori che agivano nel senso di "motivare" gli utenti e supportarli nei momenti di sconforto.

A riguardo del lavoro ancora in itinere ritengo vada considerata attentamente la delicata fase del reinserimento in società: è assolutamente necessario che la Comunità sia presente in questo momento in cui il lungo lavoro terapeutico-riabilitativo può rinforzarsi ovvero franare. Per ogni soggetto deve essere prevista una specifica modalità di reinserimento che però non preveda mai da parte della Comunità l'interruzione di ogni forma di relazione: l'allontanamento dalla Struttura dovrebbe essere graduale, impedendo all'utente un impatto troppo brusco con la famiglia e la società in genere. In alcuni casi si può prevedere una riduzione progressiva delle ore trascorse in Comunità, in altri l'uscita dalla struttura può essere più netta. In ogni caso è comunque opportuno mantenere una relazione ufficiale con l'utente, tramite periodici colloqui e gruppi terapeutici ed educativi di durata variabile a seconda dell'utente. Il focus di questa fase deve consistere in monitoraggio e sostegno, soprattutto in considerazione dell'opportunità che l'utente inizi ad instaurare nuove relazioni umane. La fase di reinserimento implica una sorta di "rifinitura" dell'intervento terapeutico, alla luce di comportamenti, emozioni e pensieri che emergono nel reale contesto sociale. Si possono manifestare sia intensa euforia, difficile da contenere e canalizzare, che un vissuto autosvalutativo dovuto alla difficoltà a relazionarsi a persone nuove in nuovi contesti.

A tal proposito incidono le modifiche che la droga induce a livello della comunicazione. Usando le teorie di Bion (1972) si può ipotizzare che il drogato vada in contro

ad un crollo dalla funzione alfa, ossia di quella struttura dell'apparato mentale necessaria per ragionare e pensare consapevolmente e che trasforma le impressioni sensoriali in elementi alfa che sono utilizzati dai pensieri del sogno, dal pensiero inconscio di veglia e dalla memoria: il crollo della funzione alfa determina il predominio degli elementi beta la cui caratteristica concretezza determina che le parole non siano trattate come simboli di cose ma cose in sé. L'effetto della droga attacca la funzione alfa distruggendo nel paziente la possibilità di una consapevole comunicazione con se stesso e con gli altri. Ogni progetto terapeutico deve inoltre prevedere la crisi e le ricadute: si può dire che la questione della doppia diagnosi sia nata proprio dalle verifiche dei fallimenti. Giustificando il fallimento con l'imputazione psichiatrica del tossicomane, il termine doppia diagnosi ha rischiato di diventare un narcistico meccanismo di difesa degli operatori del settore che impediva la riflessione autocritica. Bisogna partire dalla considerazione che il fallimento è il motore della dipendenza: la persona pretende di essere un fallito che si salva dal fallimento grazie all'oggetto di dipendenza, perché solo esso può produrre un migliore stato mentale. E' chiaro dunque che qualsiasi soluzione offerta da un programma terapeutico non avrà mai la capacità miracolosa di risolvere la relazione primaria tra persona e droga. Il fallimento deve essere un'occasione di riflessione assieme alla persona, poiché ciò che fallisce non è la persona in doppia diagnosi, ma il sistema complessivo che ha sviluppato il rapporto con lei: bisogna capire se si è sbagliata la diagnosi, la conduzione del progetto, o se è venuta a mancare la motivazione. Il fallimento ci comunica che non abbiamo affatto interrotto la coesione tra le due strutture, che non abbiamo dato sufficienti alternative al dolore né bloccato la logica tossicomana: il rapporto con la sostanza è ancora prioritario, la persona crede ancora di trovare delle risposte nella relazione nucleare ed è necessario dunque lavorare ancora per produrre una consapevolezza di sé completamente differente.





# FUKSAS: l'architettura deve privilegiare la qualità della vita

Se Dubai si impone al centro dell'attenzione mondiale con la sua "Maison d'excellence" che nei giorni scorsi ha visto convergere nella capitale degli Emirati Arabi il gotha delle griffe internazionali (per l'Italia solo Bulgari e Valentino), Catania comincia a fare parlare di sé per l'imponente Etnapolis, nuovo centro commerciale sorto a Belpasso che, dal lusso al supereconomico, si interfaccia con l'enorme palazzo di cemento e cristallo arabo a forma di elisse verso il cielo.

Perché anche in questa realizzazione "made in Sicily" si è fatto ricorso a linee d'avanguardia affidando il progetto a uno dei massimi esponenti dell'architettura moderna, firma della rinata Fiera di Milano, come del Centro ricerche Ferrari a Maranello e di altre prestigiose realizzazioni nel mondo: Massimiliano Fuksas, che con il suo guizzo di fantasia ha segnato il design di Etnapolis, opera meno "dorata" e sfavillante di quella orientale ma più in sintonia coi gusti e le attese dei visitatori della Sicilia e del Mediterraneo cui si propone.

E l'idea ha assecondato parametri ben precisi, rispettosi di una domanda qui certamente diversificata e rivolta al grande pubblico. Parliamo di uno dei più grandi centri commerciali d'Europa che ha numeri per competere: quasi 300 mila metri quadrati con superfici, coperte e non, che ospitano centinaia di firme, ristoranti, servizi e «un'attenzione particolare al verde e all'ambiente, esaltati da un lago artificiale che restituisce all'insieme quel sapore di poggio ridente e di natura genuina capace di richiamare i colori caldi, solari e vivaci della Sicilia», come ha sottolineato lo stesso progettista, che anche in questo progetto ha privilegiato la qualità della vita: non solo un sito commerciale ma un luogo di incontro, di socializzazione per ritrovarsi.



*L'amministratore unico di Etnapolis, Salvatore Abate, tra gli architetti Massimiliano Fuksas e Doriana Mandrelli*



*Etnapolis: a Belpasso il centro commerciale fra i più grandi in Europa*

I colleghi sono invitati

a collaborare con "Messina Medica"

inviando articoli e notizie alla Segreteria di redazione





# MACROPROLATTINEMIA: LA PATOLOGIA SMASCHERATA

di \*Salvatore **CANNAVÒ** Fiorella **MARINI**

**L'**iperprolattinemia è una condizione individuata dal riscontro di livelli di prolattina (PRL) sierica costantemente superiori alla norma, cioè elevati al di fuori delle condizioni fisiologiche appropriate (gravidanza e allattamento).

L'iperprolattinemia è una condizione molto frequente, indipendentemente dalla sua causa. Quando connessa a disfunzione ipotalamo-ipofisaria essa rappresenta la più comune fra le malattie dell'asse ipotalamo-ipofisario ed è assai frequente nella popolazione femminile in cui va sempre sospettata in presenza di disturbi mestruali spesso associati a sterilità, infertilità, galattorrea ed iperandrogenismo. E' infatti responsabile del 20-30% dei casi di disordini del ciclo e della fertilità e, in particolare, del 15-20% dei casi di amenorrea secondaria, condizione che interessa circa il 3% delle donne in età fertile.

L'iperprolattinemia è riscontrabile anche nel sesso maschile in cui è causa di infertilità ed impotenza. I meccanismi con cui la PRL inibisce la funzione gonadica non sono ancora del tutto chiari, ma il principale sembra essere l'alterato controllo ipotalamo-ipofisario della secrezione delle gonadotropine (FSH e LH). Spesso nei pazienti con iperprolattinemia i livelli basali di LH e di FSH sono normali, ma la secrezione pulsatile è compromessa e, nelle donne, il picco di LH a metà del ciclo mestruale è abolito con conseguente anovulazione.

Tuttavia, il riscontro occasionale di elevati valori di PRL non è necessariamente indice di condi-

zioni patologiche e merita verifiche e con-

ferme diagnostiche prima di essere oggetto di trattamento terapeutico. Infatti, le cause di iperprolattinemia sono molteplici e, come riassunto in tabella 1, comprendono condizioni fisiologiche, farmacologiche e patologiche. Gli adenomi ipofisari, sia che secernano direttamente PRL (prolattinomi e adenomi a secrezione mista) sia che inducano l'iperprolattinemia perturbando la secrezione della parte sana dell'ipofisi (alterando i meccanismi di regolazione della secrezione di PRL: iperprolattinemia funzionale), rappresentano la causa principale di iperprolattinemia patologica.

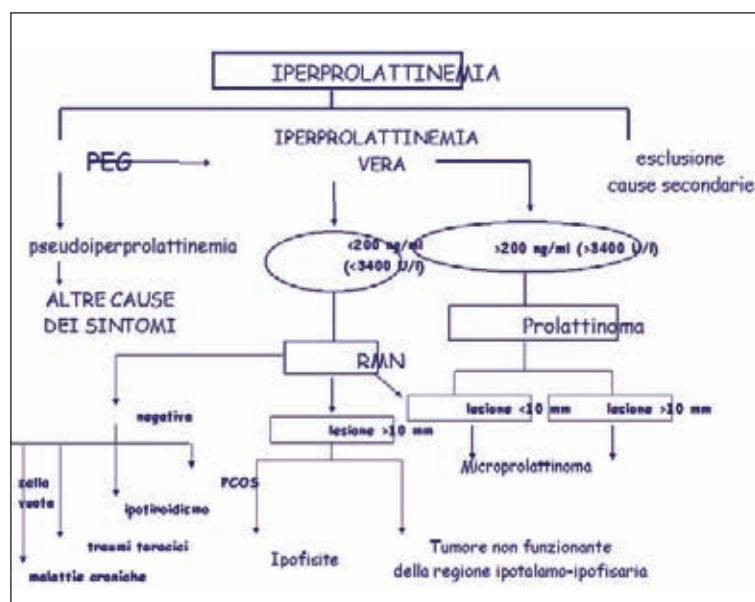
La distinzione fra le varie forme patogenetiche di iperprolattinemia è di rilevante importanza, in quanto il trattamento farmacologico con dopamino-agonisti (bromocriptina, cabergolina) trova una corretta applicazione solo in alcune condizioni. Frequentemente il ricorso a tali farmaci è inap-

propriamente affrettato, con conseguente ritardo nella formulazione di una diagnosi corretta e definitiva.

L'iperprolattinemia patologica cosiddetta "vera" è dovuta ad ipersecrezione ipofisaria di PRL nella sua forma biologicamente attiva ed a basso peso molecolare (little PRL o PRL monomeric). In alcuni casi, però, l'aumento delle concentrazioni plasmatiche della PRL è apparente (pseudoperprolattinemia) poiché è causato dalla prevalente presenza in circolo di un prodotto periferico derivato dal legame della PRL monomeric con autoanticorpi (IgG) anti-PRL (AbPRL) o, più raramente, con altre molecole di PRL (macroaggregati di PRL). Tali complessi (AbPRL-PRL, big e big-big PRL), ad elevato peso molecolare, costituiscono la macroprolattina ed hanno un'attività biologica che, sebbene presente in vitro, è molto scarsa o del tutto assente in vivo; ciò è facilmente spiegabile considerando le grosse dimensioni molecolari che impediscono alla PRL di

Tab. 1. Cause di iperprolattinemia.

<i>Fisiologiche</i>	<i>Patologiche</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gravidanza</li> <li>• Allattamento</li> <li>• Suzione del capezzolo</li> <li>• Attività fisica</li> <li>• Stress</li> <li>• Ipoglicemia</li> <li>• Sono</li> <li>• Età neonatale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malattie ipofisarie (prolattinomi, acromegalia, malattia di Cushing, adenomi non secernenti, sella vuota, ipofisite)</li> <li>• Malattie ipotalamiche (tumori, lesioni granulomatose e infiammatorie, disordini vascolari, sezione del peduncolo ipotalamo-ipofisario)</li> <li>• Sindrome dell'ovaio policistico</li> <li>• Lesioni della parete toracica o del midollo spinale</li> <li>• Ipotiroidismo primario</li> <li>• Insufficienza renale cronica</li> <li>• Cirrosi epatica</li> <li>• Tumori estrogeno-secernenti</li> </ul>
<i>Farmacologiche</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antagonisti dopaminergici (neurolettici, tiapridici)</li> <li>• Inibitori della sintesi di dopamina (<math>\alpha</math>-metildopa)</li> <li>• Depletori di catecolamine (reserpina)</li> <li>• Antagonisti istaminergici H<sub>2</sub> (cimetidina)</li> <li>• Antidepressivi (amoxapina, imipramina)</li> <li>• Estrogeni a dosi elevate</li> <li>• Antiandrogeni</li> <li>• Opiacei</li> </ul>	



attraversare la parete dei capillari trattenendola così nello spazio intravascolare con conseguente aumento delle sue concentrazioni plasmatiche. Negli ultimi anni è stato dimostrato che il 25% circa (10-46%) dei pazienti iperprolattinemici sono in realtà affetti da macroprolattinemia, condizione che, interferendo con i metodi di dosaggio comunemente utilizzati, può portare a sovrastimare i livelli sierici di PRL (falsi positivi) e quindi generare confusione diagnostica. Nell'ambito dell'iter diagnostico-terapeutico dell'iperprolattinemia, lo screening per la macroprolatti-

nemia assume oggi un ruolo di fondamentale importanza perché consente di evitare il ricorso ingiustificato ad indagini laboratoristiche-strumentali particolarmente onerose, oltre che a trattamenti farmacologici inutili ed inappropriati. Per tale motivo, le procedure diagnostiche impiegate presso la nostra Unità Operativa Complessa di Endocrinologia in pazienti con iperprolattinemia prevedono ormai routinariamente l'esclusione preliminare della macroprolattinemia, attraverso metodiche di separazione appropriate. Tale approccio ha permesso di escludere una condizione di iperprolattinemia nel 35% dei pazienti giunti da altri laboratori con un iniziale riscontro di elevati valori di PRL e nel 50% dei pazienti con iperprolattinemia

apparentemente confermata in molteplici determinazioni durante prelievi seriati. Tale approccio metodologico al dosaggio della PRL ha pertanto ridotto drasticamente il ricorso ad ulteriori indagini diagnostiche altamente tecnologiche (RMN ipofisaria) o a terapie inappropriate (farmaci dopaminoagonisti).

\* Unità Operativa Complessa di Endocrinologia  
A.O.U. Policlinico "G. Martino" – Messina  
Direttore: Prof. Francesco Trimarchi  
endocrinologia@unime.it

Seminario residenziale nazionale per specializzandi in chirurgia

# "Fistole perianali"

\* di Giuseppe ANGIÒ

Dal 24 al 26 maggio 2006 gli specializzandi della Scuola in Chirurgia Generale I dell'Università degli Studi di Messina, diretta dal Prof. Luigi Giuseppe Angiò, hanno partecipato al III Seminario Residenziale Nazionale per Specializzandi in Chirurgia, importante appuntamento scientifico che il Prof. Luigi Roncoroni, Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale dell'Università degli Studi di Parma, ha organizzato, con indiscussa competenza e in base ai principi della didattica che guidano l'attuale riassetto delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, in località Monastero Santa Croce di Ameglia (La Spezia).

In un paesaggio particolarmente suggestivo e in un clima di sincera amicizia e di attiva partecipazione, gli specializzandi messinesi, sotto l'attenta e illuminata guida del loro Tutor, Prof. Giovanni Pagano, hanno potuto saggiare e aggiornare la propria preparazione su vari argomenti di notevole rilevanza formativa e di reale interesse pratico, confrontandosi in una "full immersion" con i colleghi delle Scuole delle altre sedi, di cui non hanno mancato di apprezzare le inconfutabili capacità.

Nell'ambito delle problematiche cliniche selezionate e affidate dal Comitato Scientifico alle varie Scuole come argomenti di discussione secondo il concetto didattico del "problem solving", a due specializzandi messinesi, i Dott.ri Grazia Daniela Olivo e Francesco Aricò, è stata offerta la possibilità di presentare una relazione sulle "fistole perianali".

I relatori, facendo riferimento ai dati della letteratura e alla personale esperienza maturata nell'U.O.C. di Chirurgia d'Urgenza e dei Trapianti d'Organo dell'A.O.U. Policlinico "G. Martino" e nelle altre strutture assistenziali della rete formativa della Scuola di Specializzazione, hanno sottolineato come gli "ascessi-fistolosi anali", pur rappresentando il

25% delle patologie proctologiche, di cui l'80% degli individui soffre e il 40% richiede il trattamento chirurgico, siano, purtroppo, sottovalutati nella pratica quotidiana e, per la loro insignificante pericolosità "quoad vitam", considerati, al pari di altre affezioni della regione ano-perineale (malattia emorroidaria, ragade, ecc.), parte della chirurgia minore, a cui di fatto sono poco o per nulla interessati i chirurghi di provata esperienza che, non ritenendola affatto prestigiosa, la praticano contro voglia. Tutto ciò spiega il facile insuccesso della cura chirurgica di queste affezioni che, pur nella semplicità e facilità dell'atto operatorio, deve essere considerata, se si vuole garantire la sua utilità "quoad valitudinem", di competenza dei chirurghi proctologi: un'iniziale cura scorretta, infatti, potrebbe significare costringere il malato a ripetuti atti cruenti e a una vita punteggiata da fastidiosi e inabilitanti momenti che possono condurre i più deboli e i predisposti sull'orlo della psicosi.

Il razionale e corretto trattamento chirurgico degli "ascessi-fistolosi anali" - hanno proseguito gli specializzandi - richiede un'approfondita e precisa conoscenza, oltre che dell'anatomia chirurgica della regione sede di queste affezioni, dei vari momenti etiopatogenetici e fisiopatologici e della classificazione anatomo-clinica delle stesse, nonché una loro esatta diagnosi tipologica, magari nel corso dell'intervento, peraltro estremamente differente da caso a caso: da una terapia semplice e rapida nei risultati per alcune forme di fistola si passa a una cura complessa e lenta per altre tipologie, alla cui guarigione si perviene soltanto dopo molti mesi di paziente trattamento. Solo se ispirata a tali principi l'opera del chirurgo in questo delicato campo di cure può essere utile, portando a una definitiva guarigione, senza cioè l'insorgenza di complicazioni, purtroppo ancora frequenti, quali la recidiva, che in genere dovrebbe definirsi più esattamente persistenza di



*Grazia Daniela Olivo e Francesco Aricò durante la relazione*

malattia, e l'incontinenza, che può costituire motivo d'infermità non meno grave e talvolta più grave della fistola che si intendeva curare.

La risoluzione definitiva di un "ascesso-fistoloso anale", senza recidiva e senza incontinenza, - hanno aggiunto i relatori - non è impossibile, come spesso si crede, se la terapia è radicale (trattamento dell'orificio primario) e prudente (ricorso alla sezione sfinteriale immediata soltanto se necessaria e, comunque, nella misura più limitata possibile; impiego dei tecnicismi e accorgimenti oggi disponibili, quali la sezione sfinteriale totale lenta e quella differita). In sostanza, la chirurgia di queste affezioni, per essere efficace, deve assicurare un equilibrio tra l'aggressività necessaria per eradicare la malattia e la cautela indispensabile per non causare danni funzionali. Il rischio di recidiva o di incontinenza è sempre in agguato. Gli specializzandi hanno, quindi, concluso la loro relazione riportando la circostanza espressa da Lockart-Mummy (1996) che "un chirurgo può perdere la reputazione per una fistola non guarita, più che per delle complicanze dopo gastrectomia" e soffermando l'attenzione sulla convinzione manifestata da Goligher (1980) che "è più difficile operare bene una fistola anale complessa recidiva che non un cancro del retto".





# L'IPERTENSIONE SPAVENTA DI PIÙ DEL COLESTEROLE

Queste le primissime anticipazioni dalla "Prima Ricerca Eurisko - Pfizer Cardio 360", che ha coinvolto 20.000 adulti per fotografare la popolazione italiana a rischio cardiovascolare e valutare la conoscenza del rischio e dei comportamenti di prevenzione e cura.

Il campione della ricerca, ha fotografato un universo nel quale i pazienti ipertesi rappresentano il 17% (pari circa a 8.000.000 di persone) contro un 13% di pazienti ipercolesterolemici (pari a circa 6.100.000 persone). Tra questi, le principali differenze si osservano nella consapevolezza dei rischi derivanti dalla patologia e, di conseguenza, nei comportamenti rispetto a due fattori fondamentali per la cura del paziente a rischio cardiovascolare: l'osservanza alla prescrizione medica e i controlli.

Mentre, infatti, la quasi totalità dei pazienti ipertesi prende regolarmente i farmaci prescritti dal medico (97%), in quelli sofferenti di ipercolesterolemia la percentuale scende di ben 10 punti.

La stessa differenza si osserva anche nei comportamenti relativi al controllo dei valori, elemento fondamentale per la prevenzione e la cura del paziente: mentre l'86% degli ipertesi effettua regolarmente le misurazioni, solo il 77% degli ipercolesterolemici si controlla regolarmente.

"E' interessante osservare" commenta Isa Cecchini, direttore Dipartimento Ricerche sulla Salute Eurisko, "come i pazienti che soffrono di ipertensione aderiscono alla terapia e ai controlli forse perché più consapevoli del rischio, mentre i pazienti che hanno alti livelli di colesterolo sono meno attenti e seguono meno la terapia indicata dal medico. In tutti i casi, è quanto meno insolito il fatto che, malgrado le malattie cardiovascolari siano probabilmente l'argomento più trattato dall'informazione in generale, stenti ancora a passare il concetto di prevenzione."

Questi dati diventano ancora più importanti alla luce di quanto verrà dibattuto oggi nell'ambito



del "Forum Cardio 360": i cardiologi italiani si riuniranno, infatti, per ribadire l'importanza e l'efficacia di un approccio globale ai fattori di rischio cardiovascolare.

"Ipertensione, ipercolesterolemia, diabete, obesità, ipertrigliceridemia non possono essere trattati come fattori a sé stanti - ha ricordato Massimo Volpe, Direttore della Cattedra di Cardiologia II facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli studi di Roma "La Sapienza" e Presidente della Società Italiana di Prevenzione Cardiovascolare - ma devono essere inquadrati in un approccio medico integrato, con terapie personalizzate che tengano conto della realtà clinica specifica di ogni paziente. In particolare, alcuni fattori di rischio cardiovascolare, come l'ipertensione e l'ipercolesterolemia, andrebbero trattati sinergicamente e aggressivamente. Proprio per l'ipercolesterolemia - ha specificato Volpe - gli interventi che riducono efficacemente i livelli di colesterolo, come le statine a dosaggi adeguati, permettono di ottenere vantaggi clinici non raggiunti prima con altre terapie, in particolare la riduzione degli eventi coronarici e, primo tra tutti, l'infarto del miocardio. L'invito ai cittadini a rischio, quindi, è quello di attenersi scrupolosamente alle indicazioni del proprio medico, che sa certamente suggerire l'approccio terapeutico migliore a garanzia della salute di ogni singolo paziente".

## FORUM CARDIO 360: CONFERMATA L'EFFICACIA DELL'APPROCCIO GLOBALE AL RISCHIO CARDIOVASCOLARE

Oltre 800 cardiologi si sono dati appuntamento a Roma in un Forum dove discutere con i massimi esponenti della cardiologia italiana del futuro della prevenzione e del trattamento delle patologie cardiovascolari alla luce delle evidenze dei più recenti studi clinici.

Un evento di due giorni, con un tema essenziale e mai abbastanza ribadito, quello dell'importanza di una prevenzione precoce, e che, riferendosi alle importanti indicazioni emerse dagli ultimi studi clinici, vuole rinforzare l'impegno di tutta la classe medica italiana per contrastare quelle che, ancora oggi, rappresentano la principale causa di morte nei Paesi occidentali: le patologie cardiovascolari.

"Prevenzione, approccio globale, terapia personalizzata: è questa la formula che gli specialisti italiani vogliono ribadire per arrestare il trend crescente delle malattie cardiovascolari - ha spiegato Giuseppe Mancia, Direttore Clinica Medica e Dipartimento di Medicina Clinica, Prevenzione e Biotecnologie Sanitarie, Università Milano-Bicocca e Ospedale S. Gerardo, Monza. In questa formula, i tre fattori devono sempre coesistere insieme."

"I due più recenti e significativi studi nell'ambito cardiovascolare, gli studi IDEAL (Incremental Decrease in End Points Through Aggressive Lipid Lowering) e ASCOT (Anglo-Scandinavian Outcome Trial) - ha spiegato Massimo Volpe, Direttore della Cattedra di Cardiologia II



facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli studi di Roma "La Sapienza" e Presidente della Società Italiana di Prevenzione cardiovascolare - hanno evidenziato l'importanza di una terapia precoce, l'utilità di un abbassamento aggressivo dei livelli di colesterolo in pazienti che hanno già avuto un infarto e l'efficacia dell'approccio globale. Queste conferme devono diventare il meridiano sul quale orientare oggi l'approccio alla terapia."

Un impegno che gli specialisti condividono con altri importanti attori del mondo della salute, come il medico di medicina generale, le associazioni pazienti, le strutture sanitarie territoriali, i media, sempre più fonte di informazione, il privato.

Per evidenziare questa indispensabile sinergia, tutte queste figure sono state coinvolte in una tavola rotonda con l'obiettivo di scambiare i diversi punti di vista e ragionare sulle possibili soluzioni a vantaggio del paziente.

"L'importanza della centralità del paziente nell'approccio globale alle malattie cardiovascolari è del tutto evidente - ha affermato Gianni Spinella, Presidente CONACUORE - Essa si basa sulla comune consapevolezza di avere a che fare con un cittadino-paziente più informato, più responsabilizzato, più attento alla prevenzione: tutto ciò secondo il concetto, ormai acquisito, del "diritto-dovere" alla salute. Ma, soprattutto - conclude - è necessario che emerga una centralità che consenta al cittadino di poter contare sulla collaborazione di tutti gli attori che operano perché la salute e la qualità della sua vita siano sempre calibrate sulla sua persona."

Il Forum di Roma si inserisce nel programma "Cardio 360" che Pfizer Italia sta portando avanti per promuovere il dibattito sul miglior approccio alla prevenzione e alla cura delle malattie cardiovascolari.

## Festeggiati i primi 50 anni dell'Istituto ortopedico del Mezzogiorno

L'Istituto ortopedico di Ganzirri festeggia i suoi primi cinquanta anni e lo fa con un gesto di generosità che testimonia l'attenzione della Società Giomi verso la Città e la crescita professionale. La



destinazione di importanti somme da destinare a borse di studio ha infatti caratterizzato la festa che è stata anche un momento di incontro con le massime istituzioni che hanno potuto apprezzare lo spirito di squadra del team di professionisti della casa di cura, un centro di alta specializzazione riferimento per l'Italia meridionale,

come hanno sottolineato il presidente nazionale del gruppo Giomi, dott. Emmanuel Miraglia, il direttore amministrativo Giovanni De Tuzza e il direttore sanitario Antonino Puliafito.

*Nelle foto il team dell'Istituto ortopedico e il prof. Vincenzo Tedesco già direttore dello Iomi*

# Chirurgia della tiroide

**S**i è svolto presso l'Unità operativa complessa di otorinolaringoiatria del Policlinico Universitario di Messina, il corso di aggiornamento su "Attualità nella chirurgia della Tiroide" organizzato 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 sottolineato la persistente intenzione della scuola messinese di otorinolaringoiatria di accrescere lo spirito di amicizia e di leale confronto con coloro che in Italia ed all'Estero sono impegnati nel trasmettere la loro esperienza di Maestri in taluni settori della disciplina otorinolaringoiatrica.

Dopo gli interventi dei prof.ri F. Trimarchi sull'inquadramento clinico delle Patologie tiroidee, M. Basile sull'Introduzione al trattamento chirurgico delle patologie tiroidee, E. Calbo sul trattamento chirurgico del Gozzo semplice, G. Sturniolo sul trattamento chirurgico del gozzo neoplastico, G. Navarra sul ruolo della chirurgia radioguidata nelle patologie endocrine del collo, A. Ciccolo sulle complicità della chirurgia tiroidea, ha preso la parola il prof. Angelo Carroggio maestro in ambito nazionale ed internazionale, delle patologie della tiroide, il quale ha relazionato sulle controversie nel trattamento del carcinoma differenziato della tiroide e sulla chirurgia dell'iperparatiroidismo dalla diagnosi alla terapia. Infine è intervenuto



di Silvana **PARATORE**

il prof. Bruno Galletti, associato di otorinolaringoiatria della nostra Università, che si è soffermato sullo svuotamento linfonodale laterocervicale (II, III, IV, V livello).

Il prof. Carroggio ha relazionato sull'importanza del ruolo svolto dal patologo che deve dettare le norme per una buona diagnosi intraoperatoria e sulle possibili complicità della chirurgia tiroidea essenzialmente rappresentate

laterocervicale (VI livello di Robbins).

Particolare interesse ha suscitato, nell'ambito di tale corso di aggiornamento, l'esecuzione di due interventi chirurgici di emitiroidectomia ed uno di tiroidectomia totale. Gli interventi eseguiti in videochirurgia in diretta dal prof. Angelo Carroggio con il prof. Bruno Galletti, hanno consentito ai numerosi medici, specialisti e specializzandi partecipanti al corso, di poter acquisire le tecniche chirurgiche illustrate direttamente sul "campo operatorio" visibili tramite impianto televisivo a circuito chiuso.

Successivamente il prof. Bruno Galletti ha parlato degli svuotamenti linfoghiandolari del collo nel carcinoma tiroideo soffermandosi sul sistema linfatico del collo, sulla classificazione delle logge cervicali sostenendo che il coinvolgimento meta-



*Il gruppo dei corsisti con il prof. Franco Galletti*

statico dei linfonodi del collo, in presenza di un carcinoma tiroideo, varia in rapporto

dalla paralisi del nervo ricorrente e dall'ipoparatiroidismo permanente.

Inoltre si è occupato dell'incidenza del carcinoma tiroideo, della necessità di un'accuratezza diagnostica, dell'utilità di un'istologia intraoperatoria, della tiroidectomia e dello svuotamento linfatico

all'istotipo.

Ha precisato come la strategia chirurgica derivi dalle conoscenze della rilevanza statistica della diffusione metastatica e dalle linee preferenziali di diffusione.

Con particolare riguardo agli svuotamenti linfoghiandolari del collo, Galletti ha evidenziato che essi rappresentano le modalità di





trattamento e profilassi delle metastasi linfonodali latero cervicali. Ha inoltre sostenuto che le tecniche chirurgiche sulle aree linfatiche sono ben standardizzate e riconducibili a pochi modelli indipendentemente dalla sede del tumore primitivo. Ha proseguito illustrando i principali tipi di svuotamento linfoghiandolare del collo che secondo una classificazione AHNS 2000, sono: lo svuotamento radicale del collo, lo svuotamento radicale modificato, lo svuotamento selettivo e lo svuotamento esteso del collo.

Il 1° consiste nella rimozione dell'intera rete linfatica dal I al V livello di Robbins, di uno dei due lati del collo con sacrificio del muscolo sternocleidomastoideo, della vena giugulare interna e del nervo accessorio spinale. Lo svuotamento selettivo del collo invece, consta di differenti tecniche in base alla sede del tumore primitivo e consiste, di principio, nel trattamento di specifiche aree linfatiche statisticamente più coinvolte da parte di tumori del capo e del collo. Lo svuotamento radicale modificato comporta la rimozione degli stessi livelli linfatici dello svuotamento radicale classico ma con conservazione di una o più strutture non linfatiche. Il prof. Galletti ha aggiunto che lo svuotamento così realizzato è funzionale in quanto conserva il muscolo sternocleidomastoideo, la vena giugulare interna ed il nervo spinale ma assolutamente radicale dal punto di vista oncologico se correttamente eseguito.

Infine ha concluso evidenziando che la chirurgia dell'N nel carcinoma tiroideo presuppone un'accurata valutazione preoperatoria delle stazioni linfonodali coinvolte mediante esame clinico, ecografia, tomografia computerizzata e risonanza magnetica nucleare.

## Il 55° Congresso nazionale dell'Associazione medici scrittori italiani

Si è svolto a Pompei dal 24 al 28 maggio il 55° Congresso Nazionale dell'Associazione Medici Scrittori Italiani (A.M.S.I.). L'Associazione, che aderisce all'U.M.E.M. (Unione Medici Scrittori Europei), è una delle più prestigiose sul territorio nazionale e si propone di riunire insieme i medici con interessi letterari che abbiano al loro attivo delle pubblicazioni in campo narrativo, poetico e saggistico. Con quest'obiettivo, l'Associazione pubblica il periodico "La Serpe" ed organizza numerosi premi letterari in diverse regioni d'Italia. "Medici umanisti a Pompei: una sintesi straordinaria di varia umanità in Campania Felix" è stato il tema del convegno, nel corso del quale si sono succedute varie ed interessanti relazioni di carattere storico locale e letterario. In ultima giornata, si è svolta l'assegnazione dei premi letterari "La Serpe d'Oro" ed "Esculapio", quest'ultimo di nuova creazione ed intitolato alla memoria del Dott. Antonio Cirillo, primo chirurgo di Pompei. Durante i lavori ha avuto altresì luogo il rinnovo del consiglio direttivo dell'Associazione. Eccone la composizione: Dott. Nicola Avellino, presidente; Dott. Gerardo Casaglia, vicepresidente; Dott.ssa Rosa Barbagallo, segretario/tesoriere; Dott.ssa Patrizia Valpiani, Dott. Luciano D'Agostino, Dott. Gennaro Pasquariello e Dott. Giuseppe Ruggeri, consiglieri. Il Dott. Ruggeri, messinese, dirigente medico territoriale presso l'Azienda U.S.L. n° 5 e giornalista pubblicista, curerà i rapporti dell'A.M.S.I. con la stampa.





Si è tenuto, presso l'aula conferenze dell'istituto S. Tommaso la 2° Edizione delle giornate messinesi della medicina di famiglia che ha avuto per tema "La domiciliarità delle cure del paziente anziano fragile". L'importante assise, organizzata dalla fondazione Cultura e Salute in collaborazione con la Società Italiana, ha avuto ampio riscontro dimostrato dall'elevato numero dei partecipanti.

## Le giornate messinesi della Medicina di Famiglia

Sono state affrontate le problematiche proprie degli anziani sia correlandole all'ambiente in cui vivono sia alla gestione delle patologie croniche degenerative più frequenti.

Di rilievo spessore scientifico le relazioni presentate, seguite con interesse e interattività grazie la sistema del telefoto con cui sono stati gestiti i casi clinici che concludevano ogni sessione.

Apprezzati sono stati gli interventi del Sindaco, Francantonio Genovese e del Rettore, Francesco Tomasello, del presidente dell'Ordine dei Medici, Nunzio Romeo.

## Il Paziente anziano fragile e la Medicina di famiglia

L'invecchiamento della popolazione è uno degli aspetti che ha caratterizzato questo inizio di secolo. Esso è il risultato dell'evoluzione della nostra società e pertanto non può essere interpretato come un evento negativo. Non bisogna, pertanto, accettare che venga vissuto pessimisticamente sia nel campo sociale (basti pensare al problema delle pensioni) sia in campo sanitario.

Argomenti al centro del seminario sul paziente anziano fragile che si è tenuto al San Tommaso con la partecipazione di qualificati esperti nazionali. Dobbiamo acquisire una nuova cultura nei riguardi dell'invecchiamento: non un problema ma una conseguenza dell'evoluzione del tempo, inarrestabile, che va affrontata, pertanto, ottimisticamente con la consapevolezza di dovere costruire dei percorsi nuovi, che riguardino il mondo della sanità, e non solo.

Questo impegno deve essere forte e trasversale e deve coinvolgere tutte le generazioni, dal momento che la vecchiaia è il futuro auspicabile di tutti "Il punto fondamentale è riuscire a costruire attorno al Mdf un sistema di continuità che vede, invece, oggi una frammentazione".

Da una indagine CENSIS, Agenzia per i servizi Sanitari Regionali, si diventa davvero anziani quando si perde la salute.

Ed è proprio sul concetto di salute che emergono le novità più interessanti dell'indagine.

Esso è legato soprattutto alla "percezione" individuale di stare in una situazione di non normalità, che spesso implica la presenza di malattie croniche, ma non sempre, dal momento che situazioni socio-familiari/disagi sociali possono incidere nel determinare uno stato di malessere e quindi di "non salute".

Trascorrere molto tempo all'aria aperta, una attività fisica, ma anche la sfera della socializzazione, del divertimento e della conoscenza e cultura, rappresentano per gli anziani attività che incidono sui livelli di salute: la perdita dell'autosufficienza, pertanto, è il loro timore principale.

E' proprio la mobilità la condizione chiave per la partecipazione alla vita sociale e la nostra società è poco attrezzata in tal senso a partire dagli ambienti domestici a quelli pubblici e non dà risposte adeguate.

Inoltre si evince che gli anziani sono più attenzionati verso aspetti più tendenzialmente conservativi dello stato di salute piuttosto che promozionali.

Anziani e fragilità - Fragilità è quella condizione in cui un soggetto è maggiormente esposto a rischio di eventi avversi come morbilità, perdita di autosufficienza ed exitus. Si tratta di una condizione clinica complessa che investe più fasce di età, condizioni sociali ed economiche diverse e condizioni cliniche particolari.



Caudo, don Russo, Colavita, Romeo, Marino, Inferrera

# LA CIFOPLASTICA PERCUTANEA come trattamento in elezione dei cedimenti vertebrali

di G. GEMELLI,  
L. SOLIERA,  
G. RANDAZZO



**F**acendo seguito al precedente articolo da me pubblicato su *Messina Medica* del 04/2004, in riferimento alla vertebroplastica "uovo di colombo" per il trattamento mininvasivo dei crolli vertebrali conseguenti ad osteoporosi, schiacciamenti post-traumatici o lesioni neoplastiche primarie o secondarie, ritengo doveroso ribadire alcuni concetti, alla luce soprattutto dei brillanti risultati ottenuti in questa nostra esperienza biennale e dai segnali più che positivi provenienti dall'introduzione di una interessante variante: la cifoplastica.

Si tratta, come per la vertebroplastica, di una tecnica chirurgica risalente ai primi anni '90 ed indirizzata in principio per il trattamento esclusivo di lesioni vertebrali secondarie a patologie neoplastiche. E' quindi stata progressivamente adattata e perfezionata per il trattamento dei crolli e/o fratture vertebrali multiple da osteoporosi e negli schiacciamenti vertebrali post-traumatici in pazienti che una volta erano obbligati a sottostare a periodi prolungati di immobilizzazione mediante busti gessati e busti amovibili o mantenere il decubito supino obbligato con tutti i disagi conseguenti.

Logicamente la gran parte delle cifoplastiche viene eseguita più frequentemente nei soggetti con schiacciamenti osteoporotici, anche in considerazione del progressivo aumento della vita. Soggetti anziani defedati o comunque in condizioni generali spesso scadenti poiché affetti da patologie concomitanti che condizionano pesantemente la vita di relazione traggono beneficio da un trattamento che si avvale di

alcune caratteristiche fondamentali: anestesia locale, mininvasività, brevità dell'atto chirurgico e quindi tempi di degenza ridotti a 2-3 giorni.

I risultati clinici vengono determinati confrontando i dati pre- e postoperatori secondo il ben noto Japanese Orthopaedic Association Rating System Score (JOA score).

E' stato così possibile riscontrare un notevole miglioramento della sintomatologia dolorosa con un ritorno alle attività quotidiane nel 90% circa dei pazienti, seppur spesso con modesti risultati per quanto riguarda l'aumento medio dell'altezza del corpo vertebrale. E' stato comunque dimostrato che ciò non influisce affatto con il risultato finale che scaturisce anche dalla possibilità di effettuare più trattamenti in più tempi chirurgici fino alla completa risoluzione di tutti i livelli lesionali.

Tuttavia, tale metodologia non è scevra da complicanze spesso gravi e dalla Letteratura ci pervengono dati statistici di rilievo

riguardanti infezioni con disciti o osteomieliti (2 casi su 50.000), compressioni midollari da stravasamento di cemento o ematomi epidurali (12 casi su 50.000), embolie polmonari (1 caso su 50.000), pneumotorace e decesso (1 caso su 50.000).

Inoltre è importante sottolineare che esistono controindicazioni assolute in presenza di spondilodisciti o nelle gravi compromissioni del canale spinale.

La cifoplastica rappresenta pertanto un semplice e valido trattamento per le fratture vertebrali patologiche in termini di risoluzione della sintomatologia dolorosa cronica e di una stabile riduzione delle deformità vertebrali, sebbene manchino per ovvi motivi dati concernenti i risultati a lungo termine.



# Giornata Internazionale della Celiachia

*L'Associazione Italiana Celiachia (AIC) chiede maggiore attenzione*

35.000 in Sicilia le persone colpite da celiachia ma solo 3.500 lo sanno. In aumento il numero dei ristoranti e gelaterie dove è possibile trovare pasti privi di glutine. Un siciliano su cinque consuma almeno un pasto quotidiano fuori casa. Ma per chi soffre di celiachia, l'intolleranza al glutine contenuto in molti cereali, mangiare al ristorante o al bar può diventare un vero rischio per la salute. Oggi però l'87% dei ristoratori della nostra regione dichiara di conoscere la celiachia e sono sempre più numerosi gli esercizi dove è possibile trovare interi menu o cibi privi di glutine, come segnala l'Associazione Italiana Celiachia (AIC) in occasione della Giornata Internazionale della Celiachia, svolta sabato 20 e domenica 21 maggio. Giorni in cui i volontari dell'AMC sono stati presenti, dalle 10 alle 19 nella Piazzetta di Noto, per informare e sensibilizzare i celiaci, i medici e l'opinione pubblica. "Nelle piazze si è distribuito, a chi verserà un contributo volontario, materiale informativo e prodotti alimentari privi di glutine, il cui ricavato sarà devoluto per finanziare progetti di ricerca e attività rivolte a facilitare la vita quotidiana del celiaco, come l'informazione e sensibilizzazione dei ristoratori. In collaborazione con la Croce Rossa Italiana è stato inoltre possibile effettuare gratuitamente il test diagnostico sulla celiachia - spiega Cinzia D'Agate, Presidente AIC Sicilia - "Per tutti coloro, oggi diagnosticati, e per tutti quelli che lo saranno, è infatti di fondamentale importanza avere la possibilità di consumare pasti privi di glutine anche fuori casa. Oltre il 30% del consumo alimentare avviene al bar o al ristorante per ragioni di lavoro, tempo libero e studio: per

il celiaco questa necessità può trasformarsi però in un rischio per la salute". Infatti è solo evitando i cereali "proibiti" (frumento, segale, orzo, farro, spelta, kamut) e gli alimenti preparati con essi (dagli insaccati ai formaggi, dalle salse ai dolci) che il paziente celiaco può evitare la comparsa di alterazioni della mucosa intestinale e il deficit di assorbimento dei nutrienti associati all'ingestione di glutine. Inoltre, per consentire ai celiaci di andare al ristorante in tutta sicurezza, l'AIC ha da tempo realizzato nella nostra regione il "Progetto Ristorazione", che conta ad oggi circa 65 esercizi informati sulla celiachia e sulle modalità di preparazione delle pietanze per evitarerischi di contaminazione, in grado di offrire menu idonei al consumo da parte dei celiaci. Far sedere i celiaci al ristorante in tutta tranquillità non è però l'unico obiettivo dell'AIC, che promuove anche il progetto "Gelaterie Informate" allo scopo di creare una catena di gelaterie che conoscano le problematiche della malattia, nelle quali sia possibile preparare e distribuire gelati idonei. "Non solo la nostra cultura gastronomica fa del gelato artigianale una delle più importanti specialità - afferma Russo - ma nell'immaginario dell'infanzia il gelato occupa un posto particolare e si candida ai primi posti nella lista delle rinunce dolorose dei piccoli celiaci, con tutte le conseguenze nell'accettazione corretta della malattia e nella conseguente fedeltà alla dieta". Le adesioni sono in continua crescita e al momento le gelaterie che partecipano al progetto in Sicilia sono circa 20; una lista completa dei ristoranti e delle gelaterie aderenti ai progetti AIC è consultabile sul

sito: [www.celiachia.it](http://www.celiachia.it). Nonostante queste iniziative e la visibilità che da tempo AIC è riuscita a dare a questa patologia, la celiachia resta ancora una malattia poco diagnosticata: secondo le stime dell'Associazione, benché ogni anno il numero dei celiaci accertati cresca del 10%, le diagnosi nella nostra regione continuano ad avere un'incidenza bassa, soltanto 1 caso su 10. "La celiachia è come in iceberg: appena 3.500 diagnosi certe a fronte di oltre 35.000 siciliani che non sanno di essere malati. Inoltre, l'incidenza della patologia si conferma sempre più elevata" - informa D'Agate - "Moltissimi sono quindi i celiaci che continuano ad assumere glutine esponendosi a gravissimi rischi e complicanze. Due le principali cause della mancata diagnosi: la scarsa conoscenza della malattia e la difficoltà di riconoscere i soggetti a rischio dovuta alla complessità e alla possibile assenza di sintomi". I sintomi associati infatti possono essere vari oppure mancare totalmente. Si distinguono così forme "classiche", tipiche nei bambini e caratterizzate da perdita di peso, vomito, diarrea e arresto dell'accrescimento, e forme "atipiche", più frequenti negli adulti, i sintomi più comuni, soprattutto nelle donne, sono stanchezza cronica, anemia, osteoporosi. "L'esordio della malattia può avvenire in ogni età della vita e non mancano casi anche oltre i 60 anni. In attesa che la pillola "anti-celiachia" ed eventualmente il vaccino aprano, in tempi non stimabili, nuove importanti prospettive per un trattamento alternativo della malattia, l'unico rimedio resta una dieta rigorosa senza glutine" - conclude D'Agate.

# Cresce la presenza femminile

*soprattutto nella scuola e nella sanità*

**A**umenta la presenza delle donne nella pubblica amministrazione e, secondo gli ultimi dati, la presenza femminile sfiora 1,8 milioni di unità, il 53,4% dell'intero personale. Quasi la metà delle donne che lavorano nella pubblica amministrazione sono nella scuola, settore dove oltre 3 lavoratori su 4 sono donne. Cresce la presenza femminile anche nella magistratura e nella carriera diplomatica, mentre resta ancora simbolico il numero delle donne nelle forze armate. Sono alcuni dei dati contenuti nel "Conto annuale" della Ragioneria Generale dello Stato, aggiornati al 31 dicembre 2004 e resi noti nei giorni scorsi. I dati diffusi dalla Ragioneria si riferiscono agli anni 2002, 2003 e 2004, nei quali si registra una presenza crescente delle donne nel pubblico impiego. Si passa dal 52,8% dei dipendenti nel 2002, al 53% del 2003, al 53,4% del 2004, ultimo anno per il quale ci sono a disposizione dati ufficiali. A fronte della diminuzione complessiva del personale nell'arco del triennio - sottolinea la Ragioneria - la presenza femminile è aumentata come riflesso di un saldo netto positivo tra cessazioni e assunzioni». Le donne nella pubblica amministrazione, secondo l'ultimo censimento, sono precisamente 1.794.912.

L'istruzione è il settore in cui si concentra maggiormente la presenza femminile (rappresenta il 75,8% dei lavoratori e continua ad aumentare negli anni). In maggioranza le lavoratrici donne anche nella



sanità dove sono il 60,6%, e anche in questo caso in crescita rispetto al passato. Più o meno la metà, invece, in altri comparti della macchina pubblica, come gli enti pubblici non economici (53,2%), ministeri, agenzie e presidenza (49,1%), regioni e autonomie locali (47,6%).

Le donne dei tribunali passano dal 35,7% del 2002 al 37,3% nel 2004. In aumento anche le lavoratrici che scelgono la carriera diplomatica o prefettizia (dal 32,6% del 2002 al 33,5% del 2004). Cresce anche il lavoro delle donne nella ricerca ma resta, anche in questo caso, sotto la soglia del 40%. La presenza femminile rimane poco più che simbolica seppure in crescita, nelle forze armate (403 unità a fine 2004, lo 0,3% del personale). Nella polizia sono invece il 6,1%.

Il tempo parziale nella pubblica amministrazione resta a livelli bassi complessivamente. A fine 2004 avevano scelto l'orario ridotto complessivamente 143.881 lavoratori, pari al 4,3% del totale dei presenti a tempo indeterminato (si tratta comunque di una tendenza alla crescita, +14,6% nel triennio). La questione però interessa prevalentemente le donne che costituiscono circa l'83% dei lavoratori pubblici in part-time.



# Una "Perla" dell'editoria medico-scientifica

## Presentazione d'una preziosa "Novità" della Prof. Gensabella

di Antonino FERRARA

La presentazione d'un libro "nuovo" suscita sempre molteplici sentimenti, di sorpresa, di aspettativa e di speranza, quando lo si sa frutto della notorietà, ma soprattutto della competenza ed anche del coraggio di chi gli dà la vita.

La vita del libro può essere lunga, persino lunghissima. Si parla anche di "eternità", e non sembri una follia. "Il libro è la sola opera veramente immortale dell'uomo" è scritto a caratteri cubitali nell'atrio d'una Biblioteca americana, fra le maggiori al mondo.

E l'assunto non sembri smodato, perchè, al confronto con tutti i più grandiosi manufatti dell'ingegno umano, il libro è quello che patisce meno delle ingiurie del tempo, anche per la sublime immaterialità del suo contenuto.

Di certo, un buon libro realizza un arricchimento per tutti e questa nobile fatica, merito della caparbia e faticosa costanza della Professoressa Gensabella - Furnari, coadiuvata al meglio da una scelta coorte di Specialisti, realizza compiutamente lo scopo prefisso: quello di focalizzare i punti controversi della Medicina al confronto con l'Etica e con i Codici oggi esistenti, mentre si affacciano sempre nuovi tecnicismi e significative modifiche dei costumi.

Il libro "il paziente, il medico e l'arte della cura", editore Rubettino 2005, raccoglie in poco più di 200 pagine, contributi originali di qualificati Studiosi, che espongono, con taglio monografico, dati bibliografici di non facile acquisizione e considerazioni personali di grande valore. Sarebbe arduo riassumere in breve spazio anche solo i dati essenziali delle singole Relazioni, nonchè del dibattito seguito, nel pomeriggio dell'8 maggio u.s. nella Sede dell'Ordine alla presentazione dell'opera da parte della prof. Gensabella e della dott.ssa Battaglia, componente del Comitato Nazionale di Bioetica, presenti personalità della Cultura e della Professione medica.

Unanime è stato l'apprezzamento dell'opera, generale il consenso sulla sua utilità e sulla previsine d'un grande successo editoriale.

Una immagine pittorica decora il frontespizio del



libro dell'illustre Docente: un'opera giovanile di Pablo Picasso, datata 1897, etichettata dall'Autore come "Scienza e carità".

Non poteva farsi scelta migliore. Il padre dell'Artista, anch'esso pittore-decoratore d'ambienti, ha posato come modello per la figura del Medico, effigiato come personaggio centrale intensamente compenetrato del dramma della malattia dell'inferma, che ha scolpito nel volto e nell'atteggiamento di desolato abbandono, la gravità del male. E' il momento, quello raffigurato dall'artista, in cui i due protagonisti vivono la stessa passione, sono un'entità unica, tormentata dalla sventura. La malata con l'ansia e forse la rassegnazione del peggio, il medico con i suoi dubbi silenziosi, ma con la spasmodica irrinunciabile ricerca della vita. E' questa la sostanza vera di quel sublime, per molti addirittura sacro, "rapporto medico-paziente".

Che dev'essere salvaguardato da ogni tentativo di banalizzazione tanto più colpevole quanto più mascherato o contrabbandato con falsi propositi di "pianificazione" riformista, in realtà ispirata unicamente a finalità contabili o di strategia politica, entrambe estranee all'uomo come persona.

Si cerca oggi di addebitare al nuovo fervore della ricerca scietifica ed ai risultati, certamente esaltanti, che ne risultano, i motivi dello stravolgimento di antichi canoni, peraltro ratificati nei Codici, sia

deontologico che giudiziari, ma non è nei progressi della "ricerca" che vanno ricercate le aberrazioni della pratica medica e il decadimento dei costumi, ma nelle regole del "mercato" che mirano alla "massificazione" ed alla degradazione dell'uomo a semplice "numero", con la conseguenza di svilire, fino ad abolire del tutto validità etica e superiorità dei risultati, riconosciuti da secoli di civiltà allo speciale rapporto interpersonale fra medico e paziente. In realtà, proprio come sostiene intelligentemente la gentile ed intuitiva alleata della nostra Classe medica, il tentativo,

purtoppo già messo in atto, di ridurre il malato a puro "oggetto", mira a rompere il vincolo di empatia fra medico e paziente ed a ridurre l'arte medica ad una semplice tecnica professionale, priva di significato. L'etica deve contrapporre alla dimensione corpo la dimensione anima, sganciandosi dalla tirannia della tecnica, aprendo la strada a quelli che sono i sogni della ragione.

La medicina deve ritrovare la profonda vocazione di "Arte delle arti", nata a difesa della vita umana, scrive al prof. Gensabella. Solo così il paradigma dell' "alleanza permanente" tra medico e malato potrà trovare quella forza in più, che si rende necessaria per accettare la sfida che oggi il potere della "tecnica" lancia alla più antica delle arti. Sono questi e molti altri gli spunti di cui è intrisa una prosa rapida e accattivante, ricca di verità ma anche di squisita sensibilità.

Uno stimolo in più per leggerla e convincersene.



# Un medico coraggioso

di Angelo **PETRUNGARO**

**N**el 1945 a guerra finita, gli eccidi da parte dei comunisti continuarono in diverse località d'Italia fra cui Schio - ridente cittadina del Veneto in provincia di Vicenza - là dove c'era una vecchia prigione che ospitava delinquenti comuni e prigionieri politici il cui reato era solamente quello dell'appartenenza al Partito Fascista.

Nella notte fra il 6 e il 7 Luglio 1945 partigiani armati e mascherati entrarono nel carcere: alcuni salirono al primo piano dove si trovavano i Notabili - fra cui il professor Michele Arlotta di 62 anni, siciliano, primario chirurgo all'Ospedale di Schio e li spinsero fino al secondo piano nello stanzone delle donne che dormivano.

Altri, sempre armati, entrarono nello stanzone al piano terreno dove tolsero ai detenuti gli orologi e anche le scarpe come usavano fare i soldati dell'Annata Rossa in Germania.

Tutti avevano le armi puntate sui detenuti sia al piano terra sia al piano disopra.

Il professor Michele Arlotta era nato il 20 Agosto 1883 a Librizzi (Messina). Laureatosi in Medicina e Chirurgia presso la Regia Università degli Studi di Palermo, aveva dato a Messina un valido contributo ai soccorsi dopo il terremoto del 1908 e svolto la sua attività di medico all'Ospedale di Patti in provincia di Messina.

Nel 1930, in seguito a concorso, era arrivato a Schio come Primario nel reparto di Chirurgia del locale Ospedale.

Dopo nove anni, sempre per con-

corso, doveva essere trasferito a Patti, vicino casa, ma la popolazione di Schio fece una petizione affinché il chirurgo rimanesse ed egli rimase.

In quell'occasione gli fu donata una Medaglia d'oro a ricordo. Non si era mai interessato di politica, lo fece dopo l'armistizio dell'8 Settembre 1943 quando decise di iscriversi al Partito Fascista Repubblicano inoltrando



*Il prof. Michele Arlotta con Mons. Tagliaferro*

domanda di iscrizione che fu accolta all'unanimità dalla Commissione per la revisione delle domande di iscrizione al P.F.R. riunitasi presso la Casa del Fascio di Schio in data 12 Dicembre 1943 XXI E.F. Aderì quindi alla Repubblica Sociale Italiana (R.S.I.).

Data la sua posizione sociale, fu nominato componente del Direttorio del Fascio Repubblicano di Schio.

Difese sempre l'Ospedale da perquisizioni da qualsiasi parte politica provenissero perché lo riteneva un luogo sacro mettendo in pratica il principio della neutralità dei feriti sostenuto fin dal 1848 da Ferdinando Palasciano - Ufficiale medico dell'Esercito borbonico - durante la repressione della rivolta di Messina quando al Gen. Filangieri, suo Comandante,

ebbe a rispondere "La mia missione di medico è troppo più sacra del mio dovere di soldato", potendosi considerare quindi precursore della Croce Rossa.

Il professor Arlotta difese l'Ospedale perfino da ventilate perquisizioni alla ricerca di partigiani ed ebrei, affermando che avrebbe strappato la tessera qualora esse si fossero verificate.

Il professore riuscì nel suo intento, infatti l'Ospedale di Schio, in cui venivano ricoverati uomini di ogni estrazione ideologica, non fu mai violato.

Lo violarono soltanto i partigiani quando prelevarono il Primario Chirurgo e lo portarono alle carceri mandamentali di Schio, dove per oltre 45 giorni l'illustre medico si prodigò per alleviare le sofferenze dei reclusi. E

non solo, quando i partigiani entrarono nel carcere e tennero le donne sotto la minaccia delle armi, egli fece loro scudo col proprio corpo invitandole ad avere coraggio.

Il professor Arlotta cadde sotto le prime raffiche nella notte dal 6 al 7 Luglio 1945.

Insieme a lui furono fucilate circa settanta persone in quello che è conosciuto come l'eccidio di Schio, di cui ancor oggi si discute. Se in questo esempio di barbarie tutto è buio, la figura del professor Michele Arlotta risplende in tutta la sua luce di uomo e di medico, votato alla difesa dei suoi malati e al rispetto dei valori imprescindibili Onore Dovere Patria.