



Aprile  
Giugno 3  
2007

Il Convegno di primavera



Prevenzione delle nefropatie

Seminario chirurgia generale

Neoplasie distretto cervico-cefalico

Prescrizione razionale antipsicotoci



Workshop in ematologia

Sicurezza in sala operatoria

L'impegno dell'Anfas



Un libro a casa di chi sta male

IN COPERTINA: una feluca nello Stretto  
(foto tratta dal libro: Tra due mari)

sommario

3

Messina medica

Aprile  
giugno  
2007

Publicazione mensile registrata al Tribunale di Messina al n° 13/1971

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: info@grafoeditor.it www.grafoeditor.it

COMITATO DI REDAZIONE  
Maria Sofia Cambria, Stefano Leonardi,  
Giovanni Materia, Giovanni Pulitano

EDITORE  
Ordine provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Messina  
Via Bergamo is. 47/A - Messina  
tel. 090.691089 - Fax 090.694555  
e-mail: info@omceo.me.it  
sito: www.omceo.me.it

CONSIGLIO DELL'ORDINE  
Antonino Ferrara *Presidente Onorario*  
Nunzio Romeo *Presidente*  
Carmelo Salpietro Damiano V. *Presidente*  
Salvatore Rotondo *Segretario*  
Paolo Catanoso *Tesoriere*

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

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

Commissione Odontoiatri:  
Giuseppe Lo Giudice, *presidente*  
Gaetano Iannello, *segretario*  
Alfredo Catarsini, Giuseppe Della Torre  
Giuseppe Renzo.



*Il documento approvato dal Consiglio direttivo dell'Ordine*

# Sostegno ai medici accusati di *malpractice*

*Prevista un'azione legale ad adiuvandum  
per i colleghi ingiustamente accusati*

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, dopo una attenta analisi delle difficoltà cui vanno incontro i medici ingiustamente accusati di malasanità o malpractice, considerato il ruolo istituzione che gli compete e che comprende anche la salvaguardia della dignità e professionalità dei medici, parallelamente alla salvaguardia degli interessi del cittadino, si è determinato a sostenere con azioni propositive quanti dovessero essere ritenuti esenti da responsabilità giudiziarie.

Si premette:

- che la professione medica ha perso quel prestigio sociale che, sino a taluni anni addietro, la contraddistingueva ed attribuiva al medico autorevolezza e dignità, presupponendo nel rapporto paritetico la stessa buona fede e la capacità di scegliere per il paziente a lui affidato in cura;

- che lo scadimento del prestigio professionale del medico è strettamente legato ai continui attacchi che la classe medica subisce, con denunce in crescita esponenziale alla magistratura penale o richieste di risarcimento dei danni al giudice civile per i casi di cosiddetta malasanità o malpractice;

- che il fenomeno ha assunto negli ultimi anni dimensioni allarmanti per le conseguenze che si ripercuotono sia nella sfera individuale del medico sia nella

pratica quotidiana dell'esercizio professionale atteso che:

a) sotto il primo profilo, il medico subisce ripercussioni a livello psicologico e sul piano economico, essendo i danni patrimoniali ed extrapatrimoniali incolmabili e spesso non risarcibili;

b) sotto il secondo profilo, il medico è portato ad agire secondo i canoni della cosiddetta "medicina difensiva": cioè, per ragioni di cautela da ogni rischio, tende a prescrivere indagini specialistiche a tappeto, oppure a coperture a 360° mediante l'uso di farmaci incrementando il rischio di effetti collaterali o complicanze secondarie ad esami non indispensabili, con un incremento dei costi sostenuti dal SSN, con allungamento delle liste d'attesa e peggioramento della qualità delle prestazioni.

- che da autorevoli dati statistici emerge che almeno due volte su tre le denunce di malasanità o malpractice si rivelano del tutto infondate con assoluzione piena del professionista e/o esenzione di responsabilità per danni;

- che nel senso comune del cittadino vengono confusi i concetti di malasanità e malpractice, riconducendo il tutto a scapito del professionista, mentre è palese che la malasanità attiene alle carenze strutturali e organizzative del servizio sanitario e la malpractice all'imperizia del medico.

Considerato:

- che l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Messina svolge un ruolo istituzionale di consulenza, controllo e verifica della professionalità dei propri iscritti, nonché dell'applicazione del codice deontologico e delle leggi e regolamenti che insistono sull'attività sanitaria;

- che l'Ordine professionale, d'altro canto, non può assistere passivamente al continuo diffondersi di questa tendenza volta a screditare l'autorevolezza e la correttezza di prestazione del medico ovvero a minarne il prestigio, identificandolo come un facile bersaglio sul quale lucrare e pretendere un risarcimento per presunto errore diagnostico e terapeutico, poiché questo tipo di azioni non giovano al paziente, né al cittadino né alla società;

- che l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina non può sostituirsi al medico per perseguire la riparazione del danno ingiustamente subito da un'infondata azione accusatoria penale o risarcitoria civile, trattandosi di situazioni giuridiche soggettive e come tali tutelabili soltanto dal diretto interessato;

- che l'Ordine professionale è legittimato ad agire nelle opportune sedi giudiziarie soltanto a difesa degli interessi collettivi della categoria dei soggetti di cui ha la rappresentanza istituzionale;



- che la legittimazione ad agire in giudizio dell'Ordine professionale trova giustificazione nella tutela della professione stessa e nel perseguimento di vantaggi strumentali giuridicamente riferibili alla sfera categoriale, ma non anche per la tutela delle posizioni individuali di un singolo medico, con riferimento alla quale può essere spiegata un'azione di sostegno che lo abilita ad intervenire.

Ritenuto:

- che nello svolgimento del ruolo istituzionale proprio dell'Ordine professionale non si può prescindere dal porre in essere tutte quelle azioni e/o interventi volti al salvaguardare il prestigio e la dignità della professione.

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, per le ragioni suesposte

SI DETERMINA

a svolgere tutte le azioni possibili (anche se necessario in forma di procedimento legale) a sostegno dei medici che, una volta acclarata la loro esenzione da responsabilità penale o civile, agiscono giudizialmente per il ristoro dei danni materiali, morali, psicologici e biologici subiti durante il lungo percorso giudiziario e a loro cagionati da chi li ha ingiustamente ed infondatamente accusati.

L'azione che l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina potrà assicurare ai medici sarà svolta mediante intervento "ad adiuvandum" nei giudizi da questi proposti, essendo a ciò legittimato.

L'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Messina invita tutti i propri iscritti, che abbiano visto riconosciuta la propria estraneità attraverso il supremo ordine di giudizio, a contattare gli uffici Ordinistici per prendere in considerazione l'ipotesi di una azione legale "ad adiuvandum" del medico ingiustamente accusato di malpractice secondo modalità di volta in volta stabiliti.

# Orario estivo dell'Ordine

Gli Uffici di segreteria nei mesi di Luglio e Agosto resteranno aperti di mattina dalle 9,30 alle 13 dal lunedì al venerdì



I Colleghi sono invitati a collaborare con



**"Messina Medica"**

inviando articoli e notizie

(massimo 2 cartelle) alla Segreteria

del Comitato di redazione

tel. 090 691089 [giordano@omceo.me.it](mailto:giordano@omceo.me.it)



## “Convegno di Primavera” en plein al V. Emanuele

I problemi relativi alla Sanità, con particolare riferimento alla centralità del paziente sono stati al centro anche della quarta edizione del <Convegno di primavera>, appuntamento che l'12 maggio ha riunito circa mille persone nel teatro Vittorio Emanuele dove, come di consueto, alla prima parte scientifica è stata abbinata la consegna della Targa speciale dell'Ordine, seguita dalla consegna delle Borse di studio intitolate alla signora Silvana Cavalieri e destinate agli studenti dei licei classici cittadini.

La parte centrale del convegno ha riguardato il tema “Le nuove sfide della medicina” con riferimento particolare a: Genetica – Oncologia – Neuroscienze – Bioetica – Formazione.

Obiettivo, quello di concorrere a un più costruttivo rapporto di fiducia e a far emergere l'immagine delle tante strutture dove quotidianamente il sistema presenta connotazioni positive di cui si parla di meno ma che sono il termometro più affidabile per

un giudizio complessivo, spesso condizionato da pochi e isolati casi di mal funzionamento.

Al centro dei lavori, sempre il paziente, con le sue attese in fatto di tutela della salute ma anche di accoglienza e di relazione con il mondo ospedaliero e professionale. Con un'attenzione ai cambiamenti che si vanno già registrando e ai possibili interventi correttivi per puntare a livelli più alti di risposta rispetto alle attese, nell'ottica di rendere anche più gratificante il lavoro degli operatori.

In queste pagine, una documentazione fotografica dei vari momenti e un commento sulle relazioni svolte dai professori Eolo Parodi, presidente Fondazione Enpam; Bruno Dalla Piccola, ordinario di genetica alla Sapienza; Francesco Boccardo, direttore oncologia medici a Genova; Francesco Tomasello, rettore di Messina e neurochirurgo; don Giovanni Russo, direttore Scuola superiore di specializzazione in bioetica e sessuologia; Andrea Lenzi, presidente Comitato nazionale universitario. Moderatore Mario Falconi, presidente Ordine medici di Roma.





# LE SFIDE della medicina

di Giuseppe RUGGERI

**L**a società europea visse, alla fine del diciannovesimo secolo, una condizione di dicotomia profonda. Da una parte, si assisteva entusiasti al ritmo esponenziale, a tratti convulso, con cui le scoperte e le conseguenti innovazioni tecnologiche si susseguivano. Dall'altra, e a fronte di tanto progresso, si finì per sentirsi sempre più addosso il peso della conoscenza, scoprendo, con sgomento, l'umana finitezza contrapposta all'immensità del circostante. La solitudine dell'uomo, in un mondo che di lui poteva fare apparentemente a meno, rappresentò il leit-motiv di una generazione sperduta, in cerca di valori e punti di riferimento cui appigliare le proprie residue certezze.

L'uomo schiacciato dall'universo da lui stesso tenacemente penetrato, da quella volontà, s'intende dire, assoluta e pervicace con cui la scienza occupava spazi fin allora lasciati inesplorati, quest'uomo visse insomma in quegli anni la lacerante esperienza del figliol prodigo costretto quasi a forza a tornare dal padre. Abbandonato da tutti, per una sorta di nemesi beffarda egli fu alla fine costretto a ricondursi nell'alveo primordiale ove recuperare le fiducie smarrite e rifondare una coscienza sovvertita dal

babelico magma delle nozioni disorientanti che aveva acquisito.

La medicina – che delle scienze umane è indubbiamente la madre – ha insegnato di recente all'uomo una dimensione affatto nuova dell'universo. Non è quest'ultimo da considerarsi esclusivamente lo spazio cosmico, lo sterminato oceano che circonda il nostro pianeta irridendo





ai nostri sforzi di saperne di più, di varcare le colonne d'Ercole che si frappongono tra noi e il tutto; l'universo, in ossequio a una bizzarra quanto sorprendente "teoria degli opposti", è anche ed esattamente il contrario. L'uomo medesimo è universo, in quanto insieme di tessuti e cellule e atomi e, oltre questi ultimi, di innumerevoli particelle invisibili anche al microscopio a più elevata scansione. Universo è l'infinitamente piccolo grazie al quale qualsiasi grandezza è resa possibile.

In quest'infinitamente piccolo credo siano in buona misura concentrate quelle "sfide della medicina" di cui si è parlato nel "convegno di primavera", quarto degli incontri voluti e organizzati dall'Ordine dei Medici di Messina e svoltosi il 12 maggio u.s. presso il Teatro "Vittorio Emanuele". Sfide che attengono all'odierno "homo medicus" in quanto modellate su misura su quello che è il contesto storico-ambientale di questa figura. Una figura sempre più esposta agli attacchi della società, in una congiuntura particolare in cui alla straordinaria evoluzione del progresso scientifico fa da contraltare un sottodimensionamento – o forse un dimensionamento del tutto travisato – dei caratteri e delle esigenze proprie della professione medica. Caratteri di libertà e indipendenza, come recita il nuovo codice deontologico medico, ossia non vincolati da nessun dettato salvo quello etico che con la scienza dovrebbe fare necessario pendant. Esigenze di spazio, di movimento, che comunque debbono rapportarsi con quell'imprescindibile rispetto umano che di regola contraddistingue il consorzio civile. Difesa della professione, ma non in



Il dott. Furnari, l'assessore Regionale Lagalla, il preside Scribano e il dott. Cavaleri. Sotto, il sindaco Genovese e il presidente dell'Ordine Romeo



termini corporativistici, ben rimarcata dal presidente dell'Enpam Eolo Parodi, il quale, anche e soprattutto da ex-deputato nazionale, ha rivendicato la necessità della professione di "sdoganarsi" da eventuali e in ogni caso snaturanti connivenze politiche. E questo non perché la politica sia comunque un male, quanto perché la medicina, in sé – come sostiene Giovanni Berlinguer – è già politica; una politica apartitica, non soggetta a leggi di cordata né a interessi di bottega, una politica svolta in difesa del cittadino-paziente di cui il medico si fa pieno carico con il giuramento di Ippocrate.

Un corso universitario del quale Andrea Lenzi, coordinatore nazionale dei presidenti dei consigli di corsi di laurea, ha individuato criticità ed eccellenze, sottolineando la necessità di una costante valutazione delle modalità con cui l'istruzione universitaria ha modo di dispiegarsi sul territorio nazionale. L'attenzione rivolta verso le nuove tecniche didattiche non può essere disgiunta dall'adozione di tutti i moderni strumenti – informatici in primo luogo –



La Commissione delle "Borse di studio Cavaleri" e alcuni dei docenti che hanno presentato i relatori. Qui accanto il prof. Dallapiccola; sotto, Don Giovanni Russo.



alle loro reali capacità comunicative, dovrebbero essere modificati, consentendo di attribuire un valore più elevato a quanti hanno, per talento ed esperienza, maggior attitudine all'oratoria e alla sintesi. Si rischia di dimenticare la figura del "Maestro", vale a dire quel docente particolarmente illuminato e carismatico che riusciva a compendiare, in un'unica lezione – appunto magistrale – una serie di concetti oggi affidati ai cosiddetti "corsi integrati", che vedono la partecipazione di più docenti di diverse branche specialistiche.

Di genetica medica ha parlato Bruno Dallapiccola, e in specie delle complicate modalità con cui si è passati, al giorno attuale, da una diagnostica "ex-post", effettuata ossia a malattia già instaurata, a una diagnostica "predittiva", che individua la cosiddetta "susceptibilità" ad ammalare. La scoperta della completa sequenzialità del genoma umano, tuttavia, è solo un primo passo verso la risoluzione delle problematiche connesse a quelle patologie che riconoscono una base genetica. E questo soprattutto perché non è vero che a ogni gene corrisponde una malattia, ma piuttosto che lo stesso gene può, in base alle mutazioni che subisce in età pre e post-natale, esprimere malattie diverse tra di loro. Esistono inoltre condizioni monopatologiche, ossia ricon-

che agevolano ma specialmente ampliano a tutto campo le potenzialità d'apprendimento degli studenti. E inoltre bisogna avere il coraggio di fare autocritica, sottoponendosi al vaglio di procedure di correzione indispensabili al conseguimento di buoni risultati. Anche i criteri di scelta dei docenti universitari, la cui valutazione è spesso affidata più alla mole della produzione scientifica dei candidati che



ducibili a una stessa malattia, le quali, fenomenologicamente, si manifestano in maniere diverse a seconda dei complessi meccanismi interazionali tra i geni che le sostengono e il contesto dove si svolge la loro

azione. E che dire della terapia con cellule staminali? Luci e ombre, in buona sostanza, che comunque sembrano far pendere a favore dell'efficacia di questa metodica l'impiego di cellule cordonali piuttosto che adulte, e ciò sicuramente rafforza la convinzione che la cultura della donazione del cordone ombelicale deve essere sempre più diffusa e capillarizzata sul territorio.

Di sfide in oncologia si è occupato Vincenzo Adamo, con specifico riferimento alla patologia senologica, che, in termini d'incidenza morbosa, occupa in atto il primo posto nei tumori del sesso femminile. Nuove terapie – prima tra tutte quella con tamoxifene – ma soprattutto maggiore sensibilità popolare nei confronti della prevenzione, consentono al giorno d'oggi di attestare su una media del 55% la percentuale di guarigione di queste patologie. Anche i tumori colon-rettali risentono di questo trend tant'è che la sopravvivenza a 8 anni cresce in proporzione alla capacità di diagnosticarlo con sufficiente precocità (mediante, ad esempio, il test del sangue occulto nelle feci).

Bioetica, o "scienza della sopravvivenza" secondo la definizione dello studioso Potter, è stato, come sempre, il tema di don Giovanni Russo, che ha subito affrontato la necessità di combattere il sempre più diffuso "relativismo liberale" che, valicando ogni limite di tolleranza, tende a dare libertà a ciascuno di fare tutto ciò che vuole. E' la verità sulla vita a



dover comunque precedere il dibattito pluralistico, una verità verso cui è in ogni caso necessario convergere prima di intraprendere difficili strade come la sperimentazione o l'adozione di scelte che in qualche misura coinvolgono i diritti altrui. Di cervello, e del suo infinitamente piccolo mondo ultrastrutturale, raffrontabile, quanto a complessità,

all'universo cosmico, si è infine occupato Francesco Tomasello, che si è addentrato nell'affascinante pianeta delle neuroscienze, esemplificato da una serie pressoché innumerevole – nell'ordine dei tri-

## La Targa dell'Ordine al prof. La Torre



La consegna della Targa dell'Ordine al prof. Antonio La Torre, procuratore generale emerito della Corte di Cassazione, da parte del rettore Franco Tomasello e del presidente Nunzio Romeo.

Accanto, la realizzazione dell'orafa Armando Arcovito che riproduce la pergamena e le insegne della Cassazione.







liardi – di connessioni sinaptiche corrispondenti ad altrettanto numerose – e ancora per lo più oscure – funzioni. Bello vedere a Messina tanta – e illustre – partecipazione su temi di elevato spessore culturale ma soprattutto moderni quanto a portata e impatto sulla società civile. Ci piacerebbe tuttavia che questa nostra città, dove qualche anno fa, e proprio per iniziativa dell'Ordine dei Medici rappresentato dal suo presidente Nunzio Romeo, è nata la "Carta di Messina", una serie di iniziative e proposte che mettono a fuoco la centralità del paziente oncologico, portasse avanti con efficacia una "sfida" altrettanto importante, rappresentata dalla piena affermazione del governo clinico in ambito sanitario. Spesso, infatti, le esigenze aziendali di controllo della spesa confliggono con le imprescindibili condizioni di sicurezza in cui gli operatori debbono svolgere il proprio lavoro. In tema di infrastrutture sanitarie e di "risk management", tanto per capirci, c'è bisogno di un confronto solido ed efficace che non può prescindere dall'intervento politico – e non partitico – sia locale che nazionale. Quanto alla formazione, sarebbe il caso di coinvolgere sempre più le diverse categorie professionali – in primo luogo i medici di famiglia e i medici delle aziende sanitarie – nel difficile compito del confezionamento di quel "prodotto finito" di un corso di studi sempre più multidisciplinare e complesso che è il Medico.

### "Borse di studio Silvana Cavaleri"

## Premiati 15 liceali di Messina e uno studente di Reggio

A chiusura del convegno la consegna delle "Borse di studio Silvana Cavaleri" ai quindici ragazzi di liceo che hanno svolto un tema sulla realtà dei diversamente abili ed sull'eutanasia.

Della commissione giudicatrice presieduta dai presidi Antonino Grasso e Pio Lo Re e dalla prof.ssa Giacoma Barresi, hanno fatto parte le professoresse Margherita Cotroneo, Patrizia Danzè, Emilia De Maria, Antonella Dragotto, Carmelita



Paradiso, Paola Sturiale, Antonella Vadalà, Cinzia Caminiti, il prof. Nino Carabellò, la signora Giusy Merlino, il dott. Adolfo De Meo, l'avv. Giuseppe Pedullà e il dott. Massimiliano Cavaleri.

Alla consegna dei premi hanno partecipato tra gli altri le signore Chiara Schirò Genovese, Rina Leonardi, il provveditore agli studi dott. Gustavo Ricevuto, il direttore generale dell'Asl 5 dott. Salvatore Furnari, il dott. Sergio Pedullà dell'ICT; la vicepresidente dell'AMMI Cettina Visconti Manganaro; il presidente dell'Ordine dei medici di Reggio Calabria Pasquale Veneziano; il consigliere di amministrazione della Fondazione Bonino Pulejo avv. Giuseppe Santoro.





Il presupposto essenziale di qualunque terapia appropriata è rappresentato da una corretta diagnosi, per ottenere questo risultato è importante eseguire una analisi critica degli sviluppi del quadro clinico al fine di valutare se la strada seguita è quella corretta. E' fortemente raccomandabile, in medicina, seguire questo meccanismo fondamentale per la crescita della conoscenza.

tendenza delle persone a credere, erroneamente, che sarebbero state in grado di prevedere correttamente un evento una volta che questo è ormai avvenuto con conseguenti riflessi fuorvianti sul modo in cui vengono valutati i giudizi ed espresse le relative decisioni.

Per fare emergere questo problema è stato realizzato un interessantissimo studio



# Astolfo, l'ippogrifo e il senno del poi

di \*Salvo ROTONDO



Purtroppo anche da questo apparentemente semplice apprendimento generato dall'esperienza, possono derivare distorsioni sistematiche del giudizio retrospettivo che si concretizzano in diagnosi che non sempre sono così appropriate a causa di specifiche fonti di errore determinate da processi cognitivi derivati dal nostro modo di ragionare in condizioni di incertezza. Tali processi influiscono sistematicamente sull'attendibilità dei nostri giudizi sollevando il problema di come si possa imparare dall'esperienza per poter giudicare e decidere meglio.

Gli anglosassoni indicano l'hindsight bias (l'errore del giudizio retrospettivo) come la

(Caplan, R.A. et al. 1991), che ha preso in considerazione due casi di una stessa operazione chirurgica (taglio cesareo) nei quali viene effettuato un intervento anestesilogico (l'anestesia spinale). A centododici anestesisti, suddivisi in due gruppi è stato chiesto di esprimere una valutazione sull'appropriatezza del trattamento anestesilogico praticato. I due casi ipotetici somministrati erano fra loro identici (condizioni cliniche della paziente, tipo di intervento praticato, dosi impiegate, ecc.), ad eccezione che per un aspetto: nel "CASO A" si verificava una complicanza che produceva un esito clinico avverso temporaneo (per esempio, un arresto cardiaco, a seguito del

quale la madre e il neonato si riprendevano pienamente); nel "CASO B", invece, lo stesso tipo di complicanza produceva un esito clinico avverso permanente di una gravità incommensurabilmente maggiore (per esempio, l'arresto cardiaco causava la morte della partoriente e danni cerebrali al neonato). I risultati di questa indagine hanno dimostrato come "il senno del poi" distorce significativamente la valutazione del-

l'appropriatezza di una specifica decisione clinica. Infatti in oltre il 71% dei casi la valutazione è stata prevalentemente positiva (cioè di "intervento appropriato") quando il danno era temporaneo. La valutazione emersa è stata invece prevalentemente negativa (cioè di "intervento inappropriato") in presenza di un danno permanente (nonostante,

come già detto, i due casi fossero identici tranne che per i postumi del danno procurato). Un danno permanente è pertanto in grado di rendere il "giudizio a posteriori" molto più severo del giudizio basato sugli stessi elementi qualora l'esito dell'intervento si sia rivelato meno grave. Questi dati sono stati confermati da ulteriori e numerose esperienze di spessore.

Tutto ciò avviene tutti i giorni in ambiente clinico, ma quando la decisione medica viene giudicata "a posteriori" cosa succede?

Spesso non ci rendiamo conto di quanto la consequenziale catena di giudizio sia travagliata, nell'espletamento del



proprio compito, dalla perfetta conoscenza ed applicazione di questi imprescindibili valori: avvocati, giornalisti, giudici, medici legali, tutti professionisti i quali sanno bene che questo è un fenomeno cognitivo a cui si è esposti non solo nella professione medica, ma soprattutto in corso di valutazione di appropriatezza del decision making. La prima domanda che un professionista si pone in corso di valutazione dell'evento, quando si giudica sulla base di un criterio di imputazione fondato sulla colpa, è: "sto evitando l'attribuzione di un peso decisionale alle consapevolezze scientifiche emerse dopo che il danno si è verificato?" Ovvero "mi sto lasciando attingere dal pregiudizio del senno del poi?" Tutto questo è espressione di professionalità, troppo spesso sottovalutata, non considerata e quindi bistrattata, di cui il professionista sia esso avvocato, giudice, giornalista, medico legale si fa carico a proprie



## Correre per vivere meglio

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trapani, l'AICS Direzione Nazionale Comitato Regionale Sicilia e Comitato Provinciale di Trapani, con il patrocinio della Provincia Regionale di Trapani e del Comune di Trapani, organizzano nei giorni 19 20 21 OTTOBRE 2007 una manifestazione podistica nazionale denominata: "CORRERE PER VIVERE MEGLIO"

La manifestazione è riservata ai medici, operanti sul territorio nazionale.

Il percorso sarà articolato per le vie cittadine e del centro storico e la sua lunghezza non sarà superiore ai 12 Km. Le adesioni, totalmente gratuite, dovranno pervenire entro il 31 Luglio 2007, corredate di nome, cognome, indirizzo, recapito telefonico e certificato medico, al seguente indirizzo: ORDINE DEI MEDICI VIA RICCARDO PASSENETTO, 69 - 91100 TRAPANI tramite posta, via fax al Tel. 0923/25935 o e-mail segreteria@omceotrapani.it

L'organizzazione per questo evento ha convenzionato alcuni alberghi della città, che dovranno essere contattati direttamente dai partecipanti per le prenotazioni. A tutti i partecipanti verrà donato un omaggio della manifestazione. Tutti i partecipanti saranno premiati con medaglie ricordo, mentre i primi secondi e terzi riceveranno, trofei, targhe e coppe.

spese senza che nulla gli venga riconosciuto se non in termini di soddisfazione morale.

Comunque sia Astolfo, sulla luna, a cavallo del suo ippogri-

fo cercava il senno di Orlando, non "il senno del poi".

\*Consigliere Segretario dell'Ordine

# A Taormina, a settembre: Strumenti per Pensare all'Errore in Medicina



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI MESSINA

Ente di Diritto Pubblico ( D.L.C.P.S. 13.09.1946 n.233)

WORKSHOP

## L'ERRORE IN MEDICINA STRUMENTI PER PENSARE

Sabato 29 Settembre 2007 - Palazzo dei Congressi di Taormina (ME)

### Programma

**dott. Nunzio Romeo**

La gestione del rischio clinico: concetti introduttivi del moderatore

**prof. don Giovanni Russo**

Le leggi dell'etica che regolano la professione

**dott. Giacomo Caudo**

Definizione epidemiologica, metodi e strumenti di analisi

**prof. Francesco Trimarchi**

Prevenzione, controllo e revisione dei processi

**dott. Salvatore Rotondo**

Legal risk management in ambito clinico: istruzioni per l'uso

**prof. Claudio Crino**

Aspetti medico-legali della responsabilità professionale medica

**avv. Francesco Marullo di Condojanni**

L'assistenza legale alla vittima dell'errore clinico

**dott. Nino Calarco**

L'etica nella comunicazione mediatica dell'errore clinico

**dott. Ennio D'Amico**

Il giudizio sull'errore clinico

### Obiettivi

Il Workshop si propone di esaminare l'errore nella pratica medica nei suoi vari aspetti, analizzando la responsabilità del singolo e quella della struttura sanitaria. Verrà dato largo spazio alle cause e le conseguenze dell'errore, nonché alle misure preventive in atto.

#### Obiettivi specifici:

- Analizzare le possibili cause e tipologie del rischio professionale e dell'errore in medicina nella pratica clinica partendo da dati e situazioni concrete.
- Stimolare attenzione ed interesse della categoria nei confronti delle problematiche inerenti la responsabilità professionale.
- Approfondire e diffondere le conoscenze sulla "gestione dell'errore nella pratica clinica" al fine di contenerne e possibilmente ridurne l'incidenza attraverso l'individuazione delle criticità e delle aree di rischio ove dirigere gli interventi correttivi.

### Relatori

**Dott. Nino Calarco**

Direttore quotidiano di Messina "Gazzetta del Sud"  
Presidente Fondazione "Bonino - Pulejo" - Messina

**Dott. Giacomo Caudo**

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina  
Medico di Famiglia - Segretario provinciale FIMMG Messina

**Prof. Claudio CRINO'**

Professore Ordinario Università degli Studi di Messina  
Direttore U.O.C. di Medicina Legale e delle Assicurazioni

**Dott. Ennio D'Amico**

Procuratore Generale della Repubblica di Messina

**Avv. Francesco Marullo di Condojanni**

Presidente Ordine degli Avvocati di Messina

**Dott. Nunzio Romeo**

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina

**Dott. Salvatore Rotondo**

Consigliere Segretario Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Messina  
Dirigente Medico Azienda Ospedaliera Papardo di Messina

**Prof. Don Giovanni Russo**

Direttore Scuola Superiore di Specializzazione in Bioetica e Sessuologia  
Istituto Teologico San Tommaso di Messina

**Prof. Francesco Trimarchi**

Consigliere Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Messina  
Professore Ordinario Università degli Studi di Messina  
Direttore U.O.C. di Endocrinologia

### Modalità di iscrizione

La partecipazione all'evento formativo prevede una quota di iscrizione dell'importo di 30,00 mediante versamento sul c/c postale n.13746987 intestato a "Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina" indicando nella causale il riferimento ministeriale del corso.

Essa può avvenire utilizzando esclusivamente le seguenti modalità:

- presentazione modulistica di iscrizione presso gli uffici dell'Ordine con relativo versamento;
- presentazione modulistica di iscrizione e copia della ricevuta di versamento a mezzo fax (090-694555);
- iscrizione telematica a mezzo del sito web [www.omceo.me.it](http://www.omceo.me.it);

I richiedenti saranno accettati in base alla data ed all'orario di ricevimento della domanda, fino al raggiungimento del numero massimo di partecipanti (max 200 partecipanti).

**Il Workshop è stato realizzato con la fattiva partecipazione, il supporto logistico-organizzativo ed il Patrocinio del**

Evento in fase di accreditamento

Riferimento ministeriale n. 2576-288889



COMUNE DI TAORMINA  
Provincia di Messina

Il sistema sanitario è da considerare come un sistema organizzativo complesso a causa di diverse variabili: caratteristiche specifiche dei singoli pazienti, esperienze professionali multiple, modelli gestionali diversi, complessità degli strumenti utilizzati e degli interventi eseguiti, etc.

Dal momento che in ogni organizzazione complessa (al pari di sistemi quali le centrali nucleari, l'aviazione, la difesa militare, etc.) l'errore o la possibilità di un incidente non sono del tutto eliminabili, è però opportuno che vengano posti in essere tutti quegli interventi perché essi risultino, se non prevenibili, controllabili. Il rischio d'impresa è, in generale, direttamente proporzionale alla complessità del sistema stesso poiché l'errore è una componente inevitabile della realtà umana, tanto che, nel caso del sistema sanitario, paradossalmente questo sarebbe a "basso rischio di errore" (non del tutto privo di errore), anche se si rivolgesse a "pazienti sani".

Nell'ambito di uno scenario politico-sociale volto al miglioramento della qualità della vita dei cittadini, la garanzia di un'assistenza sanitaria efficiente e la tutela dei pazienti che soffrono sono un dovere etico irrinunciabile. Per questo motivo l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina ha voluto farsi promotore di un Workshop dal titolo "L'errore in medicina: strumenti per pensare", che si terrà al Palazzo dei Congressi di Taormina il 29 settembre prossimo, nel contesto del Programma Ministeriale ECM.

Il workshop in oggetto è stato concepito per dar voce agli attori interessati al problema "errore in medicina", sia nel corso della sua prevenzione, che nella fase in cui questo si sia ormai realizzato. Ecco perché sono stati previsti relazioni di medici (operanti in vari ambiti del SSN), esperti di etica, giuristi, giornalisti, medici legali ed avvocati, al fine di sviluppare un dibattito articolato in una visione poliedrica del problema che sia finalizzato a modalità comportamentali e procedurali condivise, nel contesto di un appropriato ambito professionale.

## "Implantologia orale e riabilitazione protesica"

*Master dell'Università*

in "Implantologia Orale e Riabilitazione Protesica", coordinato dal prof. Domenico Cicciù.

Il master è un corso universitario annuale di formazione professionale permanente e di alta specializzazione.



Esso consente ai partecipanti l'acquisizione di competenze specifiche relative a: diagnosi, pianificazione e procedure chirurgico-protesiche per la riabilitazione di edentulie parziali e totali attraverso l'utilizzo di impianti osteointegrati.

Il corso si articola in 11 moduli didattici, che verranno espletati in incontri mensili previsti nelle giornate di venerdì e sabato, con inizio il 19 ottobre 2007.

Ogni modulo prevede esercitazioni pratiche su simulatori e tirocini clinici. E' previsto uno stage formativo in strutture riconosciute dal Master. Le attività didattiche prevedono l'intervento di numerosi ed illustri nomi del panorama impianto-protesico italiano. Il Master si terrà presso il Dipartimento di Odontostomatologia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Messina ed è destinato ai laureati in Odontoiatria e Protesi Dentaria agli specialisti in Odontoiatria e ai laureati in Medicina e Chirurgia, iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

E' previsto un numero massimo di 12 partecipanti, che conseguiranno 60 Crediti Formativi Universitari e saranno esentati, per un anno, dall'acquisizione dei crediti E.C.M. Al completamento del corso, dopo verifica finale, l'Università degli Studi di Messina conferirà il Diploma di Master Universitario di II livello in "Implantologia Orale e Riabilitazione Protesica".

SEGRETERIA: Prof. D. Cicciù/ Sig G. Caspanello  
Università degli Studi di Messina  
Dipartimento Odontostomatologia  
AOU Policlinico "G. Martino" V. Cons. Valeria Messina  
Tel/Fax 090-2216920/21 Email dcicciu@unime.it





*Trimarchi presidente del Collegio professori ordinari*

## *Endocrinologia terapie più avanzate*

Francesco Trimarchi, consigliere dell'Ordine da quasi quindici anni e professore ordinario di Endocrinologia nella nostra Università, è stato eletto a Roma, alla fine di marzo, Presidente del Collegio dei professori ordinari e straordinari di Endocrinologia e Metabolismo per il prossimo quadriennio. Trimarchi, che dirige l'UOC di Endocrinologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Gaetano Martino, è autore di numerose pubblicazioni scientifiche in diversi campi dell'Endocrinologia clinica e di base, apparse in Italia e all'estero. Dal 1991 al 1995 era stato componente la giunta dello stesso Collegio e ne era stato eletto segretario dal 1999 al 2003. Il collegio dei professori di Endocrinologia, è una organizzazione accademica la cui vocazione è quella della tutela della specificità culturale degli studi sulle malattie endocrine e del metabolismo che si caratterizza per l'essersi dotata di regole trasparenti e oggettive e pertanto è libera dal peso dell'autoreferenzialità che ha in passato connotato diverse comunità. Il Collegio ha, tra l'altro, prodotto un volume di Quiz destinati alla formazione e all'autovalutazione di specialisti e specializzazione. Il Collegio designa anche un rappresentante presso l'Union Européenne des Medecines Spécialistes. trimarchi, oltre all'attività

di insegnamento e di ricerca si dedica anche ad analisi nel campo della bioetica ed epistemologia medica e ha pubblicato un apprezzato volume dal titolo "Il camice strappato" oltre a diversi saggi sullo stesso tema apparsi su opere collettanee. E' attualmente direttore della Scuola di specializzazione in Endocrinologia e malattie del Metabolismo e coordina il Dottorato di ricerca in Scienze Endocrinologiche e Metaboliche sperimentali. E' delegato del Rettore per i rapporti con gli ordini professionali. Allievo del professore Fausto Consoo, Trimarchi ha fondato un gruppo di ricerca particolarmente attivo anche nell'Endocrinologia clinica, Forte di due professori ordinari, Salvatore Benvenga e Francesco Vermiglio e di un professore aggregato, Salvatore Cannavò ormai largamente noto in campo professionale e scientifico, oltre che di due dirigenti medici, Rosaria Maddalena Ruggeri e Maria Antonia Violi, il gruppo ha sviluppato percorsi di eccellenza nella diagnosi di III livello e nelle terapie più avanzate, in campo endocrinologica, coprendo oltre al campo prediletto delle tireopa-



tie, anche le complesse problematiche connesse alle malattie ipotalamo ipofisarie, surrenaliche, alle conseguenze endocrine dei traumi cranici, all'oncologia endocrina e tiroidea in particolare, mediante un complesso approccio integrato grazie anche all'impiego di metodologie geneticomolecolari.

**Legge 02 maggio 2007 n. 12**

### **Interventi in materia di assistenza farmaceutica convenzionata**

L'ordine, sollecitato da più richieste di chiarimenti in merito alle norme contenute nella legge in riferimento, precisa che della stessa va applicata solo dal parte riguardante "gli inibitori della pompa protonica".

Per l'attuazione della seconda parte della medesima si rimanda al punto 12 dell'art. 9 che recita: l'Assessore regionale per la Sanità provvede con proprio decreto, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, a disciplinare le modalità di attuazione delle disposizioni contenute nella medesima".

# Prevenzione delle nefropatie

## Indagine epidemiologica a Messina

Lo scorso 27 giugno si è svolto a Barcellona il convegno su "Prevenzione delle nefropatie: indagine epidemiologica nella provincia di Messina" organizzato dal Rotary Club di Barcellona sotto il patrocinio del Comune della città del Longano e dell'Azienda USL 5 di Messina.

Il lavoro di ricerca sul territorio è stato promosso dalla U.O. di Nefrologia e Dialisi del P.O. di Barcellona, dalla Commissione per l'aggiornamento e la formazione permanente dell'Ordine dei Medici di Messina, dalla FIMMG (Federazione Medici di Medicina Generale), dalla Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi, dalla Scuola di Specializzazione in Nefrologia I dell'Università di Messina e dalla FIR (Fondazione Italiana del Rene).

Alla manifestazione sono intervenuti il Dr. Mario Pollicita, in qualità di responsabile della Commissione ordinistica per la formazione permanente, il dott. Nunzio Romeo, presidente dell'Ordine dei Medici di Messina, il dott. Francesco Barresi, dirigente medico della U.O. di Nefrologia e Dialisi del P.O. di Barcellona e il prof. Guido Bellinghieri, ordinario di nefrologia, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Nefrologia e Dialisi e della scuola di specializzazione in nefrologia dell'U-

di Mario **POLLICITA**

niversità di Messina.

Dopo il saluto del nostro presidente, ha preso la parola il Dr. Mario Pollicita sottolineando il ruolo svolto dal medico di medicina generale nella realizzazione di questa ricerca epidemiologica sul nostro territorio. Il medico di assistenza primaria è oggi sempre più attore principale delle cure primarie ma nel proprio ambito è anche osservatore privilegiato in quanto è a conoscenza della storia clinica del paziente che ha in trattamento ed è depositario di informazioni preziose sul proprio territorio. È intuitivo che per tali prerogative il medico di famiglia può e deve farsi carico dell'identificazione precoce dei pazienti con insufficienza renale cronica e questo ovviamente riveste una importanza decisiva sul piano preventivo al fine di impedire o ritardare l'evoluzione verso la terapia dialitica che – come è noto – incide negativamente sulla qualità di vita di vita del paziente e sulla spesa sanitaria.

Quindi il prof. Bellinghieri ha presentato una relazione su "Esperienze siciliane in ambito di prevenzione delle nefropatie" condotte a Messina e Giarre durante la giornata mondiale del rene nel 2005 e 2006 con la raccolta dei dati di oltre

1000 cittadini, che si sono presentati spontaneamente nel corso dello screening; il dott. Barresi ha parlato di "Analisi costo efficacia delle strategie di prevenzione secondaria in nefrologia" sottolineando l'importanza delle iniziative sulla prevenzione, che oltre ad aiutare la classe medica a conoscere l'incidenza e la prevalenza delle nefropatie in ambito territoriale, permettono di ottenere notevoli risparmi in termini economici.

Come è stato fortemente ribadito da più relatori, contrariamente a quanto si crede, l'insufficienza renale è patologia tutt'altro che rara e colpisce un italiano su dieci: purtroppo si tratta di una malattia silente che viene ancora largamente sottovalutata. L'identificazione in fase clinica precoce dei pazienti con insufficienza renale cronica, consente, quando possibile, la messa in atto delle misure di prevenzione per rallentare la progressione verso l'uremia terminale, la riduzione della necessità dialitica e l'incidenza delle comorbidità. L'elevato onere economico del trattamento dell'uremia rappresenta una sfida per le organizzazioni sanitarie di tutto il mondo ed obbliga ad una pianificazione di interventi strutturali ed organizzativi che avrebbero scarsa efficacia senza una ade-





guata conoscenza epidemiologica. L'indagine sul territorio della nostra provincia ha lo scopo di evidenziare i casi di insufficienza renale cronica iniziale, nella popolazione di età maggiore di 18 anni, per poter elaborare una statistica epidemiologica che potrà essere guida per le istituzioni competenti per pianificare interventi strutturali e razionalizzare la spesa sanitaria in termini di riduzione della necessità di dialisi e di appropriatezza dell'iter diagnostico terapeutico. Allo stato attuale, per quanto riguarda le malattie renali croniche si conosce soltanto la prevalenza dell'insufficienza cronica in fase terminale; nel 2003, il registro Italiano di Dialisi e Trapianto, ha censito 40.912 pazienti uremici in trattamento dialitico.

In Italia, come nel resto d'Europa, l'epidemiologia della popolazione di pazienti con insufficienza renale cronica in fase iniziale è ancora sconosciuta.

Per realizzare questa ricerca, sarà consegnata ai medici di medicina generale una lettera, nella quale i promotori ne illustrano gli scopi, insieme ad una scheda di "valutazione caso" (una scheda per ogni singolo paziente segnalato) che potrà essere compilata, nel rispetto della privacy, in pochissimo tempo.

Come per altri studi realizzati in passato sul territorio, i risultati saranno certamente di estremo interesse sia per lo Specialista che per il Medico di Medicina Generale sottolineando così l'importanza di una fattiva collaborazione per ottimizzare le cure e razionalizzare la spesa sanitaria in termini di esami e terapie da porre in essere e pianificazione degli interventi strutturali.



## ***Sussidi Onaosi domande entro luglio e dicembre***

Nell'ambito degli interventi assistenziali previsti dalle norme regolamentari il Comitato Esecutivo Onaosi, nella seduta del 17.05, ha deliberato la concessione di 295 sussidi di studio a favore degli orfani di Medici Chirurghi e Odontoiatri.

I sussidi di studio saranno assegnati in base alle norme contenute nell'apposito bando di concorso allegato alla presente ed in base alle risultanze delle certificazioni di studio prodotte dai concorrenti.

Si richiama l'attenzione sulla procedura prevista per la presentazione delle domande stesse allo scopo di evitare esclusioni per decorrenza dei termini: le domande relative ai sussidi di studio per le scuole secondarie di primo e secondo grado, nonché quelle relative ai sussidi

di studio per studenti universitari, dovranno essere presentate direttamente all'ENPAM entro il 15 dicembre 2007, complete della documentazione prevista. Le domande volte al conseguimento dei sussidi di studio a carico della Fondazione, costituiti da rette ONAOSI, dovranno tassativamente, essere presentate direttamente all'ENPAM e, per conoscenza, all'ONAOISI entro il 30 luglio 2007 per i Convitti, per i Collegi o Centri di studi universitari.

Le domande relative ad orfani minorenni dovranno essere debitamente sottoscritte dal genitore o da chi ne fa le veci.

IL DIRETTORE DEL  
DIPARTIMENTO

(Dott. Ernesto del  
Sordo)





# Convenzione con l'Istituto linguistico "John Milton" per lo studio della lingua inglese applicata al linguaggio medico-scientifico

Sconto del 30% sulle normali tariffe

*Corsi a partire da settembre 2007*

L'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, al fine di favorire i propri iscritti agli Albi professionali, ha inteso stipulare una convenzione, a condizioni vantaggiose, con l'Istituto linguistico "John Milton Language School", leader nella formazione linguistica dal 1976 oggi presente anche nella nostra città, al fine di consentire lo svolgimento di Corsi di formazione aventi contenuti direttamente correlati a tematiche riguardanti la lingua inglese applicata al linguaggio medico scientifico.

Ogni medico infatti, che sia medico di base od operante sul territorio, impegnato nelle urgenze o in ambiente ospedaliero, dovrà necessariamente colloquiare sia con pazienti che con colleghi di altri Stati, in virtù della libera circolazione. Tale stato di cose comporterà inoltre, un maggiore confronto tra i medici dei vari Stati europei e pertanto gli stessi dovranno essere preparati al colloquio con l'Europa, che potrà avvenire solamente attraverso la conoscenza di una lingua comune che è rappresentata dall'inglese.

Tutti riconoscono infatti l'importanza della lingua inglese nell'esercizio della professione, non solo per gli aggiornamenti professionali, ma anche per la partecipazione consapevole ai convegni ed alle conferenze. Ed infatti, in occasione del Convegno di Primavera, svoltosi lo scorso 12 maggio presso il Teatro "Vittorio Emanuele", lo stesso Magnifico Rettore della nostra Università, nel comunicare i risultati di uno studio scientifico, ha utilizzato delle diapositive digitali (le slides) che erano tutte in lingua inglese. L'inglese è infatti la lingua della comunità scientifica, e come tale va PARLATA e non basta la comprensione degli articoli o delle slides, ma occorre essere in grado di comunicare.

I programmi proposti dal "John Milton Language School" permetteranno il raggiungi-



Ordine provinciale  
dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Messina



**John Milton**  
language school

**CONVENZIONE  
PER LO STUDIO DELLA LINGUA  
INGLESE APPLICATA AL LINGUAGGIO  
MEDICO-SCIENTIFICO**

Gli interessati, che in virtù della predetta convenzione usufruiranno di uno sconto del 30% sulle normali tariffe applicate, potranno trovare tutte le indicazioni all'interno di questo depliant.

I corsi avranno inizio a partire da settembre 2007



Si sottolinea che non è previsto alcun tipo di vantaggio per l'Ordine, ma esclusivamente la possibilità per gli iscritti di fruire di condizioni privilegiate.

mento di uno dei livelli indicati nel Quadro Comune Europeo di riferimento (Portfolio Linguistico), e faranno conseguire quindi un titolo spendibile in tutta l'Unione Europea. Gli stessi verranno svolti da esperti docenti madrelingua, in possesso di specifica specializzazione per l'insegnamento della lingua inglese agli stranieri.

Si sottolinea che non è previsto alcun tipo di vantaggio per l'Ordine, ma esclusivamente la possibilità per i medici e gli odontoiatri iscritti ai relativi Albi professionali di fruire di condizioni privilegiate.

Per maggiori informazioni è possibile contattare l'Istituto telefonando al numero 0909430511, scrivendo una mail al seguente indirizzo di posta elettronica: [info@johnmilton.it](mailto:info@johnmilton.it)



# SEMINARIO nazionale per specializzandi in chirurgia generale

Qualche breve considerazione a conclusione dei lavori del Seminario Nazionale per Specializzandi in Chirurgia Generale, tenutosi a Giardini Naxos dal 24 al 26 maggio.

Il Convegno, ormai alla quarta esperienza, è stato magistralmente organizzato dalla Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale diretta dal Prof. Francesco Lemma; esso, mediante la formula del Seminario residenziale, ha dimostrato ancora una volta tutta la sua validità imponendosi come un ottimo strumento di educazione continua.

Dopo il successo delle precedenti esperienze, svoltesi a Milano Marittima, Positano ed Ameglia, anche la riunione di Giardini ha riscosso il favore tanto dei docenti quanto degli specializzandi; ne sono ampia dimostrazione tanto il numero dei partecipanti quanto la molteplicità ed i contenuti delle

varie sessioni scientifiche.

Il Seminario, a cui hanno aderito ben 42 Scuole Chirurgiche delle più prestigiose Sedi



Universitarie, infatti si è articolato in ben 124 relazioni distribuite in 14 sessioni scientifiche sulle problematiche più attuali riguardanti le patologie di frequente riscontro nella quotidianità chirurgica.

Alle sessioni hanno partecipato 66 docenti, la gran parte Professori Universitari, e 190 Specializzandi, il cui contributo attivo è stato determinante per

la riuscita della manifestazione.

Grande interesse ha riscosso, tanto nei Docenti che negli Specializzandi, il dibattito sulle problematiche medico-legali; il confronto tra il Medico-legale, il Magistrato, l'Avvocato ed il Presidente dell'Ordine dei Medici ha contribuito, alla vigilia del-

l'avvio dei contratti di formazione, a fare un po' di luce in una tematica particolarmente complessa. Anche il Corso di avviamento alla Chirurgia laparoscopica, malgrado questa risulti ormai una pratica ben diffusa nelle nostre sale operatorie, ha riscontrato un buon successo; ad esso hanno infatti partecipato circa 70 giovani specializzandi.

## Casa di Cura ricerca specialista in pneumologia e medicina fisica

L'ISTITUTO CLIMATICO DI ROBILANTE" Via  
Vallone Fantino 2 12017 ROBILANTE (Cuneo),  
accreditata per Recupero e Rieducazione  
Funzionale a prevalente indirizzo respiratorio e  
per Lungodegenza  
RICERCA MEDICO SPECIALISTA in Pneumologia

o Specialità equipollente, MEDICO SPECIALISTA  
in Medicina Fisica e Riabilitazione o Specialità  
equipollente.

Il contratto prevede orario settimanale di n° 38  
ore a tempo pieno comprensivo di turni di guardia  
interni con applicazione del Contratto  
Nazionale di Lavoro per i Medici delle Case di  
Cura Private.

La domanda va inviata a: Istituto Climatico di  
Robilante Srl - Via Vallone Fantino 2, 12017  
Robilante (CN). Per ulteriori informazioni tel.  
0171-750211/750217



"L'ORDINE SOSTIENE LA CAMPAGNA  
GIU' LE MANI DAI BAMBINI"



[www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)

# Eutonia

## Centro di Riabilitazione

Il **Poliambulatorio Eutonia**, ubicato nel Centro Commerciale "Today" di Tremestieri, eroga prestazioni sanitarie in una modernissima struttura.

Facilmente raggiungibile dalla Tangenziale A18 Me-Ct Uscita S. Filippo, dotata di un ampio parcheggio, consente ai pazienti di effettuare visite specialistiche, esami strumentali e riabilitazione, in un ambiente confortevole. Oltre agli ambulatori di Cardiologia, Angiologia, Neurologia, Medicina del Sonno, Neuropsichiatria infantile, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Medicina dello Sport, Diabetologia e Dietologia, Eutonia ospita anche un Ambulatorio di Chiropratica.

Al Centro possono anche essere effettuati una serie di esami diagnostici quali:

Elettrocardiogrammi di base e sotto sforzo

Eco-cardiogramma

Eco-color-doppler vascolare

Elettroencefalogramma

Elettromiografia

Potenziali Evocati

Polisonnografia (anche a domicilio)

Spirometria

Test da sforzo cardio-polmonare

Riabilitazione neuro-visiva

IN CONVENZIONE CON IL SSN EROGA

INOLTRE LE SEGUENTI PRESTAZIONI:

Visita Fisiatrice

Terapie riabilitative per patologie posttraumatiche e degenerative acute e croniche

Ionoforesi

Elettroterapia

Laserterapia

Magnetoterapia

Ultrasuonoterapia

Massoterapia

Kinesiterapia

Inoltre l'equipe multidisciplinare di Eutonia prende in carico pazienti affetti da disabilità temporanea o permanente di natura fisica, psichica o sensoriale e attraverso la stesura di un "Progetto riabilitativo individuale" programma le prestazioni riabilitative.

Il Centro dispone inoltre di una attrezzata palestra e sala giochi dotata di palestra.

Eutonia dispone di medici, Psicologi, Fisiatri, Neuropsichiatri infantili e Terapisti della Riabilitazione, altamente specializzati in grado di garantire la massima professionalità con riferimento ad ogni patologia.

## Master universitario di 1° livello in Biotecnologie applicate

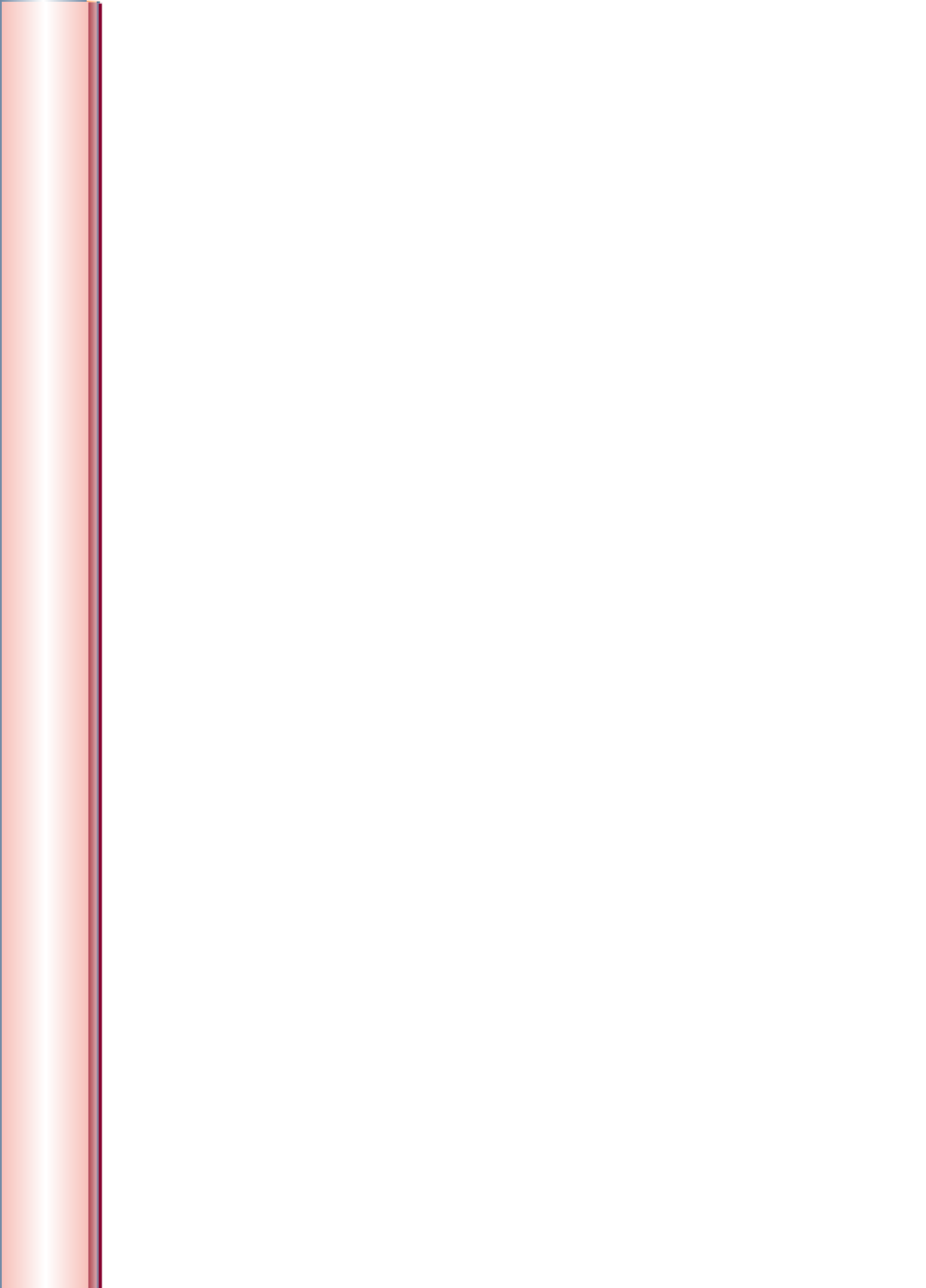
L'Università di Messina nell'ambito del P.O.R. Sicilia 2000/2006 indice una selezione per titoli ed esami per l'ammissione di 20 allievi (di cui prioritariamente 7 maschi e 13 femmine) al Master in Biotecnologie applicate. Il Master avrà una durata di 1500 ore complessive per studente. Le selezioni si svolgeranno presso la Facoltà di farmacia alle ore 9. Inizio dell'attività formativa, il 23 luglio 2007



**Croce d'Oro  
della Croce  
Rossa al  
maggiore  
medico  
Angelo  
Petrungaro**

Al Magg. Med. Angelo Petrungaro è stata concessa dalla Croce Rossa Italiana la Croce d'Oro per anzianità di servizio. L'Ufficiale, qualificato alla difesa N.B.C., annovera tra le sue Missioni all'estero anche quella in Etiopia-Eritrea delle Nazioni Unite (U.N.M.E.E.) per le quali ha ricevuto un encomio solenne da parte del comandante C.O.I. gen. C.A. Filiberto Cecchi.







## Ambulatorio per la prevenzione, diagnosi e il follow up delle neoplasie del distretto cervico-cefalico

**D**a più di un anno è attivo presso l'unità operativa di otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedaliera "Papardo" l'ambulatorio di oncologia cervico-cefalica.

L'idea è stata suggerita dalla necessità di diagnosticare precocemente le patologie neoplastiche allo scopo di garantire, con un tempestivo intervento, un miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Infatti, sebbene le tecniche chirurgiche si avvalgono oggi anche dell'apporto di metodiche ricostruttive che consentono di affrontare neoplasie estese una volta considerate "inoperabili", la localizzazione di queste in distretti esposti comporta la difficoltà e talora l'impossibilità di mascherare la menomazione dei pazienti. Ricordo ancora che l'estensione della neoplasia è direttamente correlata alla percentuale di sopravvivenza e quindi che la diagnosi precoce è indispensabile per la salvaguardia della vita e dell'aspetto fisico.

Nonostante la valida campagna per la prevenzione, purtroppo giungono ancora alla nostra osservazione pazienti giovani portatori di neoplasie spesso in fase avanzata. Ciò dimostra la necessità di moni-

di Antonio **ANTONUCCIO**

torare con controlli specialistici, in modo continuativo, i soggetti a rischio.

Tali sono da considerare i forti fumatori e bevitori. Infatti l'abuso di tabacco nelle varie modalità d'uso e di bevande alcoliche, con la possibilità di un sinergismo tra i due, come fattore di rischio per il cancro, rappresenta un'evidenza di assoluta certezza. Fattori di rischio importanti sono rappresentati:

- da stimoli di sostanze irritative che causano flogosi croniche con frequenti metaplasie, legate per lo più ad alcune lavorazioni: cromo, nichel, amianto e polveri vegetali, animali e minerali;

- da infezioni croniche batteriche, micotiche e virali; da insulti fisici come calore, radiazioni ionizzanti, microtraumi;

- da fattori metabolici come ipo-avitaminosi, disproteidemie, carenza di ferro, selenio, zinco e rame;

- non ultimi fattori genetici e l'età.

Riguardo quest'ultima, per quanto esistano delle punte massime tra i 55 e i 70 anni la pratica clinica fa riscontrare sempre più frequentemente la

presenza della patologia in pazienti più giovani.

L'ambulatorio di oncologia cervico-cefalica prevede uno studio iniziale e il follow up dei pazienti affetti, di quelli ritenuti a rischio e di quelli già sottoposti a trattamento ed è accessibile su prenotazione presso l'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria dell'Azienda Ospedaliera "Papardo".

Il nostro servizio si propone di concentrare in un unico accesso la visita specialistica O.R.L., l'esame endoscopico con ottiche rigide e/o flessibili e, se ritenuti indicati, l'esame videostroboscopico e la colorazione vitale. L'ambulatorio dispone di un sistema computerizzato per l'archiviazione dei dati e delle immagini, consentendo in tal modo un eccellente follow up dei pazienti registrati.

Lo scopo è quello di selezionare i pazienti affetti o a rischio di patologia ai quali sarà consigliato un ricovero in regime di Day Hospital o Day Surgery che servirà ad approfondire lo studio con l'esecuzione degli esami ritenuti più indicati (biopsie mirate, diagnostiche per immagini).

Per prenotazioni chiamare il n° 090.3992220 dalle ore 8.00 alle ore 13.30



*"...La pensione segna per l'uomo il passaggio da una vita attiva a una vita più tranquilla, liberata dall'assillo del lavoro. Ma non è così anche per chi esercita la medicina, perchè si resta medici per sempre..."*

medico di essere tale. Anzi, l'allungamento della vita media, gli prospetta la possibilità di restare medico e per tanti anni ancora. Di continuare ad operare nell'esercizio della sua professione per soddisfare le sue esigenze, per

zio e più tempo e lo porta a dedicarsi con entusiasmo in ciò a cui crede e mira. Mostra attenzione verso se stesso e, quando non cerca nuovi campi o nuove occasioni per impegnarsi, indirizza la propria professione o sul privato o sul sociale. Si mantiene vigile verso se stesso e verso la propria salute e la salute degli altri. Una persona in cammino alla ricerca di nuovi traguardi e nuove emozioni.

Il medico pensionato carico di entusiasmo, mantiene il suo corpo sano e si sente giovane e vitale. Adotta o continua uno stile di vita che giova a lui e agli altri. Si sentirà anziano ma non vecchio. Esempio per i giovani perchè si mostra in positivo.

L'80% dei medici pensionati over 65 anni si ritiene ancora utile e vuole esserlo. Continua ad essere iscritto all'Albo professionale. Vuole essere utilizzato: sostiene di potere fare e di potere dare.

Vuole ed è giusto, che la società gli dia spazio e si giovi delle sue disponibilità. L'età del pensionamento anche se si esprime con il segno fisico e mentale degli anni, come mediazione del tempo nell'umano, non è il capolinea. L'età cronologica non risponde sempre all'età biologica.

Coloro per i quali il lavoro di una vita non è bastato e cercano ancora occasioni, remunerate o del tutto disinteressate, hanno bisogno di spazio.

La società glielo deve, sia per contrastare l'isolamento del professionista, sia per

# Medici per sempre

di \*Antonino Arcoraci

Con queste parole, il dott. Nunzio Romeo, Presidente dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Messina, inizia il suo discorso nel saluto e nella prefazione agli Atti del Convegno interregionale Siculo-Calabro Il Pensionato oggi: ...modo di vivere ... peso sociale... capacità di dare...

Il passaggio dalla fase di impegno lavorativo alla fase di libera disponibilità del proprio essere e della propria giornata non incide, secondo il Presidente, su chi esercita la professione di medico. Medici si resta sempre: per se stessi, per la propria famiglia, per gli amici, per chi ha fiducia in lui e vuole servirsi della sua competenza e professionalità, per coloro che della sua professionalità e disponibilità hanno bisogno e, anche senza chiedere, aspettano.

Infatti, la condizione di pensionato non fa cessare al

sentirsi utile a se stesso e agli altri e per restare al servizio dei malati.

Sono rari i colleghi che, deposto il camice, si privano improvvisamente del proprio ruolo e della funzione sociale che la professione gli concede. Salvo i casi in cui patologie croniche condizionano le decisioni o altri interessi diventano prioritari, il medico solitamente rifugge la solitudine e il "dolce non fare": continua, cambiando magari il tipo di paziente.

Il lavoro che ha fatto, la tipologia di vita che ha condotto, se lo ha soddisfatto, continuerà a rappresentare il "tutto". E continuerà a progettare ed a organizzare la propria giornata come se dovesse vivere ancora cento anni. Il pensionamento, se ancora crede nella professione e in se stesso, è un elemento in più. Gli consente di avere più spa-



impedire la perdita di un patrimonio di esperienze e di conoscenze.

Lo può fare e lo deve fare, per promuovere lo scambio di idee e di contributi tra le generazioni, per fare rivivere una seconda giovinezza in spazi che non siano competitivi con quelli occupazionali dei giovani ma ad integrazione. Indirizzando magari in sacche di lavoro ai margini del pubblico, nella solidarietà verso i bisognosi per i quali non sempre tutto è possibile. Per loro, il medico pensionato può esprimere ancora non solo la sua professionalità e la sua disponibilità umana in un rapporto medico-paziente a cui era abituato e di cui si parla tanto ma per il quale la nuova generazione trova poco spazio assistenziale.

Non è facile. I problemi della categoria sono numerosi e molto spesso sottovalutati. Il disattendere comunque le aspettative della fascia di coloro che medici, vogliono essere ancora attivi e presenti, crea sofferenza. Spesso è motivo di difficoltà esistenziale. Chi è medico e vuole ancora fare il medico, resta medico per tutta la vita.

Tanta gente ha bisogno nel quartiere o in un Centro sociale.

Al medico non importa purché indirizzato. Affronta il lavoro con lo spirito della persona fattiva e, ricaricato di interesse, gode la sua pensione.

Il Presidente dell'Ordine ha chiuso il suo discorso dicendo che "...c'è infatti tanto bisogno di medici che vaccinino bambini o che volontariamente tengano conferenze come insegnanti o come tutor. Tutto nello spirito di un volontariato che riavvicina il medico alle radici della professione e che può arricchire in termini di umanità ed emozioni per abbattere quel blocco di tristezza che spesso cade sui pensionati in genere. Medici compresi".

\*Presidente FEDERSPEV Sezione di Messina

## I Medici e le scelte di fine vita

*Il documento approvato dal Consiglio Nazionale FNOMCeO*

Al termine di un convegno che a Udine ha visto i medici italiani discutere - anche alla presenza del ministro della Salute Livia Turco - scelte di fine vita ("Etica di fine vita: percorsi per scelte responsabili"), si sono svolti i lavori del Consiglio Nazionale della FNOMCeO, il massimo organo rappresentativo dei medici e degli odontoiatri italiani, per deliberare su quanto, al Convegno, è emerso. I presidenti degli Ordini provinciali hanno votato per acclamazione un Documento sull'indagine promossa e gestita autonomamente dalla FNOMCeO che ha registrato le opinioni e le scelte concrete dei camici bianchi, quando assistono i loro pazienti nelle ultime fasi di vita.

Svolto sotto l'egida di un comitato di Garanti, tale studio, i cui risultati sono stati resi noti il 6 luglio, conferma i valori fondanti il nuovo codice deontologico e "assicura i cittadini che la professione medica vuole riaffermare quel ruolo di garanzia, di solidità

e di rispetto dei valori umani che, nei secoli, ne ha costituito il segno di appartenenza".

Molto soddisfatto Amedeo Bianco, presidente della Federazione Nazionale degli ordini dei Medici e degli Odontoiatri che, al termine del Consiglio, ha così dichiarato: "Sono convinto che la nostra indagine diverrà uno dei punti di riferimento del dibattito civile e politico attualmente in corso su questa complessa e delicata materia"



*Amedeo Bianco*





Corso di aggiornamento

## LA PRESCRIZIONE RAZIONALE DEGLI ANTIPSIKOTICI

Il 30 marzo si è tenuto nell'Aula magna del Padiglione E del Policlinico Universitario un corso di aggiornamento, accreditato ECM, su "La prescrizione razionale degli antipsicotici". Il corso, promosso dalla Sezione di Farmacologia Clinica della Società Italiana di Farmacologia (SIF), è stato organizzato dalla Scuola di Specializzazione in Farmacologia della nostra Università, diretta dal prof. Edoardo Spina (nella foto).

La tematica affrontata è di particolare interesse ed attualità. I farmaci utilizzati nel trattamento delle psicosi, cioè gli antipsicotici, comprendono composti di prima e seconda generazione. L'introduzione dei nuovi antipsicotici ha comportato degli indubbi vantaggi nel trattamento della schizofrenia, del disturbo bipolare e dei disturbi psicotici in generale, garantendo ai pazienti una migliore performance psicomotoria e cognitiva e favorendone l'inserimento in programmi di riabilitazione psico-sociale. Rispetto agli antipsicotici di prima generazione, i nuovi antipsicotici presentano infatti un più ampio profilo di efficacia ed una minore tendenza ad indurre effetti extrapiramidali. Alcune linee guida internazionali e diverse meta-analisi degli studi clinici controllati considerano i nuovi antipsicotici come i composti di prima scelta nel trattamento dei disturbi psicotici. Recentemente, tuttavia, è cresciuta nel mondo scientifico la preoccupazione sul reale profilo di tollerabilità e sicurezza dei nuovi antipsicotici, soprattutto alla luce degli effetti metabolici (ad es. diabete,



iperlipidemia ed obesità) e cardiovascolari (ad es. rischio di aritmie). In particolare, gli "alert" di agenzie regolatorie del farmaco nazionali ed internazionali hanno messo in guardia le professionalità sanitarie contro l'uso off-label dei nuovi antipsicotici nel trattamento dei disturbi psicotici e comportamentali della demenza a causa di un aumento del rischio di eventi avversi cerebrovascolari e di mortalità.

Nel corso della riunione, alla quale erano presenti il presidente della SIF, prof. Giovanni Biggio (Cagliari), il presidente eletto della SIF, prof. Achille Caputi (Messina), ed il coordinatore della Sezione di Farmacologia Clinica, prof. Giampaolo Velo (Verona), sono state esaminate le attuali evidenze scientifiche su efficacia e tollerabilità di vecchi e nuovi antipsicotici nelle principali indicazioni d'uso, al fine di definire i criteri per una prescrizione razionale di questi farmaci. Durante la mattinata vi sono stati gli interventi del prof. Biggio che ha trattato la neurobiologia della schizofrenia, sottolineando i progressi delle neuroscienze in questo settore, e del prof. Drago (Catania), che ha descritto gli aspetti regolatori e normativi relativi alla prescrizione degli



antipsicotici, evidenziando le recenti note AIFA sulla sicurezza cardiaca degli antipsicotici. Il prof. Vita (Brescia) ha quindi passato in rassegna le attuali evidenze scientifiche in tema di efficacia degli antipsicotici, sia nel trattamento della schizofrenia che del disturbo bipolare. La mattinata è stata conclusa da un intervento preordinato del dott. Gennaro, direttore del Dipartimento di Salute Mentale dell'AUSL 5 di Messina, che ha sottolineato le problematiche che le attuali normative in tema di prescrizione degli antipsicotici pongono nella pratica psichiatrica quotidiana. Il pomeriggio è stato introdotto dal prof. Spina, responsabile scientifico dell'evento, che ha affrontato il tema della tollerabilità a lungo termine degli antipsicotici. Il prof. Gambassi (Roma) ha quindi esaminato il ruolo degli antipsicotici nella popolazione anziana con particolare riferimento ai pazienti affetti da demenza associata a sintomatologia psicologica e comportamentale. Infine il dott. Barbuì (Verona) ha trattato il tema del consumo degli antipsicotici presentando dati di farmacoepidemiologia del nostro paese.

Hanno moderato le sessioni i prof. Meduri, Di Rosa, Zoccali, Caputi, Sortino e Velo. Il corso ha visto un'ampia partecipazione di pubblico, costituito prevalentemente da psichiatri, neurologi e geriatri ospedalieri, e le relazioni sono state seguite da un vivace dibattito che ha consentito un ulteriore approfondimento delle tematiche svolte.





# L'attuale crisi della chirurgia generale

2ª Parte

*La formazione, i limiti operativi e la responsabilità medico-legale dell'aspirante chirurgo. L'autonomia professionale del giovane*

di Luigi Giuseppe **ANGIÒ**

Differentemente da come avviene in altri Paesi Europei, là dove il chirurgo appena specializzato, preparato a 360°, è pronto ad assumersi qualsiasi livello di responsabilità, in Italia i discendenti chirurgici, pur vivendo il periodo della specializzazione integrati con impegno orario pari a quello di un medico ospedaliero a tempo pieno in un reparto chirurgico, ne escono spesso incompleti nella formazione professionale. Considerando, infatti, soltanto un aspetto particolare, capita purtroppo di dover con frequenza constatare come uno specializzando in Chirurgia Generale termini il suo percorso formativo senza avere mai eseguito un intervento o avendone effettuati così pochi e di così basso livello da non potersi assumere alcuna responsabilità. Tale circostanza non può non essere correlata alla diversa realtà sanitaria tra il Nord, il Centro e il Sud/Isole, che non sempre garantisce un numero e una varietà di procedure chirurgiche sufficienti per un addestramento completo alla professione.

C'è la sensazione che il prodotto finito delle Scuole in Chirurgia Generale, il chirurgo appena specializzato, talora non sia un vero chirurgo, ma solo un diplomato, un individuo cioè entrato in possesso di un titolo, a cui non corrisponde un'adeguata preparazione chirurgica tale da



garantirgli una sufficiente autonomia professionale e che, avendo solo un contenuto giuridico, assicura tutt'al più un punteggio in qualsiasi tipo di concorso. Quali le cause di questa situazione, purtroppo di non raro riscontro?

1. Il notevole impegno riservato dai professori universitari, loro malgrado, alle pregnanti attività di assistenza rispetto a quelle di didattica e di ricerca.

2. La sproporzione tra didattica teorica e didattica pratica con netta prevalenza della prima.

Ne sono causa:

a. L'attuale organizzazione delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Generale. L'attuazione della Direttiva CEE n. 82/76 del 1982 e la non operatività, tuttora esistente in Italia, della Direttiva CEE n. 93/16 del 1993 nella parte relativa allo status giuridico-economico, che prevedeva per gli specializzandi la stipula, all'atto dell'iscrizione alla scuola, di "...uno specifico contratto annuale di formazione-lavoro a carico dell'Università e con le contribuzioni ai fini previdenziali e assistenziali...", fanno sì che gli stessi, unici nell'Unione Europea, pur per legge laureati, abilitati all'esercizio e

iscritti all'ordine professionale, siano paradossalmente qualificati non professionisti in formazione ma a tutti gli effetti semplici studenti laureati.

Stando così le cose, gli specializzandi, oltre che essere privi di qualsiasi tutela e diritto (assistenza per malattia, maternità e infortunio; previdenza; riposo e ferie; assemblea e sciopero; ecc.) e dover provvedere in prima persona alla copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi, non possono assumersi responsabilità personali né essere utilizzati in autonoma attività assistenziale, che permetterebbe loro una dignitosa formazione professionale.

Ecco allora il propendere per un atteggiamento di eccessiva prudenza nella concessione di spazi d'attività assistenziale autonoma agli specializzandi, il che ne rende il percorso formativo qualitativamente inferiore a quello dei colleghi europei, al punto da doversi riconoscere legittimità al dubbio che il titolo di specialista conseguito in Italia possa non essere riconosciuto negli altri paesi membri dell'Unione Europea.

Su questo aspetto dirò meglio più avanti, anche alla luce di imminenti modifiche normative.

b. L'autonomia chirurgica, limitata e certamente incompatibile con il mandato istituzionale, concessa ai Professori Associati e Ricercatori, docenti delle Scuole



le in Chirurgia Generale. Lo staff strutturato, che evidentemente ancora tende al progressivo raggiungimento della sua maturazione, entra così in contrasto con la necessità di formazione degli specializzandi a esso stesso affidati, occupandone lo spazio chirurgico, soprattutto in difetto di casi da trattare in elezione. Se è vero che gli specializzandi si lavano in tutti gli interventi, è altrettanto vero che ne eseguono come l'operatore molto pochi e di livello chirurgico iniziale.

Questa assoluta o quasi mancanza di opportunità offerte agli specializzandi per lo sviluppo di abilità operatoria contrasta con il costante impegno agli stessi richiesto, anche ben oltre l'orario di lavoro previsto



e particolarmente pesante dopo il servizio notturno, in attività di reparto utili ai fini formativi, ma pure, duole dirlo, come carte jolly e a costo zero per i nosocomi, in compiti marginali non medici.

c. I costi proibitivi del tempo d'impiego della sala operatoria, che vengono a scapito dell'adeguato addestramento professionalizzante degli specializzanti. Ma...come si può porre rimedio a queste gravi carenze dell'offerta formativa?

#### LA FORMAZIONE DELL'ASPIRANTE CHIRURGO.

I tempi stanno rapidamente cambiando e gli specializzandi italiani di oggi, più coscienti e responsabili di chi li ha preceduti, hanno le stesse aspettative dei loro colleghi europei quanto a preparazione professionale.

La risposta che si attendono è

che la Scuola di Specializzazione dia garanzia di efficace educazione chirurgica, l'unica ad assicurare a sua volta la migliore professionalità.

Una formazione che qualifichi veramente il chirurgo del terzo millennio e dell'Europa deve poggiare, peraltro come previsto dalla legge di regolamentazione, sul razionale connubio di preparazione teorico-concettua-

le e di preparazione pratico-gestuale - in ambito di diagnosi e terapia chirurgica e di competenza tecnica.

Solo un prodotto finito colto e competente è maturo professionalmente: la cultura (bagaglio di informazioni ben strutturate e logicamente collegate tra di loro) senza le operose mani (destrezza manuale) non ha mai fatto grande un chirurgo.

Per non correre, allora, il rischio di preparare specialisti colti ma non abili ovvero tecnici ma ignoranti, rectius empirici, alias pratici, è necessario, sempre anche in base alla normativa vigente, dare sì maggiore peso all'insegnamento pratico-applicativo e minore a quello teorico-cognitivo, ma ovviamente senza fare cadere di tono il livello culturale-scientifico.

Ciò si ottiene con la rielabora-

zione teorica dell'esperienza pratica: la dottrina nasce ed è vivificata dalla pratica.

In tal senso va incoraggiato il corpo docente, il quale non deve esimersi, confortato dal potenziamento delle strutture e dall'implementazione dei materiali didattici, dall'adeguare alla realtà di questi nostri tempi i suoi metodi educativi e, sfruttando le nuove tecnologie, dall'impartire un proficuo insegnamento tecnicizzato.

L'insegnamento teorico non va svolto sotto forma di lezione frontale ex cathedra, centrata sulla figura del docente che trasmette al discente in posizione passiva - la sua attività è limitata a prendere appunti - le informazioni teoriche necessarie alla costruzione del futuro professionista, ma sotto forma di partecipazione attiva dello specializzando a discussioni collegiali (didattica partecipativa) nell'ambito di riunioni quotidiane e di incontri periodici che, rivolti a piccoli gruppi di discenti, sono centrati su problemi reali - casi clinici - (modello didattico del problem solving) e avvengono alla presenza dei tutor, facilitatori dell'apprendimento di coloro che sono stati loro affidati.

All'insegnamento teorico va affiancato l'insegnamento basato sulle risorse della multimedia (personal computer, connessione internet), che è meglio definire apprendimento (e-learning) individuale o cooperativo in comunità virtuale e che prevede la distribuzione di complementi didattici (appunti, lucidi, diapositive, registrazioni audio/video, ipertesti, ecc.) e l'interazione tra docenti e discenti e fra discenti (e-mail, chatline, forum e newsgroup, video-conferenze, banche-dati, ecc.). Il continuo aggiornamento



scientifico va garantito incentivando la lettura delle riviste specializzate (Journal Club) e la partecipazione a conferenze, meeting, congressi e corsi di formazione, aggiornamento e perfezionamento mediante lo sgravio degli specializzandi dai relativi oneri economici.

Anche nell'ambito dell'insegnamento pratico il corpo docente deve sforzarsi in un approccio pedagogico innovativo che riesca a stimolare e a motivare gli apprendisti chirurghi.

E' assodato che quanto più cospicua è l'esposizione del discente in Chirurgia Generale alle attività pratiche professionalizzanti, tanto più efficace è l'apprendimento; significativo nel merito è l'aforisma: "ascolto e dimentico, vedo e capisco, faccio e imparo".

Ne consegue l'assoluta necessità, al fine di garantire allo specializzando l'acquisizione di competenza clinica e chirurgica, che nel percorso formativo sia privilegiata, come previsto dall'attuale normativa e come avviene negli altri paesi dell'Unione Europea, la sua attiva partecipazione alla totale attività assistenziale - clinica e operatoria, in elezione, urgenza differita, urgenza/emergenza e criticità - della struttura in cui è inserito e di quelle specialistiche (Pronto Soccorso, Chirurgia vascolare, ecc.) in cui deve ruotare, con graduale esercizio dei relativi singoli aspetti e con progressiva assunzione di responsabilità e di autonomia professionale.

I diversi compiti assistenziali, e a maggior ragione quelli di sala operatoria, vanno svolti dallo specializzando nel contesto di un quotidiano, ricco e stimolante contatto di lavoro con il suo tutor, il cui ruolo si delinea sia nel supporto formativo (esperta

guida e attento controllo) che in qualità di formatore fornisce al medesimo in correlazione all'esperienza acquisita nell'esecuzione dello specifico atto medico affidatogli sia nella contemporanea tutela dell'utente e della struttura erogatrice della prestazione, nell'ottica di interfacciare quegli aspetti antitetici propri delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Generale di cui ho già detto.

Proprio per non mettere a repentaglio la salute e la vita dei pazienti con incidenti più facili a verificarsi nell'iniziale fase formativa, causa di coinvolgimenti etico-morali e di possibili problematiche medico-legali, gli apprendisti chirurghi tradizionalmente acquisivano la manualità operatoria e apprendevano le varie tecniche di base - in una prima fase e con possibilità di errore - su cadaveri e animali e solo in una fase successiva continuavano l'addestramento su pazienti. Limitazioni legislative, organizzative, economiche e cambiamenti sostanziali nella sensibilità dell'opinione pubblica condizionano oggi l'utilizzo di cadaveri e animali di grossa taglia e favoriscono, pur nella convinzione che niente possa sostituire l'esperienza pratica operatoria sotto buona guida, l'organizzazione di laboratori di microchirurgia sperimentale e la messa a punto di alternativi ed efficaci - in sicurezza - strumenti didattici, offerti dalle tecnologie informatiche nel campo della computer grafica, dell'interazione, della multimedialità avanzata e, quindi, della realtà virtuale e della robotica, che consentono, gli uni mediante l'esecuzione di interventi su animali di piccola taglia e gli altri mediante la simulazione di operazioni sull'uomo, di apprendere e affinare la gestualità e le

procedure chirurgiche.

Al modello pedagogico tradizionale (integrazione dei discenti nelle équipes a fianco di colleghi più esperti) va, dunque, associato il training microchirurgico e l'apprendimento simulato: migliorano così la performance chirurgica e le prestazioni a vantaggio dei pazienti.

Sempre ai fini di assolvere il compito istituzionale didattico nei confronti dello specializzando in Chirurgia Generale e di renderne la formazione più rispondente alle attuali esigenze, la più sentita delle quali è una maggiore esperienza pratica, l'Università, sede unica di formazione, deve provvedere, in considerazione della frammentazione e della sempre minore dotazione di posti-letto dei suoi reparti chirurgici (< a 15-20) e, quindi, di casistiche sempre meno numerose, a incentivare, per mezzo di convenzioni stipulate in conformità del vigente ordinamento e nel rispetto delle reciproche competenze e vocazioni, fattive integrazioni, in un unitario progetto educativo, con la più qualificata componente ospedaliera nazionale e estera (D.M. del 17/12/1997, in materia dei requisiti di idoneità delle strutture di formazione specialistica), verso la quale indirizzare la naturale traslazione di specializzandi, finalizzata al completamento dell'attività formativa, con particolare riferimento al numero minimo di interventi cui partecipare e da eseguire stabilito dalle Direttive CEE. Oggi, infatti, non è pensabile che una Scuola in Chirurgia Generale possa continuare a essere, come spesso è stata, dominio di un solo ambiente: un professore universitario non fa certamente opera formativa chirurgica se pretende all'interno della sua Unità Operativa Com-



plexa un numero di specializzandi spropositato e sproporzionato ai posti-letto attivati, in considerazione che il rapporto ottimale letti chirurgici/discenti è stato definito di 10 a 1.

D'altra parte - e ciò sia ben chiaro - il maggiore coinvolgimento della componente ospedaliera non deve sterilmente ridursi all'attivazione di corsi teorici e all'assegnazione del titolo di professore e di tutor ai responsabili delle Unità Operative Complesse della rete formativa, ma deve avere come essenza il preciso impegno di mettere a disposizione degli specializzandi afferenti, oltre a strutture e mezzi tecnologici, anche gli operatori sanitari che a loro debbono dedicarsi con convinzione, entusiasmo e sacrificio: ciò significa stare dall'altra parte del tavolo operatorio ad aiutare i discenti durante i loro interventi. Da quanto detto si evince come l'apprendista chirurgo sia destinatario di interventi formativi sul piano teorico e pratico, nel mentre effettua con criterio di gradualità prestazioni assistenziali utili alla struttura sanitaria in cui è inserito. Egli svolge, mi piace dire, un'attività clinica di apprendimento professionalizzante.

La formazione dello specializzando in Chirurgia Generale non può prescindere dai valori squisitamente etici che ne debbono indirizzare il comportamento: egli deve avere ben chiaro il concetto di bene dell'ammalato, l'essenza del rapporto chirurgo-paziente e i principi della deontologia verso colleghi e Autorità costituite, così come deve essere orientato nell'equilibrato utilizzo delle risorse e nella corretta interazione con l'industria, evitando conflitti con gli interessi del paziente.

Lo sviluppo di tali valori morali

non si ottiene con un insegnamento formale ma con gli esempi provenienti dall'ambiente in cui il discente lavora e in cui le relative problematiche si affrontano e si discutono con consapevolezza e responsabilità.

Né la formazione del futuro chirurgo generale può trascurare adeguate notizie relative a leggi e regolamenti, all'organizzazione dell'attività clinico-assistenziale, al management e al marketing sanitario.

Importante è, inoltre, l'educazione alla qualità delle prestazioni assistenziali, il cui raggiungimento, atto a produrre l'auspicabile soddisfazione nel paziente, rappresenta la grande sfida dei chirurghi in una sanità schiava degli obiettivi economici. Sicuramente la qualità assistenziale prevede la competenza professionale degli operatori, anche se è ormai accertato che questa può non essere sufficiente e che medici preparati possono paradossalmente fornire prestazioni di bassa qualità.

Indipendentemente da livelli organizzativi e da standard di sicurezza inadeguati, la responsabilità di ciò è da attribuire all'insoddisfazione e alla demotivazione dei componenti del gruppo di lavoro da non correlare, però, alla retribuzione economica.

Infatti, se un maggiore guadagno può determinare una maggiore disponibilità dei sanitari a trattarsi in reparto per un tempo più lungo, difficilmente è utile a modificarne l'atteggiamento verso i pazienti: solo la gratificazione derivante dalla valorizzazione massima delle loro capacità e dal percepire l'utilità del loro operato può rappresentare una valida pulsione a impegnarsi al meglio nel lavoro a vantaggio dell'assistito.

Di questi fattori la leadership

non può non tenere conto nella gestione delle risorse umane.

Da non dimenticare, infine, la necessità che il futuro chirurgo venga educato all'attività scientifica, con un suo coinvolgimento in controllate ricerche sperimentali e cliniche, da pubblicare - se ben condotte - su riviste specialistiche e a spese della Scuola.

Il sistema formativo, così come illustrato, va sottoposto, quanto a efficacia, ad attento monitoraggio quali-quantitativo da parte di organi preposti (Osservatori della Formazione Medica Specialistica - G.U. n. 250 del 23/10/1999), pronti a intervenire, in caso d'insoddisfazione di uno specializzando dell'educazione chirurgica che sta ricevendo, anche con sanzioni, che possono giungere fino alla revoca temporanea o permanente dell'accreditamento, nei confronti del centro formativo in difetto. Ma... a questo proposito viene spontaneo chiedersi: "chi controlla il controllore?".

**I LIMITI OPERATIVI E LA RESPONSABILITÀ MEDICO-LEGALE DELL'ASPIRANTE CHIRURGO.**

L'ordinamento vigente delle Scuole di Specializzazione in Chirurgia Generale suscita interrogativi sullo status giuridico del futuro chirurgo, non delinea in modo netto e inequivocabile i suoi limiti operativi e non chiarisce le sue responsabilità professionali nell'ambito di quell'attività clinica di apprendimento professionalizzante che è obbligato a svolgere. Tenta di dirimere, con mie argomentazioni, i molti dubbi e le numerose perplessità esistenti.

Il quadro normativo italiano nel merito è costituito:

- dalla Direttiva 82/76/CEE del 1982, in materia di regolamentazione e uniformazione dei processi formativi



vi atti al conseguimento del titolo di specialista nell'Unione Europea;

- dalla Direttiva 93/16/CEE del 1993, in materia di libera circolazione nell'Unione Europea dei medici e di reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati e titoli rilasciati dai singoli stati membri.

Ricordo, a riguardo, che ogni paese aderente alla Comunità Europea deve attuare delle norme legislative di recepimento delle Direttive CEE, anche se alcune di queste sono self executing, non abbisognano cioè di leggi statali di attuazione e sono immediatamente efficaci e suscettibili di esperimento avanti all'Autorità Giudiziaria.

Le Direttive citate, non self executing, sono divenute operative rispettivamente:

- con il D. Lgs. n. 257 dell'8/8/1991, che disciplina i diritti e i doveri degli specializzandi;

- con il D. Lgs. n. 368 del 17/8/1999, che disciplina la libera circolazione dei medici e il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e titoli, ma anche l'attività degli specializzandi.

L'efficacia delle norme previste da quest'ultimo D. Lgs. è stata con legittimità parzialmente sospesa dal D. Lgs. n. 517 del 21/12/1999, recante - a norma dell'art. 6 della Legge n. 419 del 30/11/1998 - la disciplina dei rapporti fra Servizio Sanitario Nazionale e Università.

In presenza della non applicabilità della Direttiva CEE del 1993, sono rimaste e rimarranno in vigore, nella piena legittimità, fino all'emanazione di ulteriore provvedimento le disposizioni di cui alla Direttiva CEE del 1982 e al D. Lgs. del 1991.

Quali gli effetti di queste dispo-

sizioni di legge succedutesi negli anni?

1. Lo specializzando, per legge laureato, abilitato all'esercizio e iscritto all'ordine professionale, è paradossalmente qualificato non professionista in formazione ma semplice studente laureato; ne deriva per il medesimo l'impossibilità di assumersi responsabilità personali e di acquisire autonomia assistenziale.

2. La formazione professionale dello specializzando implica:

- l'attiva partecipazione del discente alla totale attività assistenziale delle strutture universitarie cui afferisce la Scuola e di quelle ospedaliere con questa convenzionate, con graduale esercizio di ogni suo aspetto (che si traduce tra l'altro nella partecipazione e, quindi, nell'esecuzione in prima persona di un'attività chirurgica adeguata quantitativamente e di crescente difficoltà in correlazione all'esperienza via via acquisita) e con progressiva assunzione di responsabilità e autonomia professionale, il che sembrerebbe in antitesi con il suddetto status di semplice studente laureato, al quale non è riconosciuta alcuna autonomia decisionale e operativa, ma anche in contrapposizione con la necessità di evitare ai pazienti rischi inutili;

- l'utilizzazione dell'apprendista chirurgo, incaricato di pubblico servizio, in compiti diagnostici e terapeutici, ma non in mansioni a sfondo amministrativo, riservate, sulla base di determinate responsabilità funzionali di natura contrattuale, al medico strutturato, pubblico ufficiale, e comprendenti: la richiesta di esami, l'emissione di documenti di dimissione, il rilascio di certificazioni relative all'attività ambulatoriale, la

scritturazione di cartelle cliniche - atto ben diverso dalla raccolta anamnestica, dalla rilevazione clinica, dal giudizio diagnostico-terapeutico, ecc. -, queste ultime assimilabili, sotto il profilo della valenza documentativa, a certificazioni amministrative, in quanto tertius genus tra scrittura privata e atto pubblico;

- la guida e il controllo diretti e costanti da parte del tutor - annualmente designato dalla Scuola -, che costituiscono i principali momenti di formazione nel percorso educativo dell'aspirante chirurgo ma anche di doverosa tutela dell'utente, della struttura sanitaria erogatrice di assistenza e dello specializzando stesso; i rapporti tra i due devono essere ispirati a reciproco rispetto e a fattiva collaborazione: il primo ha il dovere di essere presente e di evitare che il collega tutelato si trovi senza indirizzo; il secondo ha il diritto-dovere di richiedere l'apporto di chi è deputato alla sua crescita professionale.

Ed è proprio la figura del tutor che consente di sanare le incongruenze del sistema formativo testé rilevate e di conciliare le contrapposte esigenze di cui ho già detto.

E' fuor di dubbio, infatti, che la graduale assunzione di responsabilità e di autonomia in mansioni tipicamente di specialista da parte di uno specializzando, oggi semplice studente laureato, domani assistente in formazione e, in qualunque caso, non-specialista, vige solo in funzione della guida esperta e del controllo attento da parte del tutor in ogni prestazione assistenziale del futuro chirurgo, anche di quella lasciata alla sua autonomia gestionale.

Più nel dettaglio, ma sempre in modo semplicistico, si passa da una fase breve in cui lo specia-





lizzando osserva a una in cui collabora attivamente con il tutor; in successione di tempo, si passa poi da uno step in cui il tutor dà gli incarichi e impartisce le relative direttive, graduando gli uni e le altre - in assenza di qualsiasi rischio per i pazienti - alle capacità professionali acquisite dal discendente, a uno step finale in cui è, invece, lo specializzando che, divenuto sicuro, si propone in incarichi e prende determinazioni, cimentandosi negli uni e mettendo in opera le altre, previa condivisione o correzione da parte del suo docente. E' questa la fase in cui l'apprendista chirurgo prova a camminare con le proprie gambe, con la garanzia, però, che in caso di necessità può contare su qualcuno.

E' facile evincere che nel divenire di questo iter l'indirizzo e la verifica da parte del tutor, pur via via di diverso livello in relazione all'esperienza progressivamente maturata dal discendente, non devono essere mai negati e devono essere contestuali all'esecuzione dell'atto medico delegato, il che mette il docente nelle condizioni di impedire eventi delittuosi.

Nulla può e nulla deve fare lo specializzando senza la guida e il controllo del tutor, ovviamente al di fuori di situazioni d'urgenza/emergenza.

E', dunque, lampante che anche al termine del percorso formativo l'autonomia dello specializzando continua a essere limitata e mai piena.

Quanto alla problematica amministrativa, è il tutor che deve farsi carico, per mezzo di contestuale sottoscrizione, di ogni documento che, prodotto dallo specializzando - semplice studente laureato - durante l'attività clinica, abbia la configurazione di atto amministrativo.

Questo per evitare che il discendente emetta atti propri di una figura giuridica che non gli appartiene e perciò stesso inefficaci e in considerazione della circostanza che le polizze assicurative per responsabilità civile verso terzi connessa all'attività assistenziale svolta dall'apprendista chirurgo non coprono la responsabilità derivante da azioni amministrative. Il riconoscimento allo specializzando dello status giuridico di assistente in formazione dovrebbe azzerare tale questione. Da quanto fin qui detto sembrerebbe lapalissiano che il rispetto delle regole illustrate, cioè delle cautele a salvaguardia della salute e della vita del paziente, liberi lo specializzando da qualsiasi responsabilità in caso di evento avverso, contemplato quasi dall'ordinamento che prescrive la sua pratica diretta.

Ma non è così e, venendo adesso più propriamente agli aspetti giuridici, va sottolineato che non si arresta la preponderante tendenza della Suprema Corte di valutare con rigore e punire con severità gli specializzandi per eventi lesivi dai medesimi determinati a danno di pazienti nell'arco di tempo riservato all'apprendimento, dunque sotto le direttive del tutor.

Autorevole e unanime dottrina giuridica, sostenuta da copiosa e costante giurisprudenza nel merito, considera già da tempo lo specializzando, dal punto di vista dello status giuridico, un assistente in formazione, che è protagonista di una formazione in fieri, ma anche professionista a tutti gli effetti e come tale svolge concreta attività clinico-assistenziale con autonomia comportamentale (D. Lgs. n. 257 del 1991); questa, confortata dalle competenze diagnostico-terapeutiche inesorabilmente pre-

sunte come proprie del bagaglio culturale del medico e implementata via via dalle cognizioni specialistiche acquisite, è pur sempre vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione (D. Lgs. n. 517 del 1999).

Quanto detto delinea le dirette responsabilità penali e civili del futuro chirurgo nell'evenienza di danni umani e lo svincola dal vecchio broccardo "respondeat superior".

La IV Sezione Penale della Corte di Cassazione con varie decisioni (n. 2453 del 1998, n. 13389 del 1999 e n. 32901 del 2004) ha stabilito che il concreto personale espletamento di attività (operatoria) da parte dello specializzando comporta per il medesimo l'assunzione diretta della posizione di garanzia nei confronti della tutela della salute del paziente, in merito all'osservanza delle *leges artis*, della cui conoscenza non può mancare e alla cui concreta applicazione deve contribuire.

Tale assunzione di garanzia, che insiste unicamente nel discendente per gli atti medici dal medesimo eseguiti fuori dalla guida e dal controllo del tutor - per condizioni di urgenza/emergenza o per suo libero arbitrio o per scorretto atteggiamento sul piano deontologico, etico e sociale del docente -, è invece condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce e sorveglia.

Tutto ciò comporta:

- da un lato l'obbligo dello specializzando di fornire corretta comunicazione al paziente del proprio ruolo, il che dà validità alla manifestazione del consenso, alla base del rapporto chirurgo/paziente;
- dall'altro lato l'assunzione dello specializzando, nell'esecuzione dell'incarico ricevu-



to, del dovere di prudenza, diligenza e perizia nei confronti del paziente e di osservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline, pena la sua responsabilità penale e civile per colpa professionale in agendo o in omettendo: nelle ipotesi di negligenza e imprudenza in ogni caso e nelle ipotesi di imperizia solo in caso di mancanza di quegli elementi di conoscenza espressi dal livello medio della categoria di appartenenza, che fa scendere la prestazione professionale al di sotto di quello standard che è legittimo esigere secondo l'antico broccardo "eiusdem condicionis et professionis".

La Corte di Cassazione - IV Sezione Penale - ha sottolineato, inoltre, in varie pronunce (anche: 31/1/1996, 28/6/1996 e 2/5/1999; n. 556 del 2000) che l'aspirante chirurgo non è esente da responsabilità, ove la direttiva del docente si appalesi inappropriata e dannosa al paziente, solo in quanto suo esecutore per passiva acquiescenza, avendo egli, al contrario, il diritto-dovere di valutarne la conformità ai doveri che egli ha per la sua posizione di garanzia ed even-

tualmente di astenersi dall'attuarela direttamente.

Questo in quanto, chiarisce la Suprema Corte, il quadro normativo (DPR n. 761 del 1979) non configura l'assistente e, quindi, l'assistente in formazione come meri esecutori di ordine, dal momento che l'autonomia vincolata alle direttive ricevute non ha il significato di subordinazione gerarchica che non consente scelte diverse, ma soltanto di autonomia limitata dalla possibilità prevista per il medico in posizione superiore di imporre le proprie scelte se in contrasto con quelle del collega in posizione inferiore; quest'ultimo, d'altra parte, qualora ritenga che la scelta del medico superiore comporti un rischio per il paziente del quale è costituito garante, è tenuto a segnalare il proprio dissenso al fine di non essere ritenuto co-responsabile dell'esito negativo, non avendo compiuto quanto in suo potere per impedire l'evento (Art. 40 c.p.; Cassazione - IV Sezione Penale - 17/11/1999 e 4/5/2001).

In campo medico vige la regola dei cosiddetti doveri divisi, per cui ciascun operatore (superiore e sottoposti) è tenuto a rispettare

i doveri di diligenza e di perizia che gli sono specificamente demandati e deve poter fare affidamento sulla responsabilità degli altri, con la conseguenza che il singolo operatore non può essere chiamato a rispondere degli errori altrui salvo che non abbia concorso a causarli ovvero sia mancato in un doveroso comportamento di garanzia e di intervento per prevenirli.

L'assistente in formazione non può, dunque, che rifarsi al corretto criterio di valutazione professionale, anche al di là del metus reverentiae nei confronti del tutor e dell'esigenza didattica, entrambi deboli basamenti di un'eventuale impalcatura difensiva di fronte alla primaria esigenza della preservazione dell'integrità fisica di colui che in quel momento gli è affidato.

Per la Corte di Cassazione - IV Sezione Penale - (ed è questo un elemento innovativo, meritevole d'attenzione e condivisibile) le responsabilità dello specializzando possono essere in parte ridimensionate solo in ragione di difetto di preparazione e competenza specifiche (manualità operatoria), che si acquisiscono e si perfezionano con l'esperienza (n. 32901 del 2004);



egli ha, però, l'obbligo di rifiutare l'investitura e di astenersi se si sente incapace di assolvere la prestazione affidatagli per sua scarsa abilità in rapporto all'eccessiva complessità della stessa (n. 5311 del 1999).

C'è da chiedersi, però, se, con riguardo a eventi avversi da colpa professionale dello specializzando per sola imperizia, non sia più conforme a giustizia attribuirne al solo docente la responsabilità che in siffatte evenienze appare lampante, non avendo egli saputo né adeguatamente istruire il discente né valutarne le oggettive capacità in relazione all'intervento a lui commesso, dal momento che è fuori discussione che non possono essere al medesimo delegati incarichi che richiedano preparazione e competenza specifiche, il cui possesso non può essere ritenuto scontato da parte di un assistente in formazione; e inoltre, non avendo egli evidentemente controllato la correttezza dell'agire del discente né adottato cautele per scongiurare danni a carico dei pazienti.

Ci troviamo forse davanti a forme di responsabilità professionale del tutor rispettivamente per culpa in eligendo e per culpa in vigilando? Ma questa è tutta un'altra storia.

L'imminente Legge Finanziaria del 2006 con l'istituzione dei contratti di formazione specialistica a decorrere dall'anno accademico 2006-2007 azzererà, invece, le perplessità che, con riguardo alla responsabilità penale e civile dello specializzando per eventi lesivi cagionati per negligenza e imprudenza, potrebbero oggi derivare dalla diversità dello status giuridico attualmente riconosciuto ai futuri chirurghi dall'ordinamento delle Scuole di Specializzazione e dall'orientamento giurisprudenziale e dottrinario vigenti.

L'AUTONOMIA PROFESSIONALE DEL GIOVANE CHIRURGO. Possiamo definire chi si è appena specializzato giovane chirurgo?

La definizione si basa su due requisiti: la giovane età anagrafica e l'autonomia decisionale e operativa.

In Italia, il Diploma di Specializzazione in Chirurgia Generale è conseguito in media a 30-32 anni, ma la maturità professionale chirurgica è riconosciuta, con ovvie differenze tra i diversi centri universitari e in contrapposizione agli standard europei, in un range d'età piuttosto ampio compreso tra i 30 e i 45 anni, sempre che vada bene.

E' difficile poter parlare, dunque, di giovani chirurghi, se non in pochi eccezionali casi.

Ma...quali sono i parametri da utilizzare per riconoscere l'autonomia professionale a chi si è appena specializzato?

Questi ha seguito bene un percorso formativo, è stato annualmente ben giudicato, ha ricevuto una pergamena con il massimo dei voti.

Queste circostanze sono sufficienti a dare le dovute garanzie sulla sua competenza professionale nell'affrontare la situazione in cui verrà a trovarsi quando dovrà prendere la difficile decisione di operare o quella ancora più ardua di non operare o quando interverrà praticamente da solo, fuori dall'ambiente collegiale in cui si è formato e da cui riceveva senso di sicurezza? Non lo dovrei dire, ma personalmente credo di no sia per l'incertezza che ho sulla validità dell'attuale addestramento professionalizzante sia per l'inadeguatezza, a mio parere, del tradizionale esame teorico-pratico annuale a consentire un reale giudizio sulla crescita professio-

nale degli specializzandi, in quanto basato solo o quasi sulla valutazione della componente teorica dell'apprendimento.

Sono convinto, pertanto, che il riconoscimento della maturità professionale a chi si è appena specializzato andrebbe dedotto dall'esperienza quotidianamente maturata - fin dall'inizio della formazione - nell'attività di reparto e di sala operatoria. Questa, a sua volta, andrebbe desunta da annuali valutazioni e certificazioni del tutor sul raggiungimento da parte dello specializzando degli obiettivi professionali predefiniti, con conseguente autorizzazione all'effettuazione in autonomia degli atti medici a essi corrispondenti e con l'avvio verso i successivi step d'indipendenza professionale, che verrebbe così gradualmente ma realmente acquisita dall'aspirante chirurgo durante tutta la sua attività formativa specialistica e non soltanto d'emblee e miracolosamente alla fine di questa. Dico questo nel ricordo dell'insegnamento di Seneca: "Colui che fin dall'adolescenza sarà cresciuto seguendo la sua giusta via, anche quando sarà avanzato nell'età non si allontanerà da essa".

Sinceramente auspico che tra non molto alla domanda su "chi, tra i chirurghi con responsabilità formative, si farebbe operare da un chirurgo in formazione o da un chirurgo da lui stesso formato" non debba fare più seguito un impacciato defilarsi generale. Il che significherebbe: per i docenti chirurghi, gratificazione derivante dal percepire di avere saputo insegnare ai discenti a volare; magari non come falchi, ma neppure come polli; per l'Università, successo nel programma di formazione di chirurghi qualificati da fornire alla società.



**38**

*Messina  
medica*

Aprile  
giugno  
2007



*Positivo il resoconto della giornata di studio  
tenutasi a Messina nella sala convegni dell'Ordine*

# Workshop in Ematologia

*Un'esperienza da ripetere e sviluppare*

Lo scorso 16 giugno si è tenuto a Messina, nella sede dell'Ordine dei medici di Messina, il primo Workshop Messinese di aggiornamento in ambito ematologico. Il convegno, accreditato come corso ECM, è stato organizzato dal Dipartimento di Medicina Interna dell'U.O. di Ematologia, diretto dalla Prof.ssa Caterina Musolino e dall'Ordine dei Medici di Messina.

Il corso è stato indirizzato principalmente ai medici di medicina generale, con l'obiettivo di realizzare una necessaria azione complementare di integrazione tra il medico di famiglia e il medico specialista ematologo nella gestione organizzata ed efficace del paziente emopatico. Al convegno hanno preso parte i migliori specialisti in campo onco-ematologico e la riunione è stata impreziosita dalla presenza di ospiti provenienti dai più prestigiosi centri Ematologici italiani, tra cui la Prof.ssa Enrica Morra, direttore del Dipartimento di Ematologia dell'Ospedale Niguarda di Milano, la quale ha tenuto una lezione magistrale sui nuovi farmaci per la terapia del linfoma non Hodgkin, il prof. Antonio Palumbo dell'Università di Torino, tra i più noti studiosi del mieloma multiplo e il prof. Vito Franco del Dipartimento di Patologia Umana dell'Università di Palermo.

Dopo il saluto ai convenuti del presidente dell'Ordine dei

di Caterina **MUSOLINO**  
Mario **POLLICITA**

Medici, dott. Nunzio Romeo, del preside della Facoltà di Medicina, prof. Emanuele Scribano, e del direttore sanitario del Policlinico Universitario, dott. Giovanni Materia, i lavori sono stati avviati nella ricerca di un approfondimento del percorso diagnostico e terapeutico da adottare nei pazienti affetti da linfoma non Hodgkin e nella gestione delle complicanze del paziente onco-ematologico.

Nell'ottica di estendere tale gestione in un ambito di tipo interdisciplinare, numerose sono state le relazioni presentate da specialisti non ematologi. In particolare la prof.ssa Diana Teti ha illustrato le più recenti tecniche di valutazione di laboratorio delle gammopatie monoclonali, mentre il prof. Michele Buemi ha sottolineato le strette relazioni esistenti tra affezioni onco-ematologiche e funzionalità renale. Al prof. Paolo Girlanda è invece toccato il compito di illustrare le complicanze neuropatiche del mieloma multiplo e delle patologie ad esso correlate.

Particolare interesse hanno suscitato poi le relazioni del prof. Giorgio Ascenti, che ha discusso sulle recentissime tecniche di diagnostica per immagini nei linfomi, e del prof. Sergio Baldari, che ha sottolineato come Messina sia uno dei pochi centri d'Italia a poter erogare

una innovativa terapia per la malattia linfomatosa, costituita da radionuclidi legati ad anticorpi monoclonali, capaci di distruggere in modo selettivo le cellule neoplastiche.

Il prof. Giuseppe Altavilla ha infine discusso la terapia medica delle osteolisi neoplastiche, mentre il prof. Vincenzo Adamo ha relazionato sul fondamentale ruolo dei fattori di crescita nel paziente oncologico.

La scuola messinese della prof.ssa Musolino è stata presente con una relazione sui meccanismi fisiopatogenetici della malattia metastatica ossea, mentre il dott. Andrea Alonci ha presentato un utile e pratico percorso diagnostico da seguire nei casi di linfadenopatia, condizione di frequente riscontro nella pratica clinica. Il dott. Alessandro Allegra ha poi discusso su una nuova inquietante entità nosologica, l'osteonecrosi da bifosfonati, presentando i più recenti dati sperimentali prodotti dal gruppo della prof.ssa Musolino, dati appena pubblicati sulle principali riviste scientifiche internazionali.

Alle relazioni è seguito un interessante dibattito, moderato dal dott. Mario Pollicita, nella duplice veste di ematologo e medico di medicina generale, che ha fatto registrare la vivace partecipazione dei medici convenuti costituendo il reale indice del successo raggiunto nella giornata di studio. Mario Pollicita ha



inoltre ricordato la ricerca sulla incidenza delle emopatie negli ambulatori dei medici di assistenza primaria nella provincia di Messina, di cui ha già presentato un resoconto al Congresso Nazionale SIMG del 2005.

Questa iniziativa sembra dunque essere destinata ad avere un seguito. Infatti è emerso il delicato ruolo rivestito dal medico di medicina generale non solo nella gestione gravosa del paziente onco-ematologico, ma anche quale prima figura del servizio sanitario nazionale a cui il paziente si rivolge per i soddisfare i propri bisogni di salute. Il medico di medicina generale, quindi, non solo come responsabile delle cure primarie e primo punto di riferimento per il paziente, ma anche quale "ufficiale di collegamento" nella collaborazione tra territorio ed ematologia specialistica ospedaliera. Questo rapporto di collaborazione, tra figure professionali che operano su ambiti differenti, è la base per sviluppare metodi, protocolli e algoritmi esportabili sul territorio al fine di giungere ad una diagnosi più precoce, alla introduzione controllata e consapevole di nuovi presidi farmacologici, allo studio e alla comprensione dei meccanismi fisiopatologici e patogenetici delle patologie neoplastiche, alla individuazione e al trattamento delle complicanze. Tutto ciò per consentire al paziente di vivere più a lungo e meglio anche rispetto ad un recentissimo passato, e di godere della possibilità di giungere ad una guarigione, nel senso anglosassone del termine, divenuta una realtà per molte affezioni ematologiche.

Il paziente emopatico è dunque destinato ad essere sempre meno dipendente dalla continua attenzione dello specialista, lasciando il compito del counselling domiciliare al medico di medicina generale, restituendo il paziente alla famiglia, a se stesso e talora anche alla propria attività lavorativa. L'affettuosa e consapevole supervisione del medico di medicina generale potrà in conclusione garantire la massima autonomia al soggetto con emopatia, permettendogli di accettare con maggiore serenità le limitazioni imposte dalla malattia ed affrontare con maggiore decisa consapevolezza il lungo percorso verso la riacquisizione della salute.



## Un libro a casa di chi sta male

di Concetta BAEU\*

La delicata situazione vissuta dalla persona malata, disabile o anziana che prova il disagio del suo stato di salute, della solitudine e che vive il tempo che scorre spesso vuoto e senza interessi che siano stimolanti e interessanti e che possano distoglierla dalla preoccupazione del suo stato è una realtà sempre più presente nei nostri territori.

Le attività che più spesso coinvolgo le categorie svantaggiate riguardano l'assistenza igienico sanitaria e medico infermieristica, mancano invece iniziative volte a soddisfare le necessità di socializzazione e svago di cui tutti hanno bisogno.

In quest'ottica è stato ideato dall'AVAMT Associazione Volontari Assistenza Malati Terminali all'interno della Biblioteca San Camillo c/o la stessa Parrocchia, un servizio per il recapito di libri, il ritiro e lettura al domicilio o presso le strutture di ricovero per tutti quei soggetti che per motivi di salute non siano in grado di leggere autonomamente, anziani, malati, portatori di handicap.

L'iniziativa si avvale dell'attività di 8 volontari del Servizio Civile Nazionale assegnati dal Ministero dell'Interno, dal Settembre 2006 che per un anno, vengono impegnati nello svolgimento del Progetto un "Libro a chi soffre".

Per incrementare il patrimonio librario che si aggira sui 3500 testi, chi volesse può donare libri usati, non scolastici e in buone condizioni. Si può telefonare al n. 3337275676 per richiedere il ritiro direttamente al proprio domicilio. Lo stesso numero è attivo per richiedere il Servizio di prestito e lettura.

\*Presidente AVAMT



Formazione ed informazione, eticità ed indipendenza, uniformità ed accessibilità alle innovazioni scientifiche e tecnologiche, uso appropriato delle risorse rappresentano solo alcune delle nozioni chiave che coinvolgono una corretta informazione sui farmaci costituente un fattore essenziale per una pratica clinica efficiente.

L'informazione va individuata come un elemento strategico e di governo per la razionalizzazione dell'utilizzo dei farmaci. Quello di informare gli operatori sanitari sulla base di maturate giustificazioni scientifiche in merito alle caratteristiche ed alle

do ritorno al ciclo produttivo ma anche perché una responsabile ed obiettiva informazione può avere dirette conseguenze sul consumo dei farmaci che da tempo allarma le autorità sanitarie ed amministrative. La figura dell'informatore scientifico mira a garantire la conoscenza dei processi di cambiamento del settore sanitario per quanto riguarda particolarmente l'uso dei farmaci e di tutto ciò che vi fa da corollario tenute presenti le modifiche intervenute negli ultimi tempi quali una ricerca scientifica sempre più sofisticata, l'avvento delle biotecnologie, il ruolo della bioetica in vari campi par-

norma di legge che ne regoli specificatamente l'attività e sono privi di albo professionale. La mancanza di una idonea regolamentazione determina una serie di problemi sia per gli informatori scientifici, sia per gli operatori sanitari e per i cittadini. In primo luogo mancano adeguate garanzie per quanto riguarda il rapporto di lavoro che lega gli informatori alle industrie farmaceutiche. Inoltre si determina una tendenza alla trasformazione della loro attività da professione tecnico-scientifica informativa e di supporto agli operatori sanitari a vera e propria attività di indirizzo esclusivamente promozionale

## Il ruolo dell'informatore scientifico



*Il dott. Giuseppe Caristi presidente Associazione Informatori Scientifici sezione di Messina*

di Silvana **PARATORE**

modalità di utilizzo dei farmaci e in particolare delle nuove molecole, è un compito che implica l'assunzione di una rilevante responsabilità nei confronti del sistema sanitario e dei cittadini. Tale incarico importante delinea la figura dell'informatore come intermedia tra medico ed azienda farmaceutica. Per una professionalità come questa si ritiene che eticità e deontologia siano sostantivi irrinunciabili. L'informatore del farmaco non è un agente di vendita; il suo è un ruolo difficile che deve conciliare missione scientifica e profitti aziendali in una prospettiva in cui vige la consapevolezza che la scienza e la medicina in particolare suscitano grandi aspettative, forti emozioni e anche timori irrazionali.

L'informazione scientifica sui farmaci interessa inoltre la generale economia nazionale non solo perché un provato ed adeguato intervento sull'ammalato può determinare un suo più rapi-

per quanto riguarda la ricerca sul genoma con possibili ricadute produttive, il ruolo delle associazioni di malati cronici gravi, quello delle associazioni dei consumatori come pure gli interventi del Governo finalizzati al contenimento della spesa farmaceutica.

Un prodotto della più recente ricerca farmaceutica è la risultante del coordinamento tra molteplici conoscenze non solo di biochimica e di farmacologia la cui premesse culturali e metodologiche devono essere illustrate e descritte con la massima accuratezza. Il che è possibile soltanto durante una pacata discussione con l'interessato (medico) anche perché un'esposizione verbale che prevede obiezioni e domande è ben diversa cosa dalla lettura di una arida esposizione scritta.

Malgrado la rilevanza e delicatezza del loro ruolo, gli informatori scientifici del farmaco operano in assenza di qualsiasi

ticolarmente

e commerciale.

Utile sarebbe una degerarchizzazione dell'attività dell'informatore scientifico che può avvenire solo con la costituzione di un ordine professionale che abbia poteri disciplinari sui propri membri e sia dotata della capacità di autodisciplinarsi garantendo corsi periodici di aggiornamento e di formazione permanente nell'interesse della collettività nazionale.

Anche la presenza di un osservatorio all'informazione sui farmaci realmente autonomo e indipendente che sia in grado di fornire un flusso continuo di dati attraverso la relazione ed il monitoraggio dell'informazione scientifica contribuirebbe a realizzare un sostanziale miglioramento in questo settore.

Occorre uno sforzo nel pubblico e nel privato che coinvolga tutti gli operatori del settore tenendo conto che questo tipo di servizio va inteso come una parte di un investimento più complessivo che risponde al diritto di cura del paziente.

# LA VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA E LA **SICUREZZA** IN SALA OPERATORIA

di Francesco Saverio VENUTI

**S**i parla sempre, in occasione di episodi di "malasantità" della necessità di attuare comportamenti "più sicuri" cioè più efficaci ad impedire che si verifichi l'evento dannoso.

L'enorme impatto mediatico che hanno gli incidenti di sala operatoria enfatizzano questi eventi e creano falsi miti nella cittadinanza come quello della pericolosità dell'anestesia.

Bisogna subito affermare che l'anestesia è una pratica medica non solo assolutamente sicura, ma indispensabile per proteggere il paziente dall'aggressione chirurgica.

Ma quali sono allora le cause che favoriscono gli incidenti di sala operatoria?

La causa scatenante principale che sta alla base della gran parte degli incidenti operatori è una mancata valutazione anestesiologicala.

Spieghiamo allora in cosa essa consiste. La valutazione anestesiologicala è una pratica medica che attraverso una visita (clinica) ed un questionario si propone di intercettare i fattori di rischio collegati all'intervento chirurgico che potrebbero determinare le complicanze intra e post-operatorie.

Quindi i fattori di rischio sono:



malattie, alterazioni morfo-funzionali, stile di vita, ecc.

La valutazione anestesiologicala va eseguita almeno dieci giorni prima dell'intervento chirurgico, cosicché se il fattore di rischio eventualmente intercettato è modificabile con una terapia si abbia il tempo di effettuarla, senza interferire con la programmazione chirurgica.

Essa dovrebbe essere in ordine di tempo la prima consulenza medica del paziente chirurgico, in modo che sia l'anestesista ad indicare gli esami necessari per quel paziente che si deve sottoporre a quel tipo d'intervento.

Si eviterebbero così gli esami routinari "a tappeto", che sono non solo inutili, ma anche costosi ed alcuni addirittura dannosi, come gli RX del torace indiscriminati, che ingolfano i servizi di radiologia nel loro indispensabile lavoro quotidiano.

Dopo la valutazione l'anestesista proporrà la cura degli eventuali fattori di rischio modificabili (es. la riacutizzazione di

una bronchite cronica, la sedazione della iper-reattività bronchiale in un asmatico, la sostituzione di farmaci che influenzano la coagulazione, ecc.) ed organizzerà assieme al chirurgo la strategia operatoria più utile per il paziente.

A questo punto l'anestesista può assolvere al compito dell'informazione che sarà più facile, più condivisa perché il paziente ha capito meglio cosa i suoi medici si propongono di fare per curare la sua patologia e si è stabilita quella fiducia indispensabile per suggellare l'"alleanza terapeutica" medico-paziente senza la quale non è possibile ottenere i migliori risultati terapeutici possibili.

L'importanza della valutazione anestesiologicala si evidenzia anche dai comportamenti di alcune Nazioni Europee, le quali hanno creduto opportuno tutelare i loro cittadini rendendo obbligatoria la valutazione pre-operatoria con una legge dello Stato. In Francia, per esempio, la legge n° 94-1050 del 05/12/1994 ha reso obbligatoria la valutazione pre-anestesiologicala almeno dieci giorni prima dell'intervento chirurgico. Alla fine della valutazione al paziente verrà consegnato un dossier col risultato della visita,





del questionario, del giudizio anestesiologicalo, delle eventuali cure di preparazione all'intervento.

Questa sarà la sua "carta d'identità anestesiologicala" attraverso la quale il suo anestesista potrà "riconoscerlo" e trattarlo di conseguenza.

Quest'ultimo avrà il compito di prendere visione dettagliata della valutazione anestesiologicala e di visitare il Paziente per accertarsi che non si siano verificati fatti intercorrenti e che le eventuali disposizioni mediche prescritte sulla valutazione siano state eseguite. Questa pratica intesa come "visita pre-anestesiologicala" sarà praticata "nell'imminenza" dell'intervento chirurgico, di solito il pomeriggio del giorno prima per i pazienti ricoverati o la mattina dell'intervento per i pazienti in

day-surgery. Si stabilirà così un clima di serenità che è la più efficace terapia ansiolitica nell'imminenza dell'intervento.

Questi sono i cardini di una chirurgia sicura, rispettosa dei diritti del paziente e più ricca di risultati e di gratificazioni per il medico.

Come il Medico di famiglia può contribuire a migliorare l'organizzazione delle cure chirurgiche dei suoi pazienti, in questo aspetto della sicurezza, potrebbe essere un utilissimo argomento da trattare la prossima volta.

Da anni opera al Policlinico Universitario di Messina un Ambulatorio di Valutazione anestesiologicala riservato non solo ai pazienti del Policlinico, ma aperto anche agli esterni. E' diretto dal Prof. Francesco Saverio Venuti, che ha dato al

servizio un' impostazione francofila, dato che questa Nazione ha la Cultura più antica sull'argomento. Esegue più di quattromila valutazioni l'anno ed ha acquisito una grande esperienza nell'intercettazione e nella cura dei fattori di rischio.

Il servizio ha approfondito privilegiando la gestione del paziente allergico in anestesia, patologia con una prevalenza (aumento dei nuovi casi l'anno) molto significativa se è vero che oggi un italiano su tre è considerato come un "cosiddetto" allergico. Il problema delle manifestazioni allergiche in anestesia è stato ingigantito dai media per un'errata informazione medica: resta comunque un argomento poco conosciuto finanche dagli anestesisti e per questo mal trattato e molto temuto.



*Lombalgie di difficile soluzione*

# Attualità e prospettive sull'uso dello spaziatore interspinoso nelle stenosi lombari

di G. GEMELLI  
L. SOLIERA  
G. RANDAZZO

**L**e lombalgie associate o meno a sciatalgia sono le patologie ortopediche più frequenti nella popolazione cosiddetta "attiva". Per tale motivo l'odierna Ortopedia ha focalizzato le cause, ricercando soluzioni mininvasive anche nella considerazione della massiva richiesta secondaria all'allungamento della vita media.

La disidratazione discale che aumenta con l'avanzare dell'età con conseguente diminuzione dello spazio intervertebrale, rappresenta la prima causa di lombalgia che da un punto di vista etiopatogenetico è riconducibile a quadri clinici come la sindrome delle faccette articolari, il bulging o le protrusioni discali e le ernie.

La chirurgia decompressiva rappresenta a tutt'oggi il "golden standard" per il trattamento delle stenosi lombari conseguenti a protrusioni del disco intervertebrale, processi occupanti spazio, neoplasie. Tuttavia tale trattamento comporta

tempi anestesiológicos, degenze ospedaliere ed inabilità allo svolgimento di attività quotidiane prolungati nel tempo e pertanto i pazienti avanti con l'età non sempre riescono a sopportare tali procedure.

Negli ultimi anni sono state sviluppate, di con-



SIGNOR/A: \_\_\_\_\_

1. Quanto era il dolore prima dell'intervento da 1 a 10 ?  
1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
2. Come è cambiato il dolore post-operatorio rispetto a prima ?  
DI MENO    DI PIU'    UGUALE    DIVERSO
3. Se è di MENO o di PIU', quanto da 1 a 10 ?  
1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
4. Se è DIVERSO, che tipo di dolore è ?
5. Avverte una sensazione di "corpo estraneo" nella schiena ?  
SI    NO
6. Ha notato limitazioni articolari in flessione, estensione o rotazione dopo l'intervento ?  
SI    NO
7. Ha notato differenze nelle faccende domestiche e/o nella vita di relazione?  
SI    NO
8. Ha notato differenze durante la deambulazione e nella postura eretta prolungata?  
SI    NO

(fig. 3)



certo con prestigiosi Laboratori di ricerca, soluzioni alternative indicate per quella larga porzione di pazienti affetti da lombalgie e lombosciatalgie da stenosi lombari che non trovano indicazioni al trattamento con le classiche metodiche chirurgiche. A tal proposito negli ultimi anni sono state sviluppate tecniche innovative e mininvasive come la vertebro-cifoplastica (Messina Medica n° 04/2004), le radiofrequenze, i diastatori interspinosi. E proprio su questi ultimi strumenti di trattamento desideriamo soffermarci e mettere in evidenza i primi risultati (follow-up: 6-18 mesi), che sembrano essere incoraggianti, soprattutto alla luce della casistica fin qui acquisita di circa 90 pazienti dal gennaio 2005.

Per i non addetti ai lavori si tratta di un dispositivo presente oggi sul mercato in vari formati e dimensioni (figg. 1 e 2) applicato a livello del legamento interspinoso mediante un accesso chirurgico minimo e sotto controllo scopico. Questo elemento possiede un effetto distrattivo dello spazio intervertebrale corrispondente e permette di conseguenza lo scarico delle faccette articolari, l'espansione dei forami e dello speco vertebrale. (Fig. 1) (Fig. 2)

Per una corretta analisi dei risultati abbiamo

ritenuto opportuno elaborare un questionario semplice ed originale, in grado di permettere un chiaro confronto dei dati clinici provenienti dai pazienti trattati e da affiancare ai classici metodi di valutazione (ZCQ score) (fig. 3).

Ad un primo follow-up di 6 mesi, il 55% circa dei pazienti hanno riferito un deciso miglioramento della sintomatologia, il 33% circa un discreto miglioramento, il 12% circa un risultato insufficiente ed in un solo caso il paziente ha espressamente richiesto la rimozione del dispositivo. Tali dati sono stati raffrontati con quelli provenienti da studi multicentrici già presenti in Letteratura ed è con una certa soddisfazione che abbiamo potuto constatare una discreta sovrapposizione dei risultati fin qui ottenuti. Ciò rappresenta un notevole impulso ad incrementare lo studio e la raccolta dei dati clinici e strumentali al fine di proporre tale metodologia come una valida alternativa alle più tradizionali tecniche conservative (terapia medica, FKT, busti o corsetti ortopedici) e chirurgiche per la risoluzione di problematiche spesso altamente invalidanti o quantomeno condizionanti la vita di relazione non solo di pazienti anziani ma anche di quelli in fase produttiva.

[www.giancarlogemelli.info](http://www.giancarlogemelli.info)



L'ANFFAS - Associazione Nazionale Famiglie di Disabili Intellettivi e Relazionali - è una ONLUS che, costituita a Roma nel '58 da un gruppo di genitori di soggetti disabili è una delle 180 sedi nazionali che si impegna a garantire una riabilitazione cognitiva, sociale, affettiva delle persone con disabilità. La sezione di Messina è un centro diurno, collocato in zona V/le Giostra Alto Ritiro, che ospita al momento circa 40 utenti, in regi-

la capacità di ascolto, supporto e facilitazione della libertà espressiva di questi tipi di utenti. Tuttavia questo laboratorio insiste sulla elaborazione cognitivo-immaginativa attraverso il mezzo



## Che cosa è L'ANFFAS

di Giusy FANARA

me di seminterrato, con differenti patologie quali Sindrome di Down, Microcefalia, Ritardo Mentale, Paraparesi spastica. All'ANFFAS sono attivi laboratori riabilitativi multidisciplinari (pedagogico-educativo, intellettuale-psicologico, psicomotorio, fisiokinesiterapico, sociale, occupazionale), osservazione medica ed infermieristica scelti e supervisionati attentamente dal Direttore Sanitario del Centro, dott.ssa Giusy Fanara. Il laboratorio pedagogico-educativo ed intellettuale-psicologico, gestito rispettivamente dalla dott.ssa Sorrenti e dalla dott.ssa Cavallari, si offre come Sé ausiliario per la riabilitazione dell'attenzione, nella possibilità di "affrontare" e "mostrarsi" all'altro, nella facilitazione del gesto-movimento espressivo, nell'agire sulla conoscenza "al bisogno" (misurare la quantità di rabbia e la elaborazione dell'angoscia), attraverso

della "fantasia" che porta alla costruzione di una fiaba che contiene in sé il costrutto della progettualità e quindi dello stato emotivo, del fare creativo e della fantasia ludica. Tra i laboratori occupazionali, attivi al centro ANFFAS, c'è quello che si occupa della produzione grafo-pittorica che ha come obiettivo l'espressione emozionale, l'elaborazione ludica ed immaginativa di gruppo. Tuttavia in questo laboratorio, gestito da educatori e terapisti occupazionali, è offerta la possibilità di abbandonare i disegni stereotipati sia nei contenuti, che nelle modalità di realizzazione di oggetti (fiori, farfalle, vasi..), con il progetto di stimolare la vivacità intellettuale, attraverso l'uso di materiale come il legno, das, carta pesta. Infine altro obiettivo di questo laboratorio è quello di approfondire le emozioni sollecitate, attraverso la scelta dei colo-

ri e dell'oggetto grafico, e sconfinare quindi dal clima emotivo individuale grazie al riconoscimento del confronto e il bisogno dell'altro che si crea all'interno del lavoro di gruppo ed iniziando così un dialogo con il mondo emozionale attraverso l'espressione grafica. Altrettanto attivo è il laboratorio di florovivaismo dove avviene la lavorazione di vasi in terracotta, coltivazione di semi, bulbi e piante. L'attività, curata dagli educatori, viene iniziata nel laboratorio e poi ultimata nella serra. Il progetto del florovivaismo ha lo scopo di supportare e quindi potenziare le capacità cognitive quali attenzione, concentrazione e, non ultime quelle motorie, come coordinazione oculo-manuale. Infine l'espletamento a piccoli gruppi di questa attività riabilitativa, consente al personale educativo di portare a termine un progetto riabilitativo qualitativamente ottimale e agli utenti di sviluppare, con migliori risultati, la socializzazione e la relazione interpersonale in un gruppo di lavoro.

Altre attività riabilitative altrettanto funzionali sono quella fisokinesiterapica e quella psicomotoria, curata rispettivamente dalla dott.ssa Bosowka e dalla dott.ssa Viola, per il recupero dei deficit motori e per il potenziamento delle funzioni motorie conservate. La disciplina di fisiokinesiterapia, attiva già da un po' al centro ANFFAS, si propone di favorire lo sviluppo di abilità di base (grosso-motorie, fino-motorie, di coordinazione motoria, acquisizione dello schema corporeo) attraverso l'uso di specifiche attrezzature riabilitative di cui è fornito il centro come lettino tipo Bobath e palloni tipo Bobath e, non ultimo, tramite tecniche di



abilitazione-riabilitazione neuromotorie e/o cognitive, che mirano al raggiungimento di autonomie in riferimento all'età e al tipo di patologia. Le tecniche utilizzate nell'attività psicomotoria (massoterapia, rieducazione funzionale attiva e passiva) sono atte allo sviluppo sia delle abilità motorie di base (grosso-motorie, fino-motorie, posturali, propriocettive) che di quelle cognitive (classificazione, associazione, logiche). I favorevoli risultati ottenuti da questa attività riabilitativa derivano dal fatto che la terapia è strettamente individuale per ogni utente e accreditata chiaramente ad un miglioramento motorio individuale e ad una migliore qualità di applicazione dell'attività riabilitativa per ogni utente. Infine un'attenta osservazione medica e para-medica è presente al centro, rappresentata rispettivamente dalla dott.ssa Mezzatesta E. e dall'infermiera professionale Mercurio MG. Nello specifico gli utenti vengono sottoposti a controlli medici giornalieri (misurazione di PA, Fc), a screening osservazionali e, non ultimo, ad esami di laboratorio trimestralmente, a visite specialistiche cardiologiche, dietologiche e/o dermatologiche qualora ci fosse l'indicazione medica.

Per corrispondenza: ANFFAS Viale Giostra, Alto Ritiro, 98152 Messina-090.361038.

\*Direttore Sanitario dell'ANFFAS di Messina

## Counseling, diagnosi e cura delle MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE.

*Ambulatorio operativo MTS  
presso l'U.O.C. di Dermatologia  
del Policlinico*

Il panorama delle infezioni sessualmente trasmesse (MST) appare, oggi, più ampio e complesso rispetto agli anni precedenti poiché le malattie veneree classiche (sifilide, gonorrea, ulcera molle, linfogranuloma venereo) ritenute praticamente scomparse e, pertanto, di scarso riscontro ed esperienza clinica sono, viceversa, in costante aumento: a) nel mondo, secondo l'OMS, la sifilide colpisce circa dodici milioni di persone, b) in Europa orientale (ex-blocco sovietico) l'incidenza della malattia è passata dal 5-15 per cento mila del 1990 al 120-170 per cento mila alla fine del decennio, c) in Inghilterra 132 casi osservati nel 1995 e ben 326 nel 2000 (dati analoghi vengono riportati in Francia e Svezia).

Senza entrare nel dettaglio per singola malattia, l'attuale emergenza è certamente riconducibile alle mutate condizioni socio-culturali con un'incidenza sempre crescente di comportamento omo-bisex, attività pluri-partners, HIV +, rapporti orali, uso di ecstasy, facilità di spostamenti da una parte all'altra del pianeta per motivi lavorativi e/o turismo sessuale, precocità anagrafica nei primi rapporti, l'uso della pillola contraccettiva, promiscuità, prostituzione non controllata, inadeguate campagne di informazione, specie tra i giovani.

Per fronteggiare questa nuova emergenza di salute pubblica quanto mai necessario appare l'intervento dello specialista, teso a monitorare, valutare e dare indicazioni precise in tema di prevenzione e trattamento delle MST. Queste malattie, infatti, sono prevenibili in quanto la trasmissione avviene quasi esclusivamente per via sessuale e, mentre la prevenzione primaria contempla un aumento del livello di informazione, l'acquisizione di abilità comportamentali, l'accessibilità a presidi biomedici, la prevenzione secondaria evita che il soggetto affetto da una MST trasmetta l'infezione ad altri condividendo servizi specialistici interdisciplinari: una diagnosi precoce comporta, infatti, una riduzione del periodo di contagiosità e, quindi, del tasso di riproduzione della malattia.

L'attivazione, pertanto, dell'ambulatorio dedicato alle malattie a trasmissione sessuale non riguarda tanto la diagnosi di MST, di fatto praticata nella quotidiana attività ambulatoriale, quanto e soprattutto il counseling teso ad un rapporto più personalizzato ed esplicativo degli aspetti peculiari della prevenzione sia primaria che secondaria

Tale ambulatorio, a cui si accede con regolare impegnativa per visita dermatologica, si svolge presso l'U.O.C. di Dermatologia del Padiglione H (IV° piano) del Policlinico Universitario di Messina tutti i lunedì mattina, dalle ore 10.00 alle ore 13.00, previa prenotazione effettuabile dalle ore 9.00 alle ore 12.30 presso l'accettazione dell'Unità Operativa di Dermatologia o telefonando al n. 090.2213933 nella stessa fascia d'orario.

