



Luglio
Agosto
2006 **4**

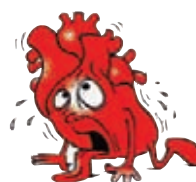
Il radiologo Lagalla alla guida della Sanità



Liberalizzazioni, effetti
del decreto Bersani



Emergenza cuore in Sicilia



Dermatite atopica nei bambini

Oncologia, ruolo del Trastuzumab



Day Hospital di oncoematologia pediatrica

De jure condendo, il consenso informato

sommario

DIRETTORE EDITORIALE Nunzio Romeo

DIRETTORE RESPONSABILE Lorenzo Mondello

REDATTORE CAPO Mario Primo Cavaleri

VICE DIRETTORE Valentino Sturiale

FUNZIONARIO Giusy Giordano

SEGRETERIA di REDAZIONE



Europa Due media & congress

Via Boner, 56 - Messina

Tel 090.5726604 (pbx)

090.5729841 (fax)

e-mail: europadue@europadue.191.it

Stampa: Grafo editor s.r.l. - tel. 090 2931094
e-mail: GRAFOE01@GRAFOEDITOR SRL1.191.it

COMITATO DI REDAZIONE

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

EDITORE

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Messina

Via Bergamo is. 47/A - Messina

tel. 090.691089 - Fax 090.694555

e-mail: info@omceo.me.it

sito: www.omceo.me.it

CONSIGLIO DELL'ORDINE

Antonino Ferrara *Presidente Onorario*

Nunzio Romeo *Presidente*

Carmelo Salpietro Damiano *V. Presidente*

Salvatore Rotondo *Segretario*

Paolo Catanoso *Tesoriere*

Consiglieri:

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

Revisori:

Presidente: Eligio Giardina

Componenti:

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

Commissione Odontoiatri:

Giuseppe Renzo, *presidente*

Gaetano Iannello, *segretario*

Alfredo Catarsini, Giuseppe Della Torre,

Giuseppe Lo Giudice.



Roberto Lagalla: torna un medico alla guida della Sanità Siciliana

Benvenuto Assessore



di Nunzio **ROMEO**

L'assessorato alla sanità torna sotto la guida di un medico, il radiologo Roberto Lagalla, e salutiamo con compiacimento questa scelta del presidente della Regione Salvatore Cuffaro che aveva più volte ribadito la sua volontà di arricchire con la presenza di tecnici il nuovo governo della Regione.

L'agenda di lavoro che attende il nuovo assessore è complessa ma da addetto ai lavori saprà districarsi con competenza nel variegato



L'assessore Roberto Lagalla che guiderà la Sanità nel nuovo Governo Cuffaro. Accanto, Palazzo dei Normanni

mondo della sanità, che tra pubblico e privato attraversa un momento delicato e attende un Piano organico di interventi che restituisca ai cittadini e agli operatori certezze e riferimenti precisi per un'assistenza in linea con gli standard più avanzati. Le premesse per una svolta e il rilancio di credibilità ci sono. Il prof. Lagalla saprà farsi artefice di queste risposte.

Siamo ancora fermi a schemi burocratici vecchi di decenni, a tipologie operative ospedaliere non più rispondenti a criteri dell'accoglienza largamente applicati in altri settori e che a maggior ragione dovrebbero essere recepiti dalle nostre strutture, perché il cittadino che a noi si rivolge è ovviamente una persona che versa in uno stato momentaneo di bisogno, di vulnerabilità, di disagio. E tale condizione non può essere aggravata ulteriormente da una trafila talvolta stressante in cui si imbatte chi accusa patologie particolari e al suo arrivo in ospedale deve migrare da una parte all'altra, prima di arrivare davanti al medico che deve

di programma; manca un definitivo Piano mentre gli annunci sembrano destinati a rimanere tali nel tempo portandosi dietro, di volta in volta, un appesantimento di problemi che aggrava il compito di chi deve gestire, con l'ovvia conseguenza di non poter contare su finanziamenti bastevoli, posta l'inevitabile espansione di costi a fronte del dilatarsi dei tempi nell'attuazione dei programmi.

Al quadro complesso dei rapporti Stato - Regione che ha modificato le competenze, si somma adesso una situazione economica non florida; e una organizzazione ospedaliera che presenta punti di criticità:

con carenze strutturali, mancata realizzazione di 140 mila posti letto previsti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio, carenze di posti letto anche nei presidi di emergenza

Mentre rimangono ancora obiettivi da conseguire dell'accordo di programma del 2002:

* il completamento della rete ospedaliera con particolare riguardo alle specialità localizzate nelle aree metropolitane, attraverso la realizzazione di strutture di eccellenza (che

prendersene cura.

Il calendario auspicato di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico procede a rilento; le scelte vagano tra accordi

nella nostra città dovrebbe essere il Centro oncologico);

* il potenziamento della rete dei servizi territoriali;

* il potenziamento delle strutture in day hospital;

* gli interventi per le isole minori, volti a colmare la condizione di marginalità.

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

Va salutata certamente con favore una tra le prime indicazioni di Lagalla che intende valorizzare il ruolo del medico di famiglia, primo riferimento assistenziale, che rimane infatti estraneo al percorso successivo del suo malato.

Un "tavolo tecnico" per provincia, che metta insieme tutti i direttori generali e sanitari, potrebbe essere un utile momento di analisi e valutazione, in grado di intercettare le possibili sinergie operative e individuare correttivi

Non tralasciamo occasione per ribadire la necessità di una maggiore umanizzazione delle strutture e della centralità del rapporto utente-ospedale nel senso di rivedere i percorsi di ricovero e di assistenza. Perché a nessuno deve essere negato un posto in ospedale, meno che mai a chi versa in condizioni di urgenza.

E' necessario il massimo coinvolgimento per radicare una diversa filosofia di approccio che riporti il paziente, con la sua individualità, al centro della nostra attenzione e che consegua l'obiettivo cui tutti tendiamo di una migliore assistenza.



Lettera aperta all'Assessore regionale alla Sanità Roberto Lagalla

Come migliorare il rapporto Medico-Paziente

Illustre assessore, ho letto con molto interesse la Sua intervista pubblicata sulla Gazzetta del Sud del 21 Luglio dove cita più volte il ruolo del Medico di famiglia nell'attuale organizzazione del SSN. Colgo l'occasione per esprimere il mio punto di vista sull'argomento.

La professione del medico di famiglia è in rapida evoluzione. Stiamo vivendo un momento di passaggio: l'invecchiamento della popolazione con il conseguente aumento delle patologie croniche, delle patologie oncologiche e dei sopravvissuti ad eventi acuti determinano l'aumento delle esigenze complessive nel settore della salute da parte del cittadino e rischiano di travolgere il Servizio Sanitario Nazionale. Oggi il Medico di Medicina Generale non si occupa più solo del benessere psicofisico del paziente, ma è diventato un punto d'incontro tra il cittadino ed il Servizio Sanitario Nazionale. Oltre a curare direttamente il paziente, lo guida nel percorso assistenziale e nell'accesso alle prestazioni di tipo specialistico territoriale e osped-

* di Luigi GALVANO

daliero e in un certo senso lo rappresenta nei confronti di tutto il sistema sanitario. Di conseguenza è aumentato il carico burocratico che deve svolgere, a volte non trovando adeguato supporto nelle strutture territoriali e negli strumenti a disposizione. La domanda di salute è diversa dal passato: il disagio sociale, i disturbi del comportamento alimentare, la prevenzione primaria delle malattie croniche, dei comportamenti a rischio, delle malattie oncologiche costituiscono una agenda di lavoro non indifferente. Un'altissima percentuale di cittadini ha bisogno soltanto di una medicina di prossimità, vale a dire dell'ascolto attivo del proprio medico di fiducia. Ma a volte il medico ha poco tempo e in quel poco tempo vuole scovare la malattia e se possibile indicare una cura. Diciotto secondi è il tempo, stimato da uno studio europeo, che intercorre tra l'inizio del racconto del malato e il primo intervento del medico. Undici minuti è il tempo medio di ogni contat-

to con il paziente. Dieci, venti minuti è il tempo che, secondo l'ex ministro della Sanità Unmerito veronesi, bisognerebbe dedicare a un paziente oltre alla visita. In questo lasso di tempo passa la palese difficoltà nella relazione medico-paziente, che oggi viene denunciata da entrambe le categorie.

Tutto questo, ormai da anni, ha portato a una certa insoddisfazione nei medici di famiglia: la sanità non sembra essere più "a misura d'uomo" e si avverte l'esigenza diffusa di rivalutare e valorizzare il rapporto medico-paziente e di riumanizzare la medicina: occorre una riorganizzazione della Medicina Generale per adeguare l'ambiente di lavoro alle nuove esigenze, ed ecco perchè occorrerebbe una riformulazione generale della programmazione della salute sul territorio. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale, ad esempio, non ha ancora sperimentato un sistema informativo di rete in grado di integrare diverse figure professionali e di far dialogare ospedale e territorio. Siamo in grave ritardo rispetto all'Europa. Il Governo



Inglese ha recentemente stanziato 4,5 miliardi di euro sulla Clinical Governance e sul sistema informativo sanitario, con l'obiettivo di cogliere i reali bisogni di salute, analizzare le evidenze scientifiche ed allocare le risorse necessarie a far fronte a questi bisogni. I medici devono essere informati e supportati per migliorare la loro attività professionale sulla base dell'analisi dei dati reali. E' necessaria una migliore organizzazione della nostra attività. Comincia a farsi largo la propensione a ritenere che, fra le diverse forme nelle quali un medico di famiglia può operare, quella che risponderebbe meglio alle esigenze degli utenti sia quella della "medicina di gruppo". Si tratta di una modalità organizzativa della professione del Medico di Medicina Generale in base alla quale

un gruppo di medici di famiglia può decidere liberamente di condividere sede, mezzi e organizzazione funzionale del lavoro per ottimizzare diversi aspetti della propria professione, migliorando così il livello di assistenza al paziente sia per quanto riguarda l'accessibilità e la continuità dell'assistenza sia in termini di appropriatezza clinica. Inoltre in queste strutture possono operare anche altre figure sanitarie. Potrebbe essere questa la risposta alla necessità di una struttura più articolata ma pur sempre "leggera" per gestire il bisogno di cure della popolazione sempre più complesso. Il supporto che chiediamo al nostro Servizio Sanitario è di agevolare il cambiamento culturale dei medici e utilizzare i flussi informativi per mettere in evidenza i vantaggi che la medici-

na di gruppo porta al sistema, in termini di razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse e di miglioramento della qualità del servizio erogato agli utenti: questo modello potrebbe, peraltro contribuire alla crescita sociale ed economica del territorio unitamente ad una migliore umanizzazione dei servizi sanitari e garantire un nuovo modello operativo, in cui il paziente e l'operatore sanitario acquisiscano una posizione centrale, senza perdere la caratteristica fondamentale e irrinunciabile di essere un'alleanza tra persone, è la sfida che siamo tutti chiamati ad affrontare".

**Consigliere nazionale e regionale FIMMG (Federazione Medici Medicina Generale), Presidente regionale SIMG (Società italiana di medicina generale).*

Posizione assicurativa per i medici della medicina dei servizi passati alla dipendenza

L'Ordine ha chiesto al Direttore Generale dell'AUSL n. 5 di Messina, per motivi di opportunità, di soprassedere a raccogliere le opzioni per la scelta dell'Ente Previdenziale a seguito del passaggio alla dipendenza di tutti i medici che svolgevano attività in convenzione con il SSN nell'ambito della medicina dei servizi.

Si è infatti avvertita la necessità di verificare attentamente tutte le problematiche connesse alla tutela previdenziale e per tale motivo l'Ordine, che comunque non ha dubbi circa la validità della scelta nei confronti dell'ENPAM, si fa promotore di una iniziativa per una riunione-dibattito prevista per i primi giorni del mese di settembre, presente un Consigliere nazionale dell'Enpam di Roma.

La previsione è di tenere la riunione nella prima decade di settembre

Questo il testo della lettera del presidente Nunzio Romeo inviata al direttore generale dell'Asl 5 Salvatore Furnari:

«L'Assessore alla Sanità della nostra Regione Sicilia ha firmato il decreto per il passaggio, dal 1 agosto 2006, alla dipendenza dei medici che svolgevano attività in convenzione con il SSN nell'ambito della medicina dei servizi.

Detto personale che per la nostra provincia interessa 66 medici, potrà esercitare la facoltà di opzione prevista dall'art. 6 del decreto legislativo 254/2000, modificativo ed integrativo dell'art. 8 del decreto legislativo 19/06/1999 n. 229, nel senso che detti medici hanno diritto al mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'ENPAM (Fondo Medici Specialisti Ambulatoriali).

Al fine di consentire ai medici interessati di acquisire le problematiche connesse alla tutela previdenziale, si prega la S.V. di voler far soprassedere, per il momento, alla raccolta dell'opzione che deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo.

Ciò ovviamente per porre i sanitari nelle migliori condizioni possibili per la scelta del loro Ente Previdenziale; in altri termini se continuare a restare all'ENPAM, oppure essere iscritti all'INPDAP».



Con l'approvazione del decreto Bersani

Effetti della "liberalizzazione"

Come più volte preannunciato, il voto di fiducia del Senato ha, di fatto, concluso l'iter parlamentare del cosiddetto "Decreto Bersani". Il testo finale corrisponde a quello approvato dalla Commissione Bilancio del Senato perché largamente ripreso dalla stampa specializzata (Sole-24 ore del 22 luglio). Salvo improbabili modifiche alla Camera, possiamo trarre un primo bilancio sulla vicenda.

Sul piano del metodo è indubbio che le ampie modifiche apportate all'art. 2 e all'art. 35, oggetto di nostri specifici rilievi, ma praticamente a larga parte del decreto, rendono evidente il fatto che le categorie coinvolte e il Parlamento si sono fatti sentire e, se ci è consentito, una piccola parte nell'affannoso iter l'abbiamo giocata anche noi.

Infatti, entrando nel merito di alcune questioni, anche la nostra azione capillare e determinata ha portato il legislatore a riconsiderare la delicata questione della pubblicità prevedendo in modo esplicito come non mai nella legislazione primaria vigente, un ruolo di vigilanza e di tutela in capo agli Ordini professionali, sulla veridicità e trasparenza del messaggio comunicativo. Non deve inoltre sfuggire il fatto che la norma specifica anche gli oggetti nuovi e "deontologicamente sensibili" di tale verifica e cioè le caratteristiche del servizio offerto, il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni.

È interessante notare come se da una parte si abolisce l'obbligatorietà delle tariffe minime fisse, dall'altra si prevede che l'Ordine ha il compito di vigilare sul rispetto della veridicità e trasparenza dei prezzi e dei costi (comma 1b) a cui si aggiunge quello di prevedere, nei codici deontologici, misure di garanzia della qualità (comma 3). Questa opportunità, se ben gestita,

lascia spazio ad interventi degli Ordini su una materia quanto mai delicata, tesa cioè a garantire che "prezzi di mercato" magari particolarmente vantaggiosi, non abbiano in realtà espulso la qualità e la sicurezza.

Non siamo riusciti invece a stringere un po' di più e meglio su quella parte della norma che prevede la costituzione di società tra persone e dovremo sicuramente lavorare molto per regolamentare comunque questa materia, essendo consapevoli che l'ingresso di soci di capitali, senza regole né limiti, può stravolgere la mission degli studi professionali.

Il punto che, in via di principio, ci vede in completo disaccordo e non riusciamo a immaginare come possa, di fatto, concretizzarsi nelle nostre attività, è quello della parametrizzazione delle parcelle al raggiungimento degli obiettivi perseguiti.

Cogliamo invece con soddisfazione la dilazione nel tempo delle dis-

posizioni di carattere fiscale previste all'art. 35; avremo l'opportunità di riconsiderare la materia convinti che sia possibile ottenere lo stesso risultato con strumenti diversi, meno gravosi per i cittadini e per i professionisti.

Quanto sopra non giustifica ovviamente trionfalismi di alcun tipo, ma ci incoraggia sulla strada che abbiamo scelto di un forte e determinato atteggiamento propositivo verso il Parlamento e verso le Istituzioni. Questa scelta è determinata anche in ragione di quanto si va profilando all'orizzonte e cioè un vero e proprio progetto complessivo di revisione giuridica e legislativa delle professioni intellettuali e degli Ordini professionali.

Dobbiamo essere pronti a queste scadenze avvicinando la mobilitazione alla proposizione qualora prevalga una visione mercantile e riduttiva delle nostre attività professionali e dei nostri Ordini.

Fermo restando che la valutazione complessiva della materia sarà comunque oggetto di un confronto nel prossimo Consiglio Nazionale, ritengo che non ci siano al momento, i presupposti per una sua convocazione d'urgenza, così come era stato ipotizzato nella mozione conclusiva dell'ultima Assemblea dei Presidenti.

Amedeo Bianco

L'Ordine chiamato a vigilare sulla pubblicità

Nel pacchetto delle misure fiscali e della cosiddetta liberalizzazione, in modo particolare l'art. 2 appare profondamente rivisitato, tanto che l'articolaista del Sole 24 Ore, nel presentare il testo, lo intitola "l'Ordine vigila su pubblicità e società".

Mentre il comma 1 alla lettera a) viene modificato prevedendo l'abrogazione della obbligatorietà di tariffe fisse o minime, lasciando quindi aperta la possibilità della indicazione di tariffe consigliate o di riferimento, la lettera b) vede recepito il principio del nostro emendamento. Iaddove l'abrogazione del divieto è riferita a "pubblicità informativa",



viene inserito il concetto di "costi complessivi" e la previsione esplicita che è compito degli Ordini verificare il rispetto dei criteri di trasparenza e veridicità dei messaggi (terminologia identica a quella del nostro Codice deontologico); alla lettera c) la previsione di costituire società tra professionisti, anche interdisciplinari è profondamente mitigata dal principio che "l'oggetto sociale relativo all'attività libero-professionale deve essere esclusivo". che il medesimo professionista non può partecipare a più di una società e soprattutto che "la specifica prestazione deve essere resa da uno o più soci professionisti preventivamente indicati".

Mi pare che da queste integrazioni il comma 3 esca profondamente rafforzato, anche ad invarianza del testo, diventando inequivocabile che spetta alle "disposizioni deontologiche e ai codici etici di autodisciplina" indicare le misure a garanzia della qualità delle prestazioni professionali.

Per quanto riguarda l'art. 35, comma 12, il testo emendato prevede una gradualità delle misure e quindi tempo e spazio per una ulteriore riflessione sulla misura che anche a regime conterremmo essere inefficace.

Abbiamo colto, inoltre, nel dibattito politico e parlamentare una seria volontà di addivenire ad un 11° Ordine legislativo delle professioni intellettuali e degli Ordini professionali, a conferma del quale possiamo indicare lo stop, dato nell'ultimo Consiglio dei Ministri, al varo della delega prevista

dalla Legge 43 per gli Ordini delle nuove professioni sanitarie.

Continueremo nelle prossime ore il nostro impegno affinché il testo possa avere ulteriori miglioramenti di cui Vi daremo notizie anche se, allo stato dei fatti, lo spazio appare quasi inesistente.

Alcuni di Voi mi hanno scritto e telefonato manifestando preoccupazione per la scarsa visibilità mediatica della nostra Federazione in queste settimane.

Senza nulla togliere al buon diritto di altre categorie, di artigiani e professionisti, di manifestare secondo metodi e strumenti che attirano più che altro la curiosità mediatica, noi abbiamo scelto di lavorare sul piano istituzionale in ragione della tutela di nostri legittimi interessi e di quelli dei cittadini, attraverso una serie mirata di confronti che, alla luce dei risultati, appaiono discretamente proficui; abbiamo evitato elementi di confusione con la materia commerciale con la quale non vogliamo assolutamente paragonarci.

Siamo orgogliosi del nostro ruolo sociale e della nostra funzione civile e non esiteremo, nel prossimo futuro, a promuovere azioni clamorose di protesta qualora dovesse profilarsi un progetto di smantellamento delle nostre Istituzioni ordinistiche, preludio ad una mercificazione delle nostre professioni.

A. B.



Sono stati posti da molti Ordini alcuni quesiti circa la regolamentazione della pubblicità sanitaria alla luce delle previsioni del DL 223/06, così come modificate dal maxiemendamento del Governo ed approvate con voto di fiducia al Senato il 25 luglio. L'articolo 2 del Decreto Legge 4 luglio 2006, n. 223, profondamente rivisitato dal maxiemendamento governativo in sede di conversione in legge (nel testo in grassetto), al primo comma, lettera b), abroga le disposizioni legislative e regolamentari che vietano, anche parzialmente, la pubblicità informativa di titoli,

Alcuni quesiti sulle previsioni del decreto

specializzazioni professionali, caratteristiche del servizio offerto nonché il prezzo e i costi complessivi delle prestazioni, secondo criteri di trasparenza e veridicità del messaggio il cui rispetto è verificato dall'Ordine.

Va innanzitutto precisato che la legge n. 175 del 1992 - che regola, in via primaria, la materia nel settore sanitario - non è stata abrogata, ma parzialmente interessata dal DL, estendendo ad altre fattispecie la liceità della comunicazione informativa.

Tale legge, in quanto contiene una disciplina positiva, deve ritenersi pienamente compatibile con il decreto richiamato. Essa infatti, così come il regolamento di sua attuazione approvato con D.M. 657/94, non contiene divieti e neppure limitazioni che possano ritenersi in conflitto con la nuova previsione normativa.

L'originaria limitazione contenuta nell'art. 1 della L. 175/92 che

consentiva al medico di far conoscere solo i propri titoli e le proprie specializzazioni, è venuta meno a seguito dell'ampliamento delle facoltà introdotto dalla L. 112/04 che ha previsto la possibilità di pubblicità anche attraverso emittenti radiotelevisive, in aggiunta a quella su giornali periodici consentita dalla L. 42/99.

La legge 175/92 e il D.M. 657/94 non possono quindi ritenersi abrogati dalla nuova disciplina alla quale, in virtù dell'art. 12 delle preleggi, non si può attribuire altro senso che quello fatto palese dal significato proprio delle parole, dalle quali non emerge affatto una dichiarazione abrogativa esplicita, ma neppure implicita per sopravvenuta loro incompatibilità. Anzi, la legge 175/92 consente proprio di pubblicizzare titolo e specializzazioni e specifica le modalità pratiche in cui ciò può essere fatto per esigenze di uniformità, a tutela del bilanciamento degli interessi coinvolti, in un settore particolarmente delicato qual'è quello della salute.

In altri termini l'abrogazione delle disposizioni di divieto non è presupposto in sé sufficiente per consentire qualsiasi contenuto e forma dei messaggi pubblicitari, specie in presenza di una normativa speciale che disciplina dettagliatamente proprio questi profili. L'abolizione dei divieti non rende automaticamente consentite tutte le fattispecie non regolamentate dalla normativa speciale, per le quali è pur sempre necessaria una regolamentazione specifica non tanto che le renda "non vietate", quanto che ne renda palesi le modalità di loro concreta esplicazione.

Va in questo senso interpretata la previsione nel testo emendato per la quale l'Ordine professionale deve verificare il rispetto della trasparenza e veridicità del messaggio.

Confirma questa interpretazione il comma 3 dell'art 2 che invita ad adeguare le disposizioni deontologiche e di autodisciplina quasi

a voler consentire di integrare nella normativa speciale quelle fattispecie che, non trovando in essa regolamentazione, possono dar adito a contestazione.

Il termine per tali adeguamenti è previsto entro il 31 dicembre 2006 e fino alla sua scadenza la materia continua ad essere regolata dalla L. 175/92 e dal relativo regolamento al quale gli Ordini professionali dovranno informare la valutazione delle domande per il rilascio dei "nulla osta" di competenza.

In conclusione, ferma restando l'autonomia di ciascun Ordine

a) le domande per il rilascio dei "nulla osta" a pubblicità sanitaria dovranno continuare ad essere evase nel rispetto della normativa speciale e relativo regolamento fino alla scadenza del termine per l'adeguamento delle disposizioni deontologiche e in difetto di modifiche della L. 175/92,

b) viene sospeso l'esame di tutte quelle fattispecie che non possano essere ricondotte alla richiamata normativa, in attesa dell'adozione di misure a garanzia della qualità delle prestazioni professionali, così come previsto nelle disposizioni conclusive dell'art.2,

c) occorre, da ultimo, porre in evidenza come stante la piena validità ed efficacia negli ambiti suddetti della L. 175/92, il D.L. in questione non incida sotto alcun profilo sulla potestà disciplinare degli Ordini.

I procedimenti pendenti, inerenti a violazioni deontologiche in materia pubblicitaria, nonché le eventuali condotte in contrasto con le disposizioni che regolamentano la materia, continuano ad essere disciplinati dalla normativa vigente e dovranno essere conclusi nel suo rispetto. La normativa sopravvenuta induce, tuttavia, a suggerire di prestare particolare attenzione al profilo soggettivo delle condotte violative, al fine di una corretta e adeguata valutazione dell'incidenza che assumono sui profili sostanziali tutelati dalla regola deontologica.

A. B.





Soddisfazione per il rinnovo del contratto di lavoro dei medici dipendenti è stata espressa dal Consiglio regionale dell'AMCO-Sicilia, Associazione medici chirurghi ospedalieri, che si è riunita al Nettuno di Catania. "Il paziente al centro del pianeta sanità è il traguardo che si può finalmente raggiungere con il nostro nuovo contratto - hanno detto i medici ospedalieri siciliani - ci sono tutti i presup-

cedure amministrative per l'adeguamento dei parametri economici già nella prossima busta paga ed auspicato un sistema di contrattazione diverso è più rapido. Quello attuale, infatti, sottopone i contratti a una serie di passaggi istituzionali prima di poter essere approvati, che vanno a sommarsi alle inadempienze della parte politica che insedia i tavoli di contrattazione con anni di ritardo. Giunge, in ogni caso, alla sanità, secondo il sindacato medico, un ulteriore

strumento indispensabile per governare i rapporti economici e normativi dei medici dipendenti degli ospedali e delle Asl, in un momento cruciale di crisi del Ssn. Il nuovo contratto,

Chirurghi ospedalieri soddisfazione Amco per il rinnovo *del contratto*



post, per esempio per ridurre sensibilmente le liste di attesa per le prestazioni specialistiche che diventano spesso un calvario per gli utenti del SSN. Ma accanto agli evidenti vantaggi per la popolazione ci sarà anche la possibilità di migliorare la qualità dell'attività professionale del medico anche attraverso una migliore organizzazione dei turni di guardia in ospedale". I delegati delle province siciliane hanno anche evidenziato la necessità di accelerare le pro-

Nella foto da sinistra: Giannetto, M. Romano, G. Romano, Gugliotta, Virgilio, Sciacchitano, Messina e Panebianco.

infatti, oltre a dare ai medici e ai veterinari i doverosi riconoscimenti economici e normativi, contiene elementi di modernità e di flessibilità che saranno utili ai medici e al buon funzionamento della Sanità, con una migliore assistenza ai cittadini soprattutto nel garantire loro una migliore continuità assistenziale per l'emergenza-urgenza negli ospedali. Al termine dell'incontro si è riunita l'assemblea che ha rinnovato i quadri regionali per il triennio 2006-2008 che sono adesso così composti: Vittorio Virgilio (CT) presidente, Giovanni Camarda (CT) Vice-presidente, Giuseppe Rao (ME), Francesco Iacono (CL), Claudio Agozino (EN), Domenico Cicala (PA), consiglieri.



La pelle dei bambini è a rischio: in Sicilia i casi di dermatite atopica, una patologia a carattere cronico che colpisce prevalentemente l'infanzia, manifestandosi con rossore, secchezza cutanea, prurito intenso e formazione di vescicole e croste, sono in forte aumento. In meno di dieci anni, il numero dei bambini della fascia di età 6-7 anni con dermatite atopica è cresciuto fino al 6,2 per cento. E anche tra i ragazzi più grandi, quelli della fascia di età 13-14 anni, le diagnosi sono aumentate di circa il 2 per cento.

La dermatite in Sicilia colpisce il 12 per cento dei bambini. Nel 65 per cento dei casi si manifesta entro il primo anno di vita, nel 90 per cento entro i cinque anni. Tra i 6 e i 7 anni ne soffre il 14 per cento, mentre tra i 13 e i 14 anni la percentuale scende all'11 per cento. Ma anche gli adolescenti sono colpiti: superata

L'allarme degli esperti su una malattia della pelle sempre più diffusa

In Sicilia il 12% dei bambini soffre di dermatite atopica

la fase della pubertà, in circa il 50 per cento dei casi si osserva un miglioramento spontaneo dalla malattia, mentre nel rimanente 50 per cento la patologia permane.

I sintomi di questa malattia sono facilmente riconoscibili: il bambino infatti presenta alterazioni cutanee evidenti, manifesta una forte tendenza al grattamento, è irrequieto, ha difficoltà a dormire, nella crescita presenta facilità di rinite e asma oltre a numerose allergie alimentari.

"La manifestazione più frequente è quella dell'eczema classico con arrossamento, vescicole, croste e prurito intenso" - ha spiegato Antonio Puglisi Guerra, direttore dell'Unità Operativa di dermatologia dell'Ospedale Papardo di Messina -. "Nei primi mesi di vita sono spesso colpiti la testa, le guance e le superfici estensorie degli arti. Dopo il primo o secondo anno di età le zone più interessate sono il viso, le mani e le pieghe dei gomiti e delle ginocchia".

La dermatite atopica è caratterizzata dall'alternanza di fasi di riacutizzazione, che si osservano soprattutto



durante la stagione fredda, e di fasi di remissione, che si verificano prevalentemente in estate grazie all'azione benefica dei raggi ultravioletti.

Oltre alle manifestazioni cutanee, questa patologia - specie quando si presenta in forme molto acute - può avere un impatto sulla qualità di vita dei bambini e delle loro famiglie; in quanto, in certi casi, può esporre i piccoli pazienti al rischio di discriminazioni da parte di coetanei.

In particolare negli adolescenti, alle prese con le ansie e le insicurezze di un'età di transizione, l'impatto della dermatite atopica può essere traumatico, specie quando la malattia si manifesta nelle aree del corpo più visibili, come il viso e il collo. Secondo **ISOLATE**, uno studio su larga scala condotto in 8 paesi, le manifestazioni della dermatite atopica intaccano l'autostima degli adolescenti che ne soffrono, causando in percentuali rilevanti episodi depressivi (52 per cento), difficoltà di concentrazione (37 per cento), disturbi del sonno (76 per cento) che si riflettono negativamente anche sulle loro prestazioni scolastiche; il 39 per cento degli adolescenti ha subito derisioni o umiliazioni a causa della loro condizione.

In Italia è da poco disponibile Elidel® (pimecrolimus), che costituisce un valido approccio innovativo per la cura della dermatite atopica.

"Questo nuovo rimedio terapeutico ci ha permesso di trattare quei casi che ormai non rispondevano più alla terapia standard dei prodotti a base di cortisone - ha spiegato Puglisi Guerra -. Pimecrolimus può controllare rapidamente i sintomi se usato precocemente e cioè appena la dermatite recidiva e non presenta gli effetti collaterali causati dai cortisonici. È quindi in grado di modificare assieme alle creme emollienti il decorso delle forme di lieve e media intensità della dermatite atopica, controllando l'intensità del problema e gli episodi di riacutizzazione. La formulazione in crema ben accetta dai pazienti, inoltre, ha consentito di arrivare anche sulle parti più delicate come il viso, le labbra e le palpebre".

Già utilizzato su oltre 6 milioni di pazienti, pimecrolimus è oggetto di numerosi studi clinici, che hanno coinvolto oltre 21.000 persone (dei quali 7.500 bambini), e ne hanno confermato il favorevole profilo di efficacia e sicurezza. È una crema all'1%: è facile da applicare, non unge e si assorbe rapidamente. Caratteristiche ideali per l'applicazione sui bambini.

Elidel è disponibile nella confezione da 30 e da 15 grammi. La confezione da 30 grammi, registrata in classe H, può essere dispensata gratuitamente al paziente all'interno delle strutture ospedaliere nella maggioranza delle regioni italiane e può anche essere prescritta dal medico a carico del paziente. La confezione da 15 grammi è registrata in fascia C ed è quindi a carico del paziente.



1 su 2

Coloro che non hanno mai sentito parlare di fattori di rischio cardiovascolare o non sanno citare rischi cardiovascolari

42%

Ignora che l'ipertensione e il colesterolo, se non curati, possono dare origine a malattie cardiovascolari

1.000.000 a rischio

Il 26% degli adulti in Sicilia soffre di almeno un fattore di rischio cardiovascolare

EMERGENZA CUORE IN SICILIA UNO SU QUATTRO È A RISCHIO, MA NON LO SA

I risultati della 1° Ricerca Pfizer Cardio 360 - Gfk Eurisko

Un quarto della popolazione adulta siciliana è affetto da almeno un fattore di rischio tra ipertensione e ipercolesterolemia. Solo in pochi però hanno consapevolezza di come questi fattori, anche sommandosi tra loro, moltiplicano la probabilità di patologie cardiovascolari.

È quanto emerge dalla Prima Ricerca Pfizer Cardio 360 - Gfk Eurisko, che ha sondato un campione di 20.000 italiani: la più ampia indagine condotta in Italia sulla prevenzione cardiovascolare.

Secondo i dati della 1° Ricerca Pfizer Cardio 360° - Gfk Eurisko, in Sicilia un adulto su quattro è affetto da almeno un fattore di rischio cardiovascolare tra ipertensione e ipercolesterolemia. Si tratta di oltre un milione di persone, di cui 486mila soffrono di ipercolesterolemia (14 per cento), 630mila di ipertensione (17 per cento) e 176mila di entrambi i fattori di rischio (5 per cento).

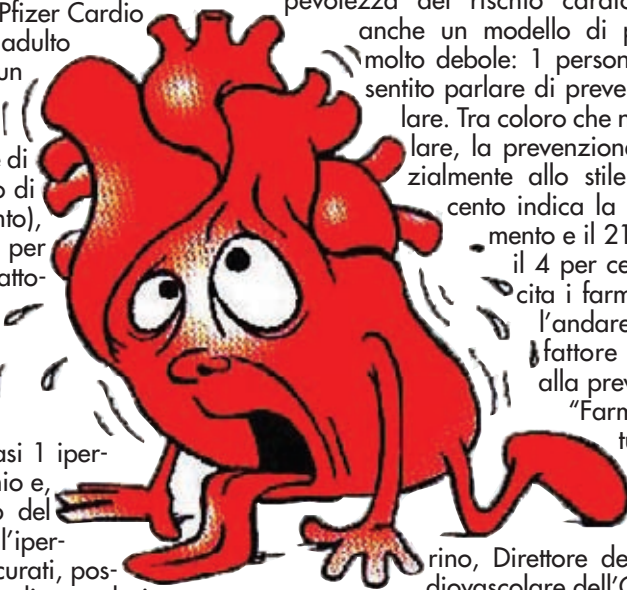
Tale situazione è aggravata dal fatto che è proprio la popolazione a rischio a stentare nel riconoscere il pericolo: in Italia 1 ipercolesterolemico su 3 e quasi 1 iperteso su 2 non sa di essere a rischio e, nello specifico, il 42 per cento del campione regionale ignora che l'ipertensione e il colesterolo, se non curati, possono dare origine a malattie cardiovascolari quali infarto, ictus, arterosclerosi, diabete, malattie cardiache e malattie cardiocircolatorie. Una percentuale superiore alla media nazionale. Oltre la metà del campione della regione Sicilia, inoltre, pur essendo soggetto a rischio, non ha mai sentito parlare o non sa citare alcun fattore di rischio cardiovascolare.

Neanche il proprio.

“È preoccupante come dall'indagine emerge una notevole difficoltà a riconoscere anche il proprio rischio cardiovascolare - afferma Isabella Cecchini, del Dipartimento Salute di Gfk Eurisko - la mancanza di consapevolezza sale in Sicilia al 54 per cento. Un dato superiore alla media nazionale. Questo vuol dire che, malgrado tutto gli sforzi di educazione alla salute, stenta ancora a passare l'importanza dell'approccio globale alle malattie cerebrovascolari”.

Accanto al quadro preoccupante della non consapevolezza del rischio cardiovascolare, emerge anche un modello di prevenzione ancora molto debole: 1 persona su 3 non ha mai sentito parlare di prevenzione cardiovascolare. Tra coloro che ne hanno sentito parlare, la prevenzione si ricollega essenzialmente allo stile di vita: il 61 per cento indica la dieta, il 42 il movimento e il 21 il non fumare. Solo il 4 per cento degli intervistati cita i farmaci e il 3 per cento l'andare dal medico come fattore importante legato alla prevenzione.

“Farmaco e corrette abitudini di vita devono poter coesistere - afferma il Professore Corrado Tamburino, Direttore del dipartimento Cardiovascolare dell'Ospedale Universitario “Ferrarotto” di Catania - il farmaco non deve mai, infatti, diventare la scorciatoia per evitare di rivedere le abitudini scorrette, così come non è possibile delegare completamente la propria salute alle sole abitudini di vita, per quanto equilibrate e corrette. Credo che il passo ulteriore sia lavorare perché la staffetta





specialista-medico di famiglia operi al meglio per educare la popolazione, mettendo a punto una strategia preventiva che porti in tempo sulla strada giusta."

Forte il ruolo riconosciuto ai media per tenere alta l'attenzione sulla salute, soprattutto TV e Radio, nel 62 per cento dei casi, seguiti dalla stampa, nel 21 per cento, anche se l'ultima parola spetta sempre al medico.

L'informazione resta dunque basilare per sviluppare un'attitudine preventiva nei confronti delle malattie cardiovascolari ed evitare ogni anno un gran numero di decessi e di infermità. Le malattie cardiovascolari sono in Sicilia tra le cause più importanti di mortalità, morbosità e invalidità, rappresentando il 42,5% dei decessi negli uomini ed il 51,4% nelle donne. L'entità del rischio che un individuo ha di sviluppare la malattia dipende dalla combinazione di uno o più fattori di rischio concomitanti. I dati raccolti in Sicilia nel 2004 dall'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare, mostrano un'incidenza di fattori di rischio cardiovascolari - ipertensione, colesterolo, fumo, diabete, ecc - sempre superiore alla media nazionale. In questo contesto, si inserisce il Progetto Cardio 360° di Pfizer, il cui spirito è la promozione di iniziative di informazione e formazione, nonché di creare un dibattito sul migliore approccio alla prevenzione e alla cura delle malattie cardiovascolari.

*Assistenza nelle isole minori
conferenza a Malta in ottobre*

1° Anspi European Island's

Appuntamento il 14 e 15 ottobre a Malta promosso dall'ANSPI per approfondire alcuni aspetti sulla assistenza sanitaria nelle piccole isole.

Questo il programma coordinato dal presidente Anspi Nino Scirè
VENERDI 13 Ore 09.00

Registrazione dei partecipanti, Saluto delle Autorità, Lettura Magistrale Inaugurale F. Tomasello (Magnifico Rettore Univers. Messina)

I SESSIONE

La tutela della salute nel contesto delle isole della Comunità Europea: lo scenario presente e futuro (Serafino Zucchelli: Sottosegretario Ministero della Salute); La sanità nelle Piccole Isole d'Europa: individuazione delle problematiche comuni e di soluzioni omogenee (On.le Maltese-Bruxelles); Discussione; Lunch.

II SESSIONE

Medicina Iperbarica Relatore (R. Infascelli: Presidente Naz. Società Medicina Subacquea ed Iperbarica); Medicina delle catastrofi Relatore (Bertolaso: Commissario Naz. Protezione Civile D'Italia); La risposta alle emergenze: individuazione di criteri comuni di organizzazione Relatore (V. Giustolisi: Presidente Naz. Società Medicina Emergenza-Urgenza); Discussione; Chiusura dei lavori.

SABATO 14: I SESSIONE, il paziente oncologico non ospedalizzabile: ricerca di percorsi innovativi di "Home care" (U. Veronesi / G. Perrone Donnorso); La qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti quale strumento di governo clinico (A. Ghirardini: Dirigente Direz. Gener. Ministero della Salute); Il turismo: criticità o risorsa economica? L'esempio della "Dialisi Vacanza" (C. Zoccali: Presidente Naz. Società Italiana di Nefrologia); Garanzie per la formazione continua ai Medici e sanitari delle Piccole Isole: azioni e mezzi (A. Bianco: Presid. Naz. Feder. Ordine dei Medici); Coffee break; I.C.T.: un mezzo indispensabile per il sostegno dell'erogazione dei servizi (W. Bergamaschi: Direttore Generale S.I.S. Ministero della Salute); Ipotesi di costruzione di una rete telematica sanitaria delle Isole Europee: dalla ricerca alla applicazione pratica (G. Zotta: Dirett.Gen. Ricerca Scientifica Ministero della Salute); Discussione; Lunch

II SESSIONE, pomeriggio, Patologie del disagio sociale nelle Piccole Isole (T. Frigione: Dirigente Medico Dipart. Salute Mentale AUSL5-Messina); Un nuovo ruolo per il medico del territorio in rapporto alle innovazioni tecnologiche (G. Donigaglia: Vice Pres. Naz. ANSPI); Proposte normative per gli operatori sanitari Delle Piccole Isole, (M. Falconi: Presidente Naz. Federaz. Medici Medicina Generale).



12.10-13.30 **OPINIONI A CONFRONTO:**
Il processo di integrazione Pubblico-Privato e l'accreditamento regionale
 Discussanti:
A. Galione, A. De Gregorio, E. D'Amaro, M. Buonfantino, G. Liuzzo

Chiusura del congresso

DOMENICA 1 OTTOBRE

Basilica Cattedrale

MEETING SATELLITE

"Il nursing nefrologico"

Il ruolo dell'infermiere di dialisi tra nuove tecnologie ed area critica

in collaborazione Collegio I.P.A.S.VI Messina

08.30-09.30 Registrazione dei partecipanti
 09.30-11.00 Cerimonia Inaugurale (Sessione Plenaria)
 11.00-11.30 Colfreak

Chiesa S. Caterina

11.30-13.30 **SESSIONE I** Moderatore: **S. Cuius, P. Tassinario**
 • *L'evoluzione della funzione infermieristica nel terzo millennio*
A. Casilli
 • *Organizzazione di un ambulatorio strutturato per la predialisi*
M. Coppa
L'accoglienza del paziente nell'ambulatorio di D.P.
M. L. Palma
 • *Il rispetto della privacy in dialisi*
L. Renzo
 Dibattito
 13.30-15.00 Lunch

15.00-16.40 **SESSIONE II** Moderatore: **A. Di Natale, F. Gitto**
 • *Trattamento delle acque in Dialisi*
V. Fonte
 • *La cartella infermieristica informatizzata e la gestione informatizzata di un reparto di dialisi*
L. Ragno
 • *Ottimizzazione delle risorse umane nei Centri di Emodialisi*
S. Cuius
 • *Aspetti etici dell'assistenza infermieristica in fase pre durante e post trapianto*
A. Sicilia
 • *L'assistenza infermieristica dei pazienti con gravi iperbilirubinemie nelle tecniche depurative extra corporee con sorbenti*
S. Baronello
 Dibattito

16.40 Testi di valutazione

RELATORI E MODERATORI

- | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| Andrescu Virginia E. (Napoli) | Giuglietti Giuseppe (Bari/paglia) |
| Apperti Vincenzo (S.E. a Cancelli) | Gino Francesco (Milazzo) |
| Auricchio Maria Rita (Caoddi di Stabia) | Iacinto Giovanni (Bielbiel) |
| Arcella Ferdinando (Nola) | La Vecchia Maurizio (Palermo) |
| Basu Antonio (Bologna I.R.C.) | La Volpe Giovanni (Catania) |
| Battaglia Giovanni Giorgio (Acitrezza) | Luzzo Gabriele (Catania) |
| Bellinghieri Guido (Messina) | Mallamace Agostino (Messina) |
| Bellizzi Vincenzo (Sofrona) | Maringhini Silvia (Palermo) |
| Blandino Alfredo (Messina) | Marracco Antonino (Trapani) |
| Biacchi Michele (Messina) | Menoli Bruno (Napoli) |
| Biancherino Marco (Napoli) | Miranda Roberto (Napoli) |
| Carnocisti Andrea (Nola) | Molino Daniele (Napoli) |
| Capasso Giovanni (Napoli) | Monteleone Eugenio (S.M. Capua Vetere) |
| Carotenuto Calisto (Agrigento) | Morino Luigi F.P. (Bari/paglia) |
| Casella Daniela (Catania) | Nappi Giuseppe (Bari) |
| Casavola Giulio (Messina) | Nardo Vito (Messina) |
| Cecilia Benedetta (Bari) | Reggiani Francesco (Bari) |
| C. Di Stefano Pietro (Catania) | Riccio Roberto (Milazzo) |
| Castello Sara (Catania) | Rosario Giuseppe (Napoli) |
| Cianciaruso Enrico (Napoli) | Rotta Luigi (Agrigento) |
| Cozzolino Daniela | Ruffino Roberto (Bari/paglia) |
| Costa Massimo (Bari/paglia) | Sacco Antonino (Palermo) |
| Coste Giuseppe (Napoli) | Schiano Roberto (Bari/paglia) |
| Coppola Silvana (Caserta) | Severo Sebastiano (Messina) |
| Cristoforo Giuseppe (Messina) | Silva Vincenzo (Messina) |
| Daidone Giuseppe (Siracusa) | Sirei Annunziata (Trapani) |
| D'Arlio Eupellio (Percy) | Siorozza Flavia (Trapani) |
| D'Apice Ludovica (Napoli) | Sporino Vito (Palermo) |
| De Gregorio Atacato (Palermo) | Stalleri Andrea (Siracusa) |
| De Pascale Carlo (Napoli) | Tassinario Pietro (Napoli) |
| De Pascale Emanuela (Napoli) | Tarbi e Maurizio (Napoli) |
| De Santo Natale (Napoli) | Tufano Luigi (Napoli) |
| De Simone Walter (Avezzano) | Vernata Spagnolo Elena (Messina) |
| Del Piano Domenico (Aversa) | Vinciguerra Salvatore (Bari/paglia) |
| Di Benedetto Attilio (Napoli) | Zoccali Gaetano (Reggio Calabria) |
| Di Bernardo Giovanni (Ragusa) | |
| Di Ferro Biagio Raffaele (Verbania) | Nursing infermieristico |
| Di Landro Domenico (Catania) | Catò Sebastiano (Lipari) |
| Fanuzzo Pasquale Mario (Catania) | Balotelli Santo (Milazzo) |
| Favara Antonio (Patti) | Casilli Annunziata (Lipari) |
| Fede Carmelo (Messina) | Corpa Marcello (Siracusa) |
| Federico Stefano (Napoli) | Di Natale Antonio (Trapani) |
| Ferro Francesco (Salerno) | Forzi Vito (Messina) |
| Gallone Annarita (Palermo) | Palma Maria Luisa (Nola) |
| Gasparino Giuseppe (Enna) | Ragno Eleonora (Messina) |
| Giannetto Giuseppe (Caltagirone) | Sicilia Angela (Messina) |

DOMENICA 1 OTTOBRE

Basilica Cattedrale

08.30-09.30 Registrazione dei partecipanti
 09.30 **Cerimonia inaugurale**
 Saluto delle Autorità
Riconoscimento ai Primari Emeriti nel ventennale del Congresso di Nefrologia di Lipari
Letture Magistrali:
"Gli obiettivi di cura e la realtà clinica, ridurre il Gap fra l'auspicabile ed il reale in Nefrologia"
C. Zoccali (Presidente SIN)
 Lettura:
"Che cos'è l'acqua" **N. G. De Santo**
L'atto dell'Odessa
Chiuso, arrovato, Epica, rivolto ad Elio ed Ippocrate
dei venti

11.30-13.30 **SESSIONE: EPIDEMIOLOGIA**
 Moderatori: **V. F. Andreucci, G. Bellinghieri**
 • *Letture introduttive:*
Il ruolo delle Kidney Transplants nella epidemiologia delle malattie renali
V. F. Andreucci
 • *La Nefrologia in Sicilia II consenso SIN ... ed oltre*
G. Daidone
 • *Dal consenso SIN: analisi dei dati Campani*
A. Camocardi
 • *Registro Campano*
B. Di Iorio
 • *Registro Siciliano*
D. Santoro
 • *Gestione Clinica dell'IRC Studio Table*
R. Minutolo
 Discussione

13.30-15.00 Lunch

15.00-16.40 **SESSIONE: DIETETICA NEFROLOGICA**
 Moderatori: **A. Marrone, B. Cianciaruso**
 • *Letture introduttive: La sindrome MIA*
G. Bellinghieri
 • *Dieta semisintetica ed IRC*
V. Bellizzi
 • *Indagine Siciliana sull'utilizzo della dieta ipoproteica nella U.O.C. di Nefrologia e Dialisi*
P. Castellino
 • *Dieta e progressione danno renale*
D. Di Landro
 • *Cioccolato e Dialisi*
C. De Pascale
 Discussione

16.40-17.00 **Mini Lettura:**
 Presentazione **G. Di Bernardo**
L'IRA negli Psittacidi **C. Fede**

17.00-17.30 Colfreak

17.30-19.30 **SESSIONE: ANEMIA E RENE**
 Moderatori: **E. Monteleone, S. Vinciguerra**
 • *Attuale dibattito su EPO e meccanismi di azione*
M. R. Auricchio
 • *Flessibilità della fisiologia con Darbepoetin alla GEMM*
A. Saragutti
 • *Anemia e Trapianto*
S. Federico
 • *Modulazione dei dosaggi di Epo nel paziente in terapia Carnitina*
G. Costantino
 Discussione

20.30 Cena

LUNEDÌ 2 OTTOBRE

09.00-10.40 **SESSIONE: METABOLISMO Ca-P**
 Moderatori: **A. Favazza, V. Apperti**
 • *Riduzione mortalità e morbilità nei pz con IRC: ruolo del Sevelamer*
D. Russo
 • *Metabolismo e secrezione salivare di P nell'uremia*
V. Savica
 • *Un analogo della vitamina D: il paracalcitolo*
A. Mallamace
 • *Calcium sensing receptor*
L. Morrone
 • *Cinacalcet: Esperienza biennale*
A. Nardo
 Discussione

10.40-11.00 **Mini Lettura:**
 Presentazione **N. G. De Santo**
Biomeccanica e repertorio renale **G. Li Volli**

11.00-11.20 Colfreak

11.20-13.40 **SESSIONE: NUOVE TECNOLOGIE E AREA CRITICA**
 Moderatori: **A. Stalleri, I. Tufano**
 • *Il ruolo del Nefrologo in Area Critica*
G. Palladino
 • *La CRRT*
S. Castellino
 • *Il pz settico con IRA*
W. De Simone
 • *Update sulla coagulazione nell'uremia*
D. Molino
 • *M.A.R.S. (Fegato artificiale)*
E. De Pascale
 • *Aferesi selettiva*
G. Liuzzo
 • *Il Ritorno in Dialisi del ricattato*
E. Sicurezza
 Discussione

13.40-14.50 Lunch

Segreteria Organizzativa:
Liscione Congressi, Via Camicioni, 8 - 98122 Messina
tel. +39 0902952262 fax +39 0902928990
e-mail: meetings@liscione.it - Sitoweb: www.liscionewaggi.it

Comunicazioni libere - Poster;
Dead line per l'invio degli abstract è da considerarsi improntabilmente il 30 luglio. L'abstract form può essere richiesto alla segreteria organizzativa o scaricato dal sito della S.I.N.

Quota di iscrizione:
Iscrizione per medici € 300,00 IVA inclusa
Iscrizione per accompagnatori € 240,00 IVA inclusa
Iscrizione per gli infermieri € 60,00 IVA inclusa

Prenotazione alberghiera:
Contattare direttamente la Segreteria Organizzativa.
N.B.: Si accetteranno iscrizioni e prenotazioni alberghiere entro il 20 agosto

Come raggiungere Lipari:
Per i Partecipanti provenienti dalla SICILIA
Partenza dal porto di Milazzo con Aliscafo della SIREMAR alle ore 8:00 (non è possibile lasciare le automobili esodite in un parcheggio a pagamento), arrivo previsto alle ore 9:00.

Per i Partecipanti provenienti dalla CAMPANIA
Si consiglia l'Aliscafo di linea Ustica Lines con partenza dal porto di Napoli dal molo Beverello omaggio n. 7 (check-in ore 7:30) il 30 settembre alle ore 8:00, con arrivo a Lipari alle ore 13:40. Rientro il 3 ottobre con l'Aliscafo Segesta Jet, partenza dal porto di Lipari alle ore 14:00, arrivo previsto al porto di Villa San Giovanni alle ore 16:30 circa in coincidenza con l'Espresso delle ore 17,16 per Napoli.
Contattando la Segreteria Organizzativa per le prenotazioni dei viaggi, sarà possibile riservare i biglietti a tariffe agevolate.

La Segreteria Scientifica e la Segreteria Organizzativa, si riservano il diritto di apporre al programma tutte le variazioni che dovessero risultare necessarie per ragioni scientifiche e organizzative.

VII CONGRESSO CAMPANO-SICILIANO DI NEFROLOGIA



Castello di Lipari (Civita)
Lipari (Me), 1-3 Ottobre 2006

PRESIDENTI
Guido Bellinghieri, Biagio Ricciardi



Congresso Siculo Campano di Nefrologia a Lipari in ottobre

Si svolgerà dall'1 al 3 ottobre al Castello di Lipari il 7° Congresso Campano-Siciliano di Nefrologia.

I lavori saranno presieduti dal prof. Guido Bellinghieri e dal dott. Biagio Ricciardi. In occasione della cerimonia di apertura saranno consegnati riconoscimenti ai primari emeriti nel ventennale del Congresso di Nefrologia di Lipari. La lettura magistrale del presidente SIN, Zoccali, verterà su "Gli obiettivi di cura e la realtà clinica: ridurre il gap fra l'auspicabile e il reale in Nefrologia". L'inaugurazione sarà presieduta dall'on. Francesco Stagno d'Alcontres.

14.50-15.10 Mini Lettura:
Presentazione **B. Ricciardi**
L'Informazione il Consenso e la Responsabilità nella pratica Nefrodialitica, metodi e strumenti di identificazione ed analisi del rischio
G. Cardia, E. Ventura Spagnolo

15.10-16.50 **SESSIONE: IL MANAGEMENT NEFROLOGICO.**
Moderatori: **A. Scirè, A. Bassi**
• *Evidence Based Medicine ed i grandi database*
F. Avella
• *L'Informatizzazione in Dialisi: I report di Gepodial*
B. Ricciardi
• *L'Informatizzazione in Dialisi: I report di Sigana*
F. Nappi
• *L'Informatizzazione in Dialisi: I report di Euclid*
A. Di Benedetto
• *L'Assistenza Nefrologica nelle piccole Isole*
G. Iacono
Discussione

16.50-17.10 Mini Lettura:
Presentazione **R. Rubino**
Beta Bloccanti: Verità e pregiudizi **G. Ciccè**

17.10-17.30 Coffee break

17.30-19.10 **SESSIONE: IPERTENSIONE ED IRC**
Moderatori: **G. Gangitano, L. D'Apice**
• *Ipertesi a bassa funzione renale*
M. Cirillo
• *Aspetti di Istopatologia renale in corso di Iperensione Arteriosa*
G. Gigliotti
• *Iperensione e Gravidanza*
M. Li Vecchi
• *Iperensione arteriosa e Nefropatie*
M. Buemi
• *Iperensione e Trapianto*
V. Sparacino
Discussione

19.10 - Assemblea Soci S.I.N. Interregionale

Chiesa di S. Caterina
09.00-11.00 Comunicazioni libere **G. Giannetto, F. Ferro**
11.30-19.00 Comunicazioni libere **C. Capostagno, G. Conte**

Sacrestia della Basilica Cattedrale
09.00-18.00 Esposizione Posters **F. Torre, D. Spanti**
20.30 Cena di Gala

MARTEDÌ 3 OTTOBRE

08.30-09.50 **SESSIONE: NOVITÀ IN TEMA DI DIALISI PERITONEALE**
Moderatori: **F. Rapisarda, B. Memoli**
• *Nuove soluzioni in D.P.*
P. Fatuzzo
• *Alterazioni metaboliche in corso di DP*
G. Romano
• *Prospettive di sviluppo della D.P. in Sicilia*
F. Caputo
• *La Dialisi Peritoneale in cui produttiva*
S. Maringhini
Discussione

09.50-10.10 Mini lettura:
Presentazione **B. Ricciardi**
La esaltazione cui esistenza nella modulazione degli accessi vascolari per dialisi
L. Carolla

10.10-10.50 Coffee break

10.50-12.10 **SESSIONE: NEFROLOGIA**
Moderatori: **U. Rotolo, B. Del Piano**
• *Diagnostica radiologica della calcolosi Renale*
G. Blandino
• *Aspetti metabolici nella prevenzione della calcolosi renale*
G. Capasso
• *Calcolosi Renale e Fibrosi Cistica Cause e Terapia*
M. Terribile
• *La prevenzione della Calcolosi: Ruolo del Nefrologo in ambito territoriale*
G. Battaglia
• *L'esperienza di uno "Stone Centre"*
S. Coppola
Discussione

congressi

15

Messina
medica
Luglio
Agosto
2006



Operazione "MAREVIVO"

Reti da ripescare - reti da non segnare ma da rimuovere

"aiutiamo gli animali marini a non far"

Mel calcio è importante segnare reti affinché si possa vincere. Nel mare, è invece fondamentale che le reti vengano rimosse, al fine di evitare che i pesci possano rimanervi incagliati e perdere non una partita ma la vita. In questi giorni, impazzano indagini e polemiche su tutte quelle reti convalidate, non per merito ma per volontà superiore, che ci auguriamo possano essere rimosse quanto prima, per restituire al calcio e a tutti i suoi appassionati la giusta dignità. La stessa dignità che l'associazione ambientalista Marevivo cerca di riconsegnare ai fondali del Mediterraneo da oltre 20 anni. La Divisione Subacquea dell'associazione, nella sua continua operazione di monitoraggio, nell'ambito del progetto "Reti da Ripescare" ha individuato, dopo le operazioni di recupero effettuate a Salina, Milazzo, Palinuro e Lampedusa, una grossa rete da pesca,

sulla secca del Banco Scosso a Panarea, che verrà rimossa con una spedizione in programma ormai a fine estate dopo che le condizioni del mare non l'hanno resa possibile ai primi di giugno.

"L'intervento - afferma Rosalba Giuni, Presidente di Marevivo - si colloca all'interno della campagna triennale che abbiamo avviato nel 2003 in collaborazione con la Società Augustea e l'A.G.C.I. Pesca (Associazione Generale Cooperative Italiane per la Pesca), per il monitoraggio, la mappatura e il recupero di reti da pesca abbandonate. La campagna, è finalizzata all'acquisizione di informazioni sulla presenza di reti che compromettono in modo

grave la vita bentonica di siti sommersi di particolare pregio, in modo da creare una puntuale circoscrizione di aree, che permette, successivamente, il recupero di quelle che risultano di elevato impatto ambientale".

Sulla secca del Banco Scosso a Panarea, opereranno 3 squadre sub di Marevivo, coordinate da Alfonso Perri, con l'appoggio in superficie della Società Augustea, che metterà a disposizione un rimorchiatore; mezzo di grande manovrabilità e dotato di argani per il recupero della rete che sarà distaccata e poi portata in superficie con l'ausilio di palloni di sollevamento da 500, 200, 100 e 50 kg di



VIVO” panarea 2006

re:
e goal”

spinta. Una prima squadra provvederà ai sopralluoghi sulla secca, al fine di verificare lo stato e la consistenza della rete che la avvolge, poi verranno posizionati alla base della secca i corpi morti, necessari per fissare le cime collegate ai palloni di sollevamento e collegati con la rete; quindi saranno fissati alcuni palloni che verranno caricati con aria, in misura sufficiente a mettere in tiro verso l'esterno le varie maglie, seguirà il taglio delle parti di rete incastrate sulla parete della secca, quindi il recupero finale. L'intera operazione sarà coadiuvata dal Nucleo Carabinieri Subacquei di Messina e dalla Guardia Costiera di

Lipari.

“Il fine – sottolinè a Mario Cavaleri, delegato della Regione di Sicilia di Marevivo- è quello, non solo di ripristinare le caratteristiche bentoniche, ma anche quello di sensibilizzare le istituzioni e l'opinione pubblica sul problema delle reti fantasma”.

Tra i subacquei volontari della Divisione sub di Marevivo, ci sono anche molti membri dell'Explorer Team Pellicano, tra cui Fabio Pajoncini Ottaviani, team leader di Progetto Abissi 2004 e uno dei



23 pretendenti ad entrare nella Casa in fondo al mare 2 – Progetto Abissi 2006. Fra qualche mese, verranno resi noti i nomi dei 6 acquanauti che rimarranno per 14 giorni in fondo al mare di Ponza e Fabio, augurandosi di essere tra questi, si preoccupa nel frattempo di ripulire l'ambiente che potrebbe ospitarlo.

Fabio Pajoncini Ottaviani: “Con Progetto Abissi, ci preoccupiamo di consegnare alla ricerca nuovi dati sulla resistenza umana, mentre con Marevivo, l'obiettivo è quello di favorire la tutela e la valorizzazione del mare e delle sue risorse. In questo tipo di operazioni, l'attività subacquea ricopre una importanza fondamentale. Senza di essa sarebbe difficile procedere ad un corretto recupero”. Tutto ciò che viene abbandonato deve essere recuperato.



MAREVIVO



Panarea



Terra di mare risorsa da tutelare

La possibilità di trovare un anemone è un diritto inalienabile al pari della libertà di parola> scriveva Aldo Leopold agli inizi del '900: lui americano, funzionario forestale con il compito di applicare sul campo il principio di conservazione e che ha finito per influenzare tutta la teoria ambientalista.

Alla svolta del Terzo Millennio, infatti, una delle questioni maggiormente sentite è quella della modernità delle teorie che hanno fortemente pervaso il secolo appena trascorso. Il dibattito epistemologico si è sempre occupato del tema della modernità teoretica, cioè della influenza delle teorie sulla vita e sul comportamento delle persone.

Filosofia, economia e scienza pur nella separazione dei saperi hanno sicuramente condizionato la vita degli uomini nel ventesimo secolo, basti pensare alla influenza avuta da teorie filosofico-politiche come il liberismo o il marxismo e la loro traduzione in prassi politiche.

Negli ultimi trent'anni del secolo passato però le idee (e spesso le ideologie) che determinavano la vita del pianeta hanno iniziato a denunciare un deficit di modernità, nel senso che non rispondevano o non aiutavano a comprendere i nuovi problemi e le sfide emergenti.

L'effetto serra che cambia il clima del pianeta provocando disastrosi eventi climatici; la richiesta di riscatto economico e sociale da parte del terzo e quarto mondo che ha generato flussi migratori mai avvenuti negli ultimi mille anni; il fallimento del modello marxista e la caduta del comunismo; il declino del neoliberismo e la crisi esistenziale dell'uomo occidentale sono solamente alcuni degli esempi che concorrono a dimostrare la complessità dei



di Mario CAVALERI

fenomeni che la teoria è chiamata ad analizzare.

Nel contempo sono nati movimenti che attraverso approcci originali e totalmente differenti dai precedenti cercano di rispondere ai bisogni emergenti.

Il Biocentrismo risulta essere una delle nuove teorie che rispondono a questa esigenza di rinnovamento e di modernità. Consiste in una visione del mondo che, come risulta chiaro esaminando l'etimologia della parola, pone il fulcro di tutto sul concetto di vita, inteso in senso lato, ovvero supera le barriere mentali dell'antropocentrismo, che appunto focalizza tutto sull'uomo, privando di ogni tipo di valore le altre forme di vita.

Nel mondo occidentale si incontra quasi sempre un atteggiamento di quest'ultimo tipo, dove all'individuo viene dato un valore enormemente superiore; il resto dunque diventa in blocco risorsa da sfruttare sino ad esaurimento, senza alcuna distinzione fra oggetti, animali o vegetali.

Per questa via la scienza moderna vede tutta la natura che ci circonda semplicemente come qualcosa di sottoposto all'uomo, senza rendersi conto che l'uomo non è altro che una forma di vita fra altre, un tassello di natura, e che in quanto tale ha bisogno di trovarsi in un rapporto equilibrato con tutto il resto per sopravvivere. Oggi è necessaria la diffusione di un'etica biocentrica, che riesca a far comprendere che senza il rispetto per il mondo

in cui viviamo non c'è futuro, come chiaramente dimostrano i disastri naturali che avvengono spesso a causa delle alterazioni compiute dall'uomo.

All'interno di un'ottica biocentrica non si sminuisce il valore dell'uomo, anzi lo si vuole accrescere, attraverso la ricerca di una vita in armonia con la natura che migliora le condizioni complessive.

L'antropocentrismo con l'uomo dominus giustifica invece qualsiasi sfruttamento nella fiducia che il potere della tecnologia riesca a smorzare quei disequilibri che nascono dalla competizione, perno delle moderne società industriali.

Bene, questa visione forte dell'antropocentrismo, è ormai anacronistica in quanto le scienze in generale, e l'ecologia in particolare, hanno accumulato una grande quantità di dati a sostegno del fatto che la sopravvivenza su questo pianeta è strettamente legata al nostro comportamento e al rispetto per l'ambiente. Tant'è che anche gli antropocentristi sono stati ricondotti a una

logica più attenuata .

Questa "etica della terra" può e deve caratterizzare il nuovo cammino. A cominciare da una filosofia che veda l'uomo parte integrante della natura in un'etica del rispetto.

Rispetto per l'intero ecosistema.

Temi suscettibili di più rapida accoglienza nella gente comune di quanto lo siano per le amministrazioni pubbliche e per lo stesso mondo dell'informazione che a tali argomenti dedica approfondimenti sporadici, spesso consumati sull'onda d'urto di fatti eclatanti.

Accade così che di inquinamento tossico e di rifiuti si parli quando esplose il rogo di migliaia di elettrodomestici e l'aria è appestata; e delle "spadare" si dica male o bene a seconda se qualche barca viene beccata in azione depredatrice o gli operatori minacciano agitazioni per difendere la loro sopravvivenza.

E se si parla poco di ciò che vediamo... nessun rilievo avrà mai ciò che accade sott'acqua in quella "terra di mare" che sono i nostri fondali dove solo il popolo dei nostri subacquei, vere sentinelle

spinte dal desiderio di perlustrare i misteri incontaminati degli abissi è pronto a regalarci testimonianze e immagini di valore.

Parlare e fare educazione ambientale non può limitarsi alla conoscenza delle caratteristiche dei diversi ambienti, né può esaurirsi in lodevoli quanto episodiche esperienze di consapevolezza dei risultati di un inserimento delle attività umane in un contesto naturale che ha i propri ritmi.

Si tratta invece di intervenire sui comportamenti quotidiani di tutti a partire dai giovani, per maturare una sensibilità piena sul diritto di cittadinanza e dei doveri che da essi derivano in relazione all'uso e alla tutela delle risorse naturali, culturali e umane per le generazioni attuali e future.

Ciò conduce alla necessità di definire percorsi che aiutino tutti i cittadini ad assumere consapevolezza e responsabilità del proprio ruolo di produttore e consumatore di beni e servizi, nonché di soggetto capace di essere protagonista della maturazione della coscienza collettiva nei riguardi dell'ambiente e della sostenibilità

dello sviluppo.

Significa anche per le amministrazioni dotarsi di strumenti rigorosi e non elastici; di crederci davvero in queste scelte. Non è ancora così. Purtroppo l'assalto del cemento continua in riva al mare, a dispetto della strombazzata legge di divieto nella "fascia di rispetto" dei 150 metri: una lacerante legge-burla, se nei fatti l'edificabilità è consentita, sulla costa, fronte spiaggia. Un autentico disastro cementizio che porta il timbro di Comune, Commissione edilizia e Urbanistica, Sovrintendenza.

Crederci davvero nell'etica del rispetto, significa dimostrare consapevolezza che l'ambiente va salvaguardato, senza scappatoie o interventi di varianti che finiscono per "lavare la coscienza" alle varie commissioni urbanistiche e legalizzare ciò che se non è "abusivo" stricto sensu, resta scellerato in un'etica della terra".

Specie in questa nostra straordinaria e vulnerabile "Terra di mare".



Estate brolese... al gran ritmo

Dopo l'anticipazione del cartellone di Luglio, che già aveva dato segno di spessore, Salvo Messina, assessore al turismo di Brolo, ha presentato il cartellone estivo che sino al 3 settembre offrirà spunti di grande interesse nel paese dalla torre merlata.

Infatti il programma, articolato in varie sezioni offre, ma è una consuetudine a Brolo, spazi alternativi per tutti. Scorrendo il cartellone, oltre 150 momenti d'intrattenimento, vediamo in bell'evidenza la rassegna teatrale con una decina di rappresentazioni; il ritorno de "la piazza ritrovata" che vedrà ancora una volta il grande Mogol e del buon cabaret.

Ospiti del rassegna brolese di quest'anno infatti saranno Sasà Salvaggio, Giobbe Covatta, Litterio, Dario Vergasola, Stefano Nosei ed il calabrese Franco Neri; per la musica leggera le serate dedicate a Sergio Caputo ed ai Nomadi faranno da preludio ai concerti di Alexia e dei Camaleonti quest'ultimi per un remix degli anni sessanta si esibiranno nella festa della frazione PIANA

Intanto c'è suspense per il concerto clou, quello del 18 agosto, dove ancora l'assessore Messina non ha scoperto gli assi che ha nella manica anche se il nome dell'artista e' certo, mentre crea attenzione la seconda edizione del "Brolo Doc Music Festival", a fine agosto, appuntamento dedicato al blues ed al jazz che già accenderà l'animo con la serata di domenica 23 luglio dedicata tutta al grande Louis Armstrong. Nel cartellone brolese c'è sempre posto per i bambini con una rassegna articolata e denominata "BimboFest" dove gonfiabili, magia e cinema

serviranno a farli divertire come stanno facendo quelli che seguono la rassegna cinematografica, oltre sessanta appuntamenti di prime visioni, nel catino di piazza Roma, tutte le sera con l'ingresso popolare e "politico" di appena un euro e cinquanta cents.

Lo sport trova spazi sul lungomare con le lezioni collettive, sin dopo ferragosto, di spin bikes nei pomeriggi che saranno dedicati anche ai balli di gruppo ed a quelli sudamericani, mentre il kart, con una prova di campionato siciliano vedrà rombare i piccoli bolidi sul circuito cittadino il 19 e 20 agosto, rispolverando una tradizione a Brolo ormai vecchia di 6 lustri..

Insomma un programma ricchissimo di eventi che potrà essere visionato sul sito internet del comune o richiesto, via e-mail all'ufficio turistico comunale: 0941562662, mentre l'ultima chicca del lungo cartellone sarà quella dedicata agli amanti della sangria con una notte tutta ritmata da musica, moda e dj, sino all'alba l'ultimo sabato di agosto.



Continuazione del cartellone estivo al gran ritmo



Cous-cous fest a San Vito Lo Capo



Anche quest'anno il Cous Cous Fest, rassegna internazionale di cultura ed enogastronomia del Mediterraneo in programma dal 19 al 24 settembre prossimi a San Vito Lo Capo (Trapani), proporrà un cartellone musicale di altissima qualità grazie alla rinnovata partnership con Arezzo Wave Love Festival, il più grande festival italiano che ha appena concluso la ventesima edizione con un successo di 170.000 persone. La direzione del Love Festival infatti proporrà a San Vito un programma musicale che animerà le sere della manifestazione gastronomica che vedrà affrontarsi a



San Vito Lo Capo, in una gara di Cous Cous, le delegazioni di 8 Paesi. Serata di punta sabato 22 Settembre con gli Avion Travel, formazione campana già vincitrice del Festival di Sanremo con il brano "Sentimento", reduce da poco da New York dove, presentata dalla Fondazione Arezzo Wave Italia, ha riscosso larghi consensi di pubblico e di critica. Ecco quindi i musicisti proposti per il palco Cous Cous Live Show: Dounia, Akim El Sika-meya, Gnawa Njoum Experience, Avion Travel e Weltlabyrinth.





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



Trastuzumab...

Il ruolo nel trattamento *adiuvante* del cancro mammario operabile

Nell'ultima decade l'utilizzo di nuovi chemioterapici come i taxani e di nuovi farmaci anti-ormonali come gli inibitori delle aromatasi ha ampliato gli orizzonti della terapia adiuvante del carcinoma mammario, determinando un aumento della sopravvivenza e un migliore controllo locale della malattia.

Ma è stata l'identificazione di markers molecolari delle cellule neoplastiche da utilizzare come bersagli per farmaci biomolecolari che ha portato all'introduzione nella pratica clinica di nuove terapie biologiche allo scopo di ottenere trattamenti sempre più mirati, attraverso un'accurata selezione dei pazienti neoplastici.

Nel carcinoma mammario oggi ritroviamo l'esempio più rilevante di applicazione di ricerca traslazionale, "dal laboratorio al letto del paziente", iniziata nel 1984 quando, dopo l'identificazione della complessa "HER-family receptors" e del loro ruolo nella crescita e sopravvivenza della cellula, è stato possibile correlare l'amplificazione o la iperespressione di HER2 con tumori mammari a prognosi sicuramente peggiore.

L'inibizione di HER-2 con il Trastuzumab, l'unico trattamento target approvato per il cancro della mammella, sembra stia determinando un profondo cambiamento sulla storia naturale della malattia.

L'iperespressione di HER2 è stata rilevata infatti in circa il 25-30% di tumori mammari e sembra essere associata ad una forma di malattia più aggressiva e più resistente alle terapie convenzionali¹.

Il Trastuzumab è un anticorpo monoclonale dotato di elevata affinità per il dominio extracellulare della proteina transmembrana HER2. È stato approvato dalla FDA (Food and Drug Administra-

* di Vincenzo ADAMO



tion) nel Settembre 1998 con indicazioni per il carcinoma mammario metastatico con iperespressione della proteina HER2 e inizialmente utilizzato come agente singolo. In seguito sono state condotte diverse esperienze di associazione a chemioterapia, la più significativa delle quali con i taxani, dove è stato evidenziato un aumento delle percentuali di risposta e della durata della risposta rispetto alla sola chemioterapia^{1,2}.

Sulla base dei risultati ottenuti nella malattia metastatica è stato prospettato l'utilizzo di questo farmaco in terapia adiuvante, anche in considerazione della modesta tossicità e del buon profilo di safety.

Infatti, il Trastuzumab, come tutti gli anticorpi monoclonali, permette di ottenere effetti terapeutici selettivi senza la tossicità, che spesso caratterizza la chemioterapia. Gli effetti collaterali più comuni sono le reazioni di ipersensibilità correlate all'infusione iniziale del farmaco e la cardiotoxicità^{1,3}.

Tale tossicità appare certamente più rilevante negli schedules con Trastuzumab concomitante alle

antracicline⁴.

Vari trials, multicentrici randomizzati sono attualmente in corso e prevedono l'utilizzo di Trastuzumab in fase adiuvante in associazione a diversi regimi chemioterapici^{5,6} (Tab.1)

Il B31 e l'N9831 prevedono l'utilizzo del Trastuzumab in associazione allo schema AC seguito da un taxano. Entrambi gli studi hanno iniziato l'arruolamento nel 2000 e l'analisi intermedia prospettica è stata realizzata congiuntamente.

Nel B31 sono stati messi a confronto due schemi di terapia adiuvante: uno basato su doxorubicina e ciclofosfamide seguite da paclitaxel ogni tre settimane o settimanale e uno identico, ma con l'aggiunta di un anno di Trastuzumab settimanale, concomitante al paclitaxel.

Lo studio N9831 ha un disegno simile al precedente ma viene confrontato l'utilizzo del Trastuzumab sia in concomitanza che in sequenziale rispetto alla chemioterapia con paclitaxel settimanale.

Questi due studi hanno arruolato pazienti con carcinoma invasivo, positività immunostochimica (3+)



da sinistra
Croce,
Machover,
Colucci,
Pederzoli
e Adamo

o amplificazione genica di HER-2, dopo nodulectomia o mastectomia e dissezione linfonodale ascellare. Dal Maggio 2003 donne ad alto rischio, con linfonodi negativi evidenziati anche con la tecnica del linfonodo sentinella, sono state arruolate nello studio N9831. L'analisi ad interim è stata condotta su circa 3300 pazienti, con evidente miglioramento di sopravvivenza libera da malattia (end point primario) e di sopravvivenza globale (end point secondario) nei gruppi trattati con trastuzumab. Infatti, dopo un follow up mediano di due anni (2.4 anni per lo studio NSABP e 1.5 anni per lo studio NCCTG), la DFS è stata del 75,4% a tre anni e del 67,1% a 4 anni nel braccio di controllo rispetto al 87,1% e al 85,3% del braccio con Trastuzumab. Gli intervalli di confidenza di questi dati sono piuttosto ampi, in considerazione del breve follow up mediano. Questi dati sono statisticamente significativi indipendentemente dalle caratteristiche delle pazienti e dallo studio nel quale erano state arruolate (B-31 o N9831). Metastasi a distanza sono state riportate in 193 nel gruppo di controllo e in 96 nel gruppo con Trastuzumab. Altro dato alquanto interessante è la sopravvivenza globale, statisticamente significativa anche con solo due anni di follow up mediano, del 94,3% nel gruppo del Trastuzumab e del 91,7% nel gruppo di controllo. Sebbene lo studio NCCTG non abbia ancora dati maturi per un significativo confronto di efficacia tra i tre bracci, il Trastuzumab concomitante alla chemioterapia sembrerebbe più efficace rispetto alla modalità sequenziale.

Per quanto attiene lo studio europeo HERA gli aspetti caratterizzanti sono stati l'uso per uno o due anni di Trastuzumab trisettimanale rispetto al gruppo osservazionale, preceduto da chemioterapia convenzionale di libera scelta. In questo trial, sono state incluse un numero maggiore di pazienti con linfonodi negativi e nella maggior parte dei casi la chemioterapia non conteneva taxani. Alla prima analisi ad interim la DFS a due anni, obiettivo primario dello studio, è stata del 77,4% nel gruppo controllo rispetto al 85,8% del braccio con trastuzumab, in cui è stata vista anche una riduzione di eventi negativi (recidive, tumori controlaterali...). La sopravvivenza globale ha mostrato un trend a favore del Trastuzumab, ma i primi dati non erano statisticamente significativi. Gli ultimi dati riportati (ASCO2006) evidenziano che il Trastuzumab dopo CT adiuvante

migliora significativamente la sopravvivenza (HR 0.66) delle donne con carcinoma mammario HER2+. Infatti il beneficio di DFS registrato dopo FU mediano di 1 anno si mantiene anche dopo FU mediano di 2 anni. Il rischio di tossicità cardiaca rimane basso.

Anche i dati del BCIRG 006, caratterizzato dalla presenza di un braccio trastuzumab e chemio senza antracicline (DCb), ad un follow up di 23 mesi confermano una migliore DFS in entrambi i bracci contenenti Trastuzumab, senza differenze statisticamente significative tra i due gruppi ed una ridotta cardiotossicità nel gruppo senza antracicline⁷. Lo studio FinHer infine confronta l'attività di vinorelbina e docetaxel nelle HER2 positive più o meno Trastuzumab per 9 settimane, una modalità temporale diversa rispetto gli altri studi, e successivi 3 FEC. Anche in tale studio nel gruppo con trastuzumab è stata registrata una sopravvivenza libera da recidiva a tre anni del 89%, rispetto al 78% del controllo⁸. Avendo una lunga emivita i livelli plasmatici di Trastuzumab possono persistere mentre i pazienti ricevono il FEC, per cui potrebbe svilupparsi un sinergismo tra anticorpo e antracicline⁹. Questi risultati aprono interessan-

Congresso GOIM esperienze a confronto

Dal 18 al 21 giugno si è svolto a Messina l'ottavo congresso nazionale GOIM. Il congresso si è aperto nell'Aula Magna dell'Università dove, dopo i saluti delle Autorità e i discorsi introduttivi del prof. Vincenzo Adamo, organizzatore dell'evento e del prof. Giuseppe Colucci, presidente Goim, ci sono state due letture magistrali. Nella prima il prof. Croce ha evidenziato il ruolo che oggi hanno nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento dei tumori solidi, la genomica e la proteomica; nella seconda lettura invece il prof. Cesare Gridelli ha fatto il punto sulla ricerca oncologica in Italia. La serata inaugurale si è conclusa con la consegna dei premi "Maestri del-



ti prospettive anche in ambito farmaco-economico.

Sulla base di questi risultati l'approccio al trattamento adiuvante del carcinoma mammario è di certo mutato e le nuove terapie a bersaglio molecolare rappresentano oggi la speranza più fondata di migliorare la sopravvivenza di tali pazienti, pur se diversi aspetti rimangono controversi e meritevoli di ulteriori studi nell'uso del Trastuzumab: modalità sequenziale o concomitante, durata ottimale del trattamento, e gestione della cardiotossicità soprattutto negli schemi con antracicline 10-11.

Tuttavia un dato certo è che tutti i 5 trials permettono una riproducibilità dei risultati, elemento essenziale nella ricerca clinico-farmacologica, ed una conferma ormai a tre anni del vantaggio dall'uso dell'anticorpo monoclonale "Trastuzumab" in un gruppo di donne (HER2 positive) con malattia particolarmente aggressiva ed a prognosi peggiore.

Nello stesso tempo tali studi ormai dimostrano la necessità, quasi la obbligatorietà, di una corretta identificazione delle pazienti perché la terapia target possa essere veramente efficace.

Tab. 1. Disegno degli studi.

STUDIO	REGIMI DI TRATTAMENTO
NSABP B-31 ⁵	<ul style="list-style-type: none"> ● AC x 4 → Paclitaxel q21 x 4 o settimanale x 12 ● AC x 4 → Paclitaxel q21 x 4 o settimanale x 12 + Trastuzumab settimanale
Intergroup N9831 ⁵	<ul style="list-style-type: none"> ● AC x 4 → Paclitaxel settimanale x 12 ● AC x 4 → Paclitaxel settimanale x 12 → Trastuzumab settimanale ● AC x 4 → Paclitaxel settimanale x 12 + Trastuzumab settimanale
HERA ⁶	<ul style="list-style-type: none"> ● Qualsiasi schema di CT ± RT → osservazione ● Qualsiasi schema di CT ± RT → Trastuzumab q 21 per 12 mesi ● Qualsiasi schema di CT ± RT → Trastuzumab q 21 per 24 mesi
BCIRG 006 ⁷	<ul style="list-style-type: none"> ● AC x 4 → D x 4 ● AC x 4 → D x 4 + Trastuzumab iniziato in concomitanza a D ● DCb x 6 + T ● D ogni tre settimane
FinHer ⁸	<ul style="list-style-type: none"> ● V o D x 3, con o senza 9 settimane di Trastuzumab → FEC x 3

AC=adriamicina-ciclofosfamide; D=docetaxel; C=carboplatino; V=vinorelbina; FEC=fluorouracile-epidubicina-ciclofosfamide

Tab. 2. Risultati degli studi.

STUDIO	REGIME STUDIO	IIR per DFS	IIR per OS	Follow-up mediano
NSABP B-31 ⁵ e	Gruppo di controllo	0,48	0,67	2 anni
	Trastuzumab x 1 anno			
Intergroup N9831 ⁵	Gruppo osservazionale	0,64	0,66	2 anni
	Trastuzumab x 1 anno			
BCIRG 006 ⁷	AC → D	NA	NA	2 anni
	AC → D + T x 1 anno			
	DCb + T x 1 anno			
FinHer ⁸	Gruppo di controllo	0,46	0,43	38 mesi
	T x 9 settimane			

Pertanto tutto ciò non può che passare attraverso un preciso e moderno algoritmo diagnostico-terapeutico che comprenda studi mirati di tipo biologico-molecolare per i quali la scuola oncologi-

ca della nostra università è ormai da tempo impegnata sia nell'ambito della ricerca clinico-sperimentale sia nella pratica clinica di ogni giorno..

Direttore U.O. Oncologia Medica e Terapie Integrate, Scuola di Specializzazione di Oncologia Medica.

A.O. Universitaria Policlinico "G.Martino", Messina



l'oncologia" a due eminenti figure del panorama scientifico internazionale: il prof. Machover famoso per i suoi studi sulla patologia neoplastica del colon e al quale si deve uno dei regimi chemioterapici più usati per diversi anni nel trattamento adiuvante del carcinoma colico; e il prof. Pederzoli famoso invece per gli studi fatti riguardo alla neoplasia pancreaticata.

I successivi tre giorni di congresso si sono svolti

nel Centro Congressi del Policlinico "G. Martino". Le prime due sessioni sono state dedicate al carcinoma della mammella. Il prof. Marchetti ha aperto la I sessione facendo il punto su come le innovazioni bio-tecnologiche influenzino oggi la pratica clinica. Successivamente il prof. Boccardo, presidente nazionale dell'AIOM ha mostrato gli aggiornamenti dei vari studi nazionali e internazionali riguardo alla terapia ormonale del carcinoma della mammella, puntando l'attenzione sia sui risultati clinici, ma anche sulle diverse tossicità dei vari inibitori dell'aromatasi: anastrozolo, letrozolo ed exemestane. E' stata la volta poi della brillante e completa relazione del prof.



Venturini riguardo la chemioterapia adiuvante. Il prof. Venturini ha cercato di riprendere gli studi più importanti per definire meglio quale atteggiamento debba tenere l'oncologo nei confronti delle neoplasie della mammella, anche alla base delle nuove conoscenze sulla storia naturale della malattia e dei "nuovi" fattori prognostici e predittivi. Il dott. Lorusso infine ha parlato dei farmaci biologici usati nel tumore della mammella, il Trastuzumab ormai vera e propria guest-star del trattamento del tumore mammario anche in fase adiuvante dopo la pubblicazione dei risultati dell'Hera Trial e il più recente Lapatinib, usato nelle pazienti che sono andate in progressione dopo terapia con il trastuzumab e che è stato acclamato come nuova guest-star al recente congresso ASCO svoltosi ad Atlanta.

La seconda sessione è stata incentrata sul commento dei più recenti studi internazionali, il Prof. De Placido si è occupato di chemioterapia, analizzando soprattutto gli studi sui regimi chemioterapici contenenti Taxani; il dott. Bordonaro si è invece occupato dell'ormonoterapia. Infine il dott. Giotta ha presentato gli studi del Goim sul tumore della mammella come lo studio su Navelbina orale più Capecitabina nei pazienti con malattia avanzata.

La terza sessione è invece stata incentrata sul carcinoma dell'ovaio.

Anche in questa sessione, si è voluto partire da quelle che sono le innovazioni bio-tecnologiche basate soprattutto sullo studio dei fattori genici responsabili della storia naturale delle neoplasie e su come queste innovazioni possano essere traslate nella pratica clinica quotidiana, relazione brillantemente svolta dal prof. Scambia. Successivamente le relazioni del dott. Gregg, del Prof. Manzione e del dott. Borsellino hanno riguardato la chirurgia, sia quella primaria che quella di intervallo, sia la chemioterapia di I linea e di II linea. Ancora oggi da queste relazioni è emersa l'importanza del Platino nel trattamento dei tumori ovarici in associazione con

il Taxolo ma, è emerso anche il ruolo importante che potranno avere in questa neoplasia i farmaci biologici, soprattutto il Trastuzumab.

La quarta e la quinta sessione sono state dedicate al carcinoma del colon. Il Prof. Sombrero ha parlato del trattamento chemioterapico incentrando la sua attenzione sullo studio che utilizza lo schema FOLFOXIRI e soprattutto parlando degli ultimi studi come lo studio Giscad, lo studio Optimox1 e lo studio Optimox2 che stanno cercando

di vedere se c'è la stessa sopravvivenza nei pazienti che praticano la chemioterapia con continuità sino a progressione di malattia e nei pazienti che invece praticano la chemioterapia per periodi alternata a periodi di riposo in cui non eseguono alcun trattamento.

Siena e Di Costanzo hanno poi relazionato sugli studi più importanti che hanno portato allo sviluppo e all'utilizzo dei farmaci biologici Cetuximab e Bevacizumab ai quali oggi si sono aggiunti nuovi farmaci molecolari come l'Erlotinib.

Magistrali sono state poi le relazioni del Prof. Labianca e del dott. Barone su tutto il trattamento adiuvante e della malattia metastatica. Anche in questa sessione sono stati presentati gli studi del Goim come quello di fase II di combinazione tra FOLFIRI e Celecoxib nella malattia avanzata.

La sesta sessione ha riguardato la neoplasia renale, dalla patologia alla chirurgia fino ad arrivare al trattamento immunologico e con i farmaci biomolecolari come il Bevacizumab e il Sunitinib. In questa sessione è stato confermato ciò che è emerso nell'ultimo ASCO ovvero un ridimensionamento drastico del ruolo dell'interferone nel trattamento del tumore renale.

L'ultima giornata del Goim infine è stata incentrata sui farmaci biomolecolari. Il Prof. Bevilacqua, il Prof. Russo e il Prof. Tagliaferri hanno rispettivamente parlato del controllo del ciclo cellulare, della TP53 e dei sistemi RAS e RAF, fondamentali nello sviluppo delle neoplasie solide; mentre il prof. Ciardiello ha puntualizzato sul razionale che può spingere gli oncologi ad utilizzare in associazione tra di loro i farmaci biomolecolari, ognuno dei quali va infatti a bloccare o ad agire in un diverso punto del pathway intracellulare responsabile della proliferazione cellulare incontrollata e della comparsa della neoplasia.

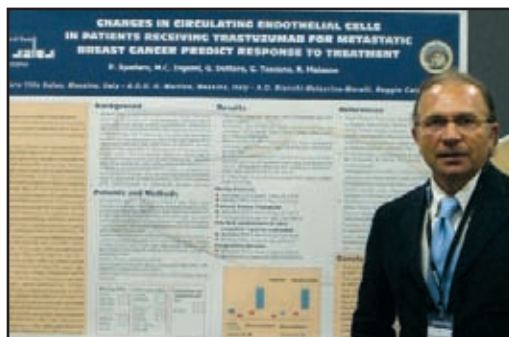
Infine la sessione in cui sono stati presentati i vari gruppi cooperativi come il Giscad, il Goirc, il Gono oltre naturalmente il Goim.



La Casa di Cura Villa Salus presente al 42° "Asco Meeting" **Nuovi farmaci a bersaglio molecolare**

Si è recentemente concluso il 42° Congresso della Società Americana di Oncologia svoltosi ad Atlanta (Georgia), presenti circa 30.000 specialisti di Oncologia e di Ematologia provenienti da tutti i paesi del Mondo. Oltre 4.000 le ricerche accettate per la pubblicazione, ma solo alcune, considerate di particolare interesse, sono state selezionate per la presentazione orale. Fra queste uno studio condotto del Dr Pietro Spadaro (nella foto), responsabile dell'Unità Operativa di Oncologia Medica ed Ematologia della Casa di Cura Villa Salus, sull'impiego dei nuovi farmaci "a bersaglio molecolare" che hanno recentemente rivoluzionato il trattamento della cura dei tumori. L'impatto di tale ricerca sulla pratica clinica sarà rivoluzionario, in quanto è emersa la possibilità di poter evidenziare nel sangue periferico, quindi con un semplice prelievo di sangue e con una metodologia non particolarmente costosa, la presenza di cellule endoteliali circolanti potenzialmente capaci di fornire una nuova generazioni di vasi "neoangioge-

nesi" nelle sedi metastatiche. Il Dr Spadaro con la sua "equipe" ha dimostrato che nelle pazienti affette da carcinoma mammario che per le loro caratteristiche biologiche ricevono il Trastuzumab come trattamento, la concentrazione di tali cellule si riduce al minimo esse pertanto rappresentano un "surrogato" di risposta che è già evidenziabile dopo solo 6 settimane dall'inizio della terapia. Questo ci consente di predire se la paziente sarà responsiva o non al trattamento. Ad oggi in letteratura solo un'altra segnalazione su questo filone di ricerca, pertanto il lavoro è stato meritevole di essere presentato e discusso nella enorme aula Thomas Murphy Ballroom del "Georgia World Congress Center" di fronte a 1.500 ricercatori che hanno apprezzato i risultati innovativi di tale ricerca. L'attività dell'Unità Operativa di Oncologia Medica ed Ematologia della Casa di Cura Villa Salus si è



progressivamente sviluppata proponendo, in taluni casi, nuove linee di ricerca, mediante somministrazione di farmaci e protocolli di ultima generazione con studi multicentrici che sono stati presentati in convegni nazionali ed internazionali. In quest'ottica è stata recentemente allestita anche una camera sterile per i trattamenti ad alte dosi e per le gravi pancitopenie secondarie ad alcuni trattamenti anti-cancro. Gli accessi sia in regime di DH sia in regime di ricovero negli anni in corso sono stati sempre in crescendo con circa 1.500 prestazioni per l'anno 2003, circa 3000, per l'anno 2004 e circa 4.000 nel 2005.



*Gli allegri
dipinti
che arredano
il day Hospital della clinica
pediatrica*



Presso l'UOC del Policlinico

Day hospital di oncoematologia pediatrica

* di Filippo De Luca
** e Giusi Zirilli

Nella lunga e gloriosa storia della Pediatria Messinese non vi era mai stata un'attività di oncoematologia. Nel corso degli anni con la crescente parcellizzazione e subspecializzazione della pediatria sono state create strutture atte a curare pazienti con malattie croniche (fibrosi cistica, diabete mellito, insufficienza renale ecc.), ma l'oncoematologia è rimasto sempre un settore scoperto, almeno a Messina.

Per tale motivo pazienti con malattia oncologica, anche per semplici controlli clinici, fin a qualche mese fa, erano costretti a rivolgersi presso altre strutture, quali quelli di Catania e Palermo o intraprendere i lunghi "viaggi della speranza", ricercando in altri Centri qualcosa che si riteneva migliore. Così facendo si aggiungevano al trauma della malattia, altri elementi che per il

disagio del viaggio doveva affrontare un problema economico per nulla trascurabile.

Considerato tutto ciò ABAL (Associazione Bambini ed Adulti Leucemici), ha voluto portare avanti un sogno: creare un Day Hospital oncoematologico pediatrico anche a Messina, affinché i bambini messinesi affetti da patologia oncologica potessero ottenere le cure necessarie (terapia di supporto, chemioterapia, controlli clinici) anche nella loro città.

Il 9 maggio di quest'anno al termine di un percorso durato quasi

na, l' ABAL (Associazione Bambini ed Adulti Leucemici), i Lions Club Messina Ionio, ed i vertici dell'Università e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria.

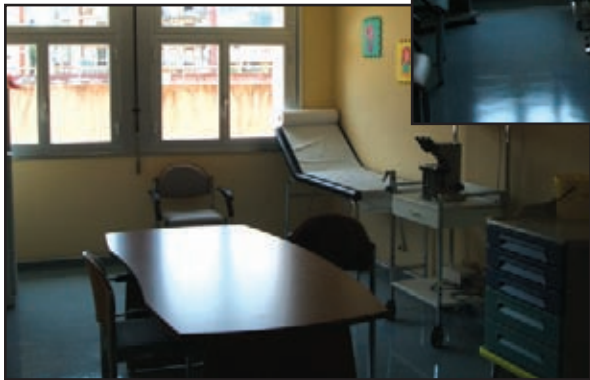
Il day hospital di Oncoematologia Pediatrica è ubicato nel Padiglione NI del Policlinico di Messina presso la Clinica Pediatrica diretta dal prof. Filippo De Luca ed è dotato di una medicheria, una sala visite ed una stanza di degenza con tre posti letto dove i piccoli degenti potranno essere sottoposti a chemioterapia, a trasfusioni. Il corridoio è abbellito da murali realizzati dagli studenti del liceo scientifico Bisazza.

Gli arredi del Day Hospital sono stati donati dal Lions Club Messina Ionio.

Questo day hospital si propone lo scopo di collaborare con i 2 maggiori Centri di riferimento siciliani Catania e Palermo, costituendo un supporto per i bambini colpiti

da tumore e seguiti presso quei Centri. I bambini messinesi potranno finalmente fare i controlli intermedi ed eseguire le terapie farmacologiche nel rispetto del programma terapeutico stabilito e non dovranno abbandonare la loro città anche semplicemente per eseguire delle trasfusioni o delle indagini diagnostiche.

* *Direttore Clinica Pediatrica Policlinico Messina*, ** *Day-Hospital di Oncoematologia Pediatrica*.



3 anni si è concretizzata l'apertura di un DH oncoematologico pediatrico, progetto che è stato possibile realizzare grazie

al significativo legame ed all'intensa collaborazione tra il Prof. Filippo De Luca Direttore dell'UOC di Clinica Pediatrica del Policlinico Universitario di Messi-

bambino erano negativi, quali l'allontanamento dalla città, dalla casa, dal proprio ambiente. La famiglia infine oltre a subire il



Le moderne tecnologie nella cura delle gravi sordità



di Silvana **PARATORE**

Giorno 01 luglio si è svolto presso la Clinica Otorinolaringoiatrica del Policlinico Universitario di Messina, un incontro culturale sulle Moderne tecnologie nella cura delle gravi sordità.

L'evento organizzato dal Prof. Francesco Galletti, direttore del centro di riferimento per l'implantologia cocleare della Regione Siciliana, ha registrato la presenza del Dott. Chris Roberts, illustre ricercatore australiano, presidente della Cochlear Limited. Sulla sua figura di membro della National Health and Medical Research Council in Australia, si è soffermato il Prof. F. Muscianisi, direttore del Dipartimento delle Specialità chirurgiche della nostra Università, che ne ha evidenziato l'opera nel settore della ricerca tecnologica per lo sviluppo di moderne apparecchiature elettroniche volte al recupero delle sordità gravi e profonde.

A seguire ha preso la parola il Prof. Francesco Galletti che si è soffermato sulla notevole importanza nella vita di ogni individuo, di una normale funzione uditiva che ne consenta la sintonizzazione con il mondo esterno attraverso l'acquisizione, l'elaborazione ed il riconoscimento dello stimolo sonoro. In particolare il Direttore della scuola messinese di otorinolaringoiatria si è soffermato sui gravi riflessi sociali conseguenti dall'insorgere di una menomazione uditiva come sentimenti di solitudine e di frequente isolamento connessi all'incapacità di apprendere gli altri ed alla rela-

tiva sensazione di non essere compresi che si riflettono sullo stile e sulla qualità di vita del soggetto affetto da grave ipoacusia neurosensoriale.

La scuola messinese di otorinolaringoiatria non è nuova all'arrivo di massimi esponenti mondiali nel campo delle discipline otorinolaringoiatriche posto che già alla fine degli anni '70, presso lo stesso Isti-



tuto di otorinolaringoiatria allora diretto dal Prof. Cosimo Galletti, maestro della scuola otoiatrica messinese, venne ospitato l'ing. Holland presidente della Ditta Amplifon, nota azienda produttrice di protesi acustiche che offrì la massima collaborazione nel settore della riabilitazione audioprotesica alla luce dell'impegno e dell'entusiasmo derivante dalle notevoli competenze professionali del prof. Cosimo Galletti.

La necessità di rispondere a bisogni avvertiti da pazienti sempre più numerosi, ha spinto la clinica otorinolaringoiatrica messinese a confrontarsi, ad aggiornarsi nel campo della tecnologia implantologica.

Nel 1995 in videochirurgia in diretta, diversi medici, specializzandi e cultori della materia poterono assistere a due interventi chirurgici di applicazione di impianto cocleare in pazienti gravemente sordi. Si trattò di interventi eseguiti per la 1° volta, nel meridione d'Italia a cui purtroppo seguì un periodo di stasi

dovuto a lungaggini burocratiche che non consentirono a pazienti di potersi giovare di tale moderna tecnologia nell'ambito del servizio sanitario regionale.

Di recente e precisamente nel 2001, l'Unità operativa complessa di otorinolaringoiatria ha proceduto all'acquisto di Impianti cocleari consentendo a numerosi pazienti affetti di grave sordità bilaterale di poter essere sottoposti ad intervento e di potere essere rieducati presso la stessa Unità operativa.

Si è trattato di un traguardo importante che ha favorito il pressoché totale reinserimento nel tessuto sociale di quasi tutti i pazienti impiantati portando ad un ottimo recupero uditivo dell'orecchio impiantato.

Nell'ottobre del 2003 la Regione siciliana ha riconosciuto le

capacità e l'impegno dedicato dai prof.ri Galletti al settore della sordità attribuendo all'Unità operativa complessa di Otorinolaringoiatria del Policlinico Universitario di Messina, la qualifica di centro di riferimento per l'Implantologia cocleare per la Regione siciliana

Trattasi di un'importante ed illustre riconoscimento frutto di un impegno pensato, voluto, sviluppato e portato avanti con autentico spirito di dedizione, di crescita e con la speranza di dare risposte concrete ai bisogni avvertiti in maniera crescente nel contesto sociale.

L'equipe del prof. Galletti opera, oggi, in una dimensione multidisciplinare che prevede il coinvolgimento di diverse specialità ed in particolare dell'audiologia, della fonologopedia, della psicologia clinica, della neuropsichiatria e della neuroradiologia che consentono lo sviluppo di una strategia unica finalizzata al miglioramento delle qualità di vita dell'utente che beneficia dell'Impianto cocleare



Tumori, la Russia punta sul sincrotone

In Russia gli scienziati hanno deciso di utilizzare il sincrotrone come apparecchio per irradiare i tumori non altrimenti curabili. Ad avanzare l'idea dell'impiego dell'acceleratore di particelle sono gli studiosi di Troitsk, secondo i quali, l'apparecchio, lungo 800 metri, è tanto preciso da poter raggiungere le cellule malate in ogni punto del corpo, senza danneggiare quelle sane. La sperimentazione inizierà dal 2007, ma c'è chi è scettico per i costi eccessivi.

Aido, nuova sede a Capo d'Orlando

Con una cerimonia svoltasi nella sala comunale Cristo re, presente il consigliere regionale Guido Bellinghieri è stata inaugurata a Capo d'Orlando la nuova sede dell'Aido che si trova in via XXVII Settembre, 26. Il direttivo di sezione presieduto da Salvatore Messina è composto da Nunzia Dicembrino come vicepresidente; Marco Rocco segretario e Marco Meli tesoriere.



Consenso informato: Limite da non superare per non incorrere nella "colpa medica"

Il dibattito acceso dalla giurisprudenza, sia civile che penale, sulla necessità di informare il paziente in ordine alle reali conseguenze della terapia da praticare non pare assestarsi su posizioni statiche, anzi, al contrario, è sempre in continua evoluzione, alimentato e sostenuto, soprattutto, da una accresciuta e più sentita esigenza di tutela del malato. Il rapporto medico-paziente viene così ad essere fortemente influenzato dalle pronunce della corrente giurisprudenza, che ha plasmato il principio della obbligatorietà del cosiddetto "consenso informato". Pertanto, occorre mettere a fuoco quelle che sono le peculiarità specifiche del summenzionato principio considerate in relazione alla sua concreta applicazione. Si tratta di un principio che rappresenta il diritto del paziente di scegliere, accettare o anche rifiutare i trattamenti sanitari, diagnostici o terapeutici, che gli vengono proposti, dopo essere stato pienamente informato, salvo sua



di Francesca **DE DOMENICO**

esplicita rinuncia, sulla diagnosi e sul decorso previsto della malattia nonché sulle alternative terapeutiche, incluso il loro rifiuto, e le loro conseguenze. Intanto, il consenso informato si cristallizza in un documento che, per spiegare i propri effetti di rilievo giuridico, necessita di essere sottoscritto per adesione/accettazione dallo stesso paziente. Poiché di tale documento la giurisprudenza ripetutamente si è dovuta occupare, può essere utile "prelevare" i più significativi criteri fissati, elaborando un discorso quanto più possibile lineare ed improntato alla chiarezza.

Un percorso di tal genere può tornare utile, oltre che ai pazienti, all'intero personale medico e sanitario. Sotto l'aspetto giuridico, è inutile dire che l'acquisizione del consenso ad intervenire sulla integrità delle persone o sulla loro salute attraverso una corretta informazione sui rischi e sul prevedibile risultato dei trattamenti trova il proprio fondamento normativo nella Carta Costituzionale che garantisce, nel proprio arti-



colo 13, l'inviolabilità della libertà personale, intesa pure come libertà fisica e morale, e nel successivo articolo 32, una tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo. Così disponendo, la carta Fondamentale dei Diritti ha plasmato il principio secondo cui "nessuno può essere sottoposto a un trattamento sanitario contro la sua volontà, se tale trattamento non è previsto come obbligatorio per disposizione di legge". La volontarietà degli accertamenti e dei trattamenti sanitari (non obbligatori) è ribadita anche dall'articolo 1 della Legge 13 maggio 1978 n.° 180 e dall'art. 33 della l. 23 dicembre 1978 n.° 833. In ultimo, ma non in ordine di importanza, è intervenuto, da circa un decennio, anche il codice deontologico dei medici (articolo 32) che, pur essendo norma etica, è giuridicamente rilevante nell'ambito dell'ordinamento professionale medico. Proprio a mente del codice di deontologia medica "Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente". In realtà, non può trascurarsi il fatto che il consenso, oltre a legittimare l'intervento sanitario, costituisce uno degli elementi del contratto tra il paziente ed il professionista (art. 1325 c.c.), avente ad oggetto non già la prestazione professionale, bensì l'obbligo di informazione che deriva anche dal comportamento secondo buona fede cui si è tenuti nello svolgimento delle trattative e nella formazione del con-

tratto (art. 1337 c.c.)". (Cassazione Civile Sent. n. 10014 del 25-11-1994). E' chiaro che sorge, nell'operare del chirurgo, un dovere d'informare il cliente in ordine alla natura e agli eventuali pericoli dell'intervento operatorio ritenuto necessario solamente dopo l'esaurimento della fase diagnostica. Sittale dovere d'informazione è diretto ad ottenere un consapevole consenso alla prosecuzione dell'attività professionale. Sennonché, sulla scorta dell'"excursus" storico concernente la normazione del principio dell'informativa sul consenso, vale la pena considerare come si sia passati da una fase primitiva in cui vigeva il principio del c.d. "privilegio terapeutico", applicato quasi incondizionatamente nella prassi operatoria, che consentiva al medico di omettere di dare alcune informazioni in circostanze particolari, purché ciò si risolvesse a vantaggio del paziente, ad un fase, più recente, in cui anche un potenziale intervento utile alla sua salute non può prescindere dalla corretta informazione finalizzata ad ottenere il consenso effettivo della prestazione da parte del paziente. E' il caso di dire, dunque, che è venuto meno, in maniera categorica, il principio paternalistico, verso cui l'opera del sanitario era improntata ed in base al quale il medico, in quanto unico interprete della salute, era in facoltà di agire sempre e comunque, in "pro" del malato ove ne ravvisasse la necessità/opportunità, secondo scienza e coscienza. A suggello di questo stato

I colleghi
sono invitati

a collaborare
con "Messina
Medica"

inviando
articoli
e notizie
alla Segreteria
di redazione





di cose, è, di recente, intervenuta la Suprema Corte con una pronuncia, precisamente la n.° 5444/06, che, ufficialmente, ha messo un paletto più che significativo sulla necessità di ottenere da parte del sanitario un consenso informato. In particolare, si è sancito che il consenso deve essere effettivo, ovvero sia è necessario che il paziente sia correttamente informato delle ripercussioni del trattamento terapeutico e ne recepisca effettivamente i contenuti. La Corte di Cassazione ha affrontato una vicenda umana, ancor prima che giudiziaria, di una donna che agisce in giudizio per ottenere il risarcimento dei danni riportati in conseguenza di un trattamento radioterapico praticato presso un ospedale, quale terapia complementare di un delicato intervento chirurgico di asportazione di massa tumorale. In particolare, la paziente lamentava di non avere ricevuto alcuna valida informazione circa l'insorgenza di pesanti effetti collaterali per effetto del trattamento chemio-terapeutico. Secondo i Giudici della Corte di Cassazione, la violazione dell'obbligo del consenso informato discende dalla tenuta della condotta omissiva di adempimento dell'obbligo di informazione circa le prevedibili conseguenze del trat-

tamento cui il paziente viene ad essere sottoposto e dal successivo prodursi, in forza di un nesso di causalità con esso, di un aggravamento delle condizioni di salute del paziente. Ai fini della configurazione di siffatta responsabilità è, addirittura, indifferente se il trattamento sia stato eseguito correttamente o meno. Il consenso informato (o, meglio, correttamente formato) ha il fine di legittimare l'intervento clinico, che, altrimenti, sarebbe illecito, perché lesivo del diritto soggettivo del paziente alla sua integrità psicofisica. Invero, il consenso informato non ha nulla a che vedere con il legittimo diritto del paziente ad ottenere una prestazione medica esatta. Il consenso riguarda eventi lesivi che trovano la loro causa nel fatto che il medico non ha adempiuto l'obbligo di informarlo: la fonte di responsabilità non è rappresentata dall'evento dannoso in sé, ma dalla mancata preventiva comunicazione della eventualità di tale evento. Viceversa, il diritto alla prestazione esatta, opera sul diverso piano del risultato che il paziente intende conseguire, sia stato esso correttamente informato. Dal dovere del medico di intervenire soltanto a seguito ed in virtù del consenso del paziente consapevolmente manifestato, deriva l'obbligo di quest'

ultimo di rendere tale consenso consapevole, ovvero sia di fornire le necessarie e preventive informazioni. È difficilmente sostenibile, infatti, che il rapporto fra medico e paziente sia un rapporto fra soggetti paritari, non soltanto per il fatto che esiste, comunque, un timore reverenziale del paziente nei confronti del proprio medico, ma anche per le obiettive disparità di conoscenze che caratterizzano i due soggetti. Il paziente non può sapere quali sono i benefici e le modalità dell'intervento, né quale sia la scelta migliore fra più alternative possibili. In effetti, è proprio la mancata informazione a rappresentare il nucleo della colpa del medico reo dell'inosservanza del dovere di completa informazione/prescrizione sui limiti del ricorso alla terapia. Siffatta omissione viene posta a carico, nella fattispecie in esame, sia del sanitario che ha eseguito la prestazione medica che «di riflesso della struttura ospedaliera per cui egli agisce». In ultima analisi, quindi, la Cassazione attraverso l'irrogazione della condanna al risarcimento del danno sembra avere voluto impartire delle utili istruzioni alla classe medica, come a dire: "Informati per informare".

Primo caso di priapismo trattato in radiologia interventistica

di Vincenzo **LOMBARDO**

Cefalù 11 luglio 2006 – Primo caso di "priapismo" trattato in radiologia interventistica, senza ricorrere alla chirurgia, al San Raffaele Giglio di Cefalù.

Il paziente, ventenne, era affetto da un anno da questa patologia, in genere di origine post-traumatica, che comporta una costante semierezione del pene sostenuta da una fistola arterovenosa ad alto flusso. Ad individuare la causa è stata l'equipe di urologia diretta da Gianfranco Savoca

"L'intervento – spiega il responsabile di radiologia Domenico Messina – viene eseguito in anestesia locale. Dura circa un'ora. Inseriamo attraverso un micro-catetere, che passa dall'arteria femorale ed arriva alle arteriole pudende, delle microspiraline metalliche determinando la chiusura della fistola. Tale tecnica consente di bloccare il passaggio di sangue dall'arteria ai corpi cavernosi del pene ripristinando il circolo fisiologico". Il paziente viene dimesso l'indomani dell'intervento e i primi risultati si hanno dopo 15-30 giorni.

"I casi di priapismo – aggiunge Messina – venivano in precedenza trattati in chirurgia urologica con una casistica soddi-

sfacente solo nel 60 per cento dei pazienti con alta percentuale di complicanze anche gravi e comunque con una degenza media di oltre 20 giorni. Ci stiamo adesso preparando – conclude il primario – per trattare i mio-fibromi uterini con la stessa tecnica interventistica allo scopo di allinearci alle principali strutture che operano in tal senso".