



settembre
ottobre
2008

4

Borse Carrozza - Pollicino
per la ricerca oncologica



Sicurezza negli studi e negli ambulatori

Scoagulare o non scoagulare?

Sturniolo,
presidente dei chirurghi siciliani



Terapia medica della stipsi

Le ulcere vascolari

Ammi, al via il nuovo triennio



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)
europadue@europadue.191.it

Stampa: Grafo editor s.r.l. - tel. 090 2931094
info@grafoeditor.it www.grafoeditor.it

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

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



sommario

1

Messina
medica

Settembre
Ottobre
2008

*Lettera aperta del Presidente dell'Ordine in riferimento
alle dichiarazioni rilasciate a Radio Radicale dal ministro Renato Brunetta.*

Mi sarei aspettato un maggiore equilibrio da un Ministro della Repubblica. Ma purtroppo è ormai chiaro che alla pacatezza ed alla moderazione si preferiscono metodologie comunicative che pongono l'accento sull'aggressione, sulle negatività e sugli insulti piuttosto che su adempimenti costruttivi e meritori. Vedere riportati sui quotidiani termini quali "macellaio" oppure concetti del tipo "quanti ne ha ammazzati" riferiti a dei professionisti espressi nel corso di un'intervista rilasciata a Radio Radicale dal Ministro per la pubblica amministrazione e l'innovazione lascia a dir poco esterrefatti, sconcertati, sbigottiti e mortificati. Lo svarione mediatico in cui è incaputo il Ministro ha origine probabilmente nel bisogno urgente demagogico e populista, avvertito come prioritario, di "cavalcare la tigre" degli scontenti comunicando concetti complessi sintetizzati in frasi "iconiche" capaci di colpire l'attenzione e la curiosità di chi ascolta. Questo tipo di procedure comunicative, può rappresentare però un boomerang determinando lo svilimento ed il fallimento delle iniziative, seppur meritorie, in linea di principio e lo screditamento delle istituzioni che si rappresenta.

In primo luogo si ingenera una falsa aspettativa all'utenza presupponendo che applicando esclusivamente asprezze normative e sanzionatorie al fine di colpire i disonesti o i meno preparati (il famoso bastone) si possano ottenere risultati positivi. Questo tipo di procedure, invece, non fa altro paradossalmente che vessare i migliori, gli onesti e quindi chi in sostanza "tira avanti il carrozzone", portandosi addosso il fardello di quelli che il Ministro chiama "fannulloni".

Anche la "trovata" di voler pubblicare i curricula, le pubblicazioni ed i "punteggi" (quali e su quali basi) dei singoli iscritti agli Ordini potrebbe ancora avere una valenza

Gli indicatori di qualità

di Nunzio ROMEO

qualora il Paziente scegliesse il medico da cui farsi curare in funzione delle graduatorie stilate sulla base di punteggi generati da indicatori, ma non è così.

Per fortuna questo tipo di scelte nasce nella gran parte dei casi attraverso una empatica relazionalità propria dell'alleanza terapeutica che vede il professionista combattere accanto al Paziente contro la malattia.

Ma quali dovrebbero essere poi gli indicatori di valutazione delle capacità professionali? Purtroppo nel campo della

medicina non sempre 2+2 è uguale a 4.

Non si può trattare con una matematica elementare problemi complessi come la salute della gente.

Questi concetti sono molto lontani dal modo di pensare degli economisti ed ancor più dei politici. Ad esempio si sente spesso in bocca a rappresentanti di queste categorie l'indispensabilità del "diritto alla Salute". Ma pensandoci per un attimo è come se dicessimo di avere tutti il "diritto all'intelligenza". Eppure quante volte ci è stato sbandierato demagogicamente il diritto per tutti alla salute? Sono tempi difficili per la nostra società, di risorse limitate e di richieste sempre maggiori e sempre più impegnative per una sanità "low-cost" come la nostra.

Una società dove tutto deve essere misurato, anche valori che non possono esserlo, ecco perché l'invenzione dei DRG, cui corrisponde una parametralizzazione esasperata in tariffe che portano ad essere sempre più "bravi" degli altri a produrre



Assemblea elettorale

per il rinnovo delle cariche ordinistiche

Non essendo risultata valida l'assemblea elettorale del 20, 21 e 22 settembre 2008 per il mancato raggiungimento del quorum dei votanti, si comunica che le assemblee elettorali per il rinnovo delle cariche ordinistiche (triennio 2009-2011) si svolgeranno:

in SECONDA CONVOCAZIONE

presso la sede dell'Ordine
via Bergamo, is. 47 nei seguenti giorni:

**sabato 18, domenica 19
e lunedì 20 ottobre**
dalle ore 9 alle 20

sempre di più, perdendo di vista l'obiettivo della professione di Ippocrate che è quella di curare il Paziente e non la malattia.

Questo tipo di esasperazioni contabili portano poi a fenomeni perversi come quelli osservati nella ormai tristemente famosa Clinica Santa Rita di Milano in linea con un Sistema Sanitario che non mira alla guarigione della malattia, ma che spesso produce patologie o sospetti diagnostici che necessitano di esami sempre più sofisticati e sempre più costosi, talora inutili: alla faccia del risparmio.

La classe medica paga ancor più lo scotto di una gestione di una cosa pubblica gestita dai politici con tutti i costi e le modalità relazionali ad essa collegati. Non è raro, infatti che questi si servano di indicatori "canaglia", attraverso i quali, per "estrema sintesi" si procede a valutazioni quantitative e comparative (benchmarking), come per il caso del Prodotto Interno Lordo (il famigerato P.I.L.) che può determinare la fortuna o la disgrazia di una nazione.

Ma quale valore di crescita positiva (comunemente assegnata al PIL nell'accezione comune) può essere dato ad un indicatore che cresce dopo uno tsunami (a

causa delle aumentate attività lavorative necessarie per la ricostruzione) o in caso di aumento di inquinamento atmosferico (per la necessità di una maggiore attività lavorativa necessaria a curare le malattie da esso indotte)? Questo ci insegna, caro ministro, che bisogna stare attenti a scegliere i parametri di valutazione per comparare la produttività poiché ripeto, nel campo della sanità spesso ci si trova a dovere gestire valori non facilmente quantificabili. Propositi di programmi meritori, quindi, come la "moralizzazione delle attività" e la "incentivazione dei migliori" vengono vanificati da distorsioni comunicative che utilizzano aggettivi o frasi improprie ed offensive proprio contro quelle persone che si vorrebbe premiare ed incentivare. A chi giova tutto questo, caro ministro? Penso che tra qualche giorno assisteremo ad una ritrattazione delle posizioni come spesso accade oggi, sulla base di fraintendimenti ed incomprensioni mediatiche. Del resto abbiamo assistito, non più di qualche mese orsono, ad una macroscopica ritrattazione nei confronti dei donatori di sangue, assimilati ai "furbacchioni" con poca voglia di lavorare.



Dopo anni in cui il territorio è stato considerato la cenerentola nell'ambito della Sanità Pubblica ed in cui gli specialisti ambulatoriali interni sono stati discriminati, quasi fossero professionisti di minor valore, negletti ed un po' parassiti, si assiste alla rivalutazione dell'area. Tale fenomeno nasce da constatazioni di economia sanitaria e, non secondariamente da motivi di opportunità di politica sociale.

Nei decenni scorsi, ed i risultati sono sotto gli occhi di tutti, era prassi consolidata che ogni esponente politico di spicco tentasse di far ricadere nell'ambito della propria ingerenza una struttura sanitaria. Questa diveniva fonte di differenziazione e di potenziamento dell'offerta sanitaria per l'utenza di quella zona, ma anche, e soprattutto, fonte di consensi elettorali presenti e

La specialistica ambulatoriale interna

di Carmelo STAROPOLI *

futuri. Si otteneva quindi la tendenza alla parcellizzazione degli interventi in tema di sanità nel territorio con la creazione di un numero elevato di presidi, seppur spesso con carenza di figure specialistiche di riferimento nelle varie branche. Oggi l'acquisita consapevolezza dell'erronea considerazione della visione ospedale-centrica e delle sue reali implicazioni nell'ambito della gestione territoriale della sanità ha condotto alla rivalutazione dei poliambulatori e della loro funzione di frontiera e di filtro proprio nei confronti dell'ospedale. Dai ricoveri impropri alla gestione dell'attività clinico strumentale, dal trattamento domiciliare delle patologie croniche e geriatriche alla riabilitazione ambulatoriale e domiciliare è stato un fiorire di competenze già degli specialisti del territorio, ma da troppo tempo esauriti dalle stesse. La presenza di professionalità sanitarie con

esperienza in varie branche, quindi, consente di poter, se opportunamente indirizzate, contrarre spese e tempi di intervento con miglioramento del servizio per l'utenza, ma anche per le casse delle Aziende USL. Tutto ciò è ben noto agli addetti ai lavori!!!

Spesso però, mentre le idee di massima sono corrette e condivisibili, di fatto la realtà quotidiana è decisamente diversa. A fronte di tante parole non vi è un fattivo potenziamento dell'offerta di assistenza specialistica territoriale. Non vengono quasi mai sfruttate al massimo le possibilità che uomini e mezzi di fatto possono fornire. In fondo ci vuol veramente poco per utilizzare a pieno regime un ecografo e costa sicuramente meno fornire di RMN un poliambulatorio rispetto al costo reale in termini di ricoveri ed allungamento delle liste di attesa ospedaliere per eseguire esami ormai entrati a pieno titolo nella diagnostica di routine. L'attività specialistica in ambito domiciliare, poi, permette anche un sostegno estremamente valido nel periodo post dimissionale ospedaliere e nelle realtà residenziali. A conti fatti, nessuno me ne voglia, la specialistica è uno dei pochi, se non l'unico, settore del SSN ad essere produttivo in termini economici. Per poter migliorare ed ottimizzare questa realtà operativa, però, mancano i supporti organizzativi e logistici di base. Necessita una rete informatica diffusa con possibilità di una banca dati centralizzata, distretto per distretto, dove possono interagire dal medico di base allo specialista ambulatoriale ai singoli ospedali. Così facendo in tempi reali si possono sapere dai dati anamnestici alle indagini strumentali eseguite con decremento dei tempi operativi di gestione del pz. e con riduzione delle spese inadeguate e ridondanti. Da tale rete resterebbero fuori solo le indicazioni effettuate da singoli specialisti privati e da strutture ospedaliere private non convenzionate. Cliccando cioè potremmo sapere in tempo reale tutto sul paziente, che abbiamo di fronte e

* Incarico nazionale al dott. Carmelo Staropoli, che è stato nominato componente della commissione del convenzionamento della Cisl medici. In questo ruolo parteciperà attivamente ai lavori della delegazione per il rinnovo del contratto degli specialisti ambulatoriali.

dovremmo solo aggiungere ciò che è di nostra pertinenza riducendo anche la parte cartacea che è sicuramente ampiamente impegnativa. Dovrebbe inoltre essere un impegno prioritario dei direttori generali delle aziende sanitarie, quello di adottare gli strumenti e di mettere a punto le modalità per l'attuazione di una costante innovazione tecnologica, consentendo una riduzione della dispersione dell'attività diagnostica e promuovendone il miglioramento anche in termini di standards qualitativi. Non ultima le possibilità di valorizzazione e di potenziamento della telemedicina, che ormai dalla fase sperimentale (limitata in genere alle zone montane ed alle isole minori) potrebbe passare a quella di attuazione diffusa anche nelle strutture poliambulatoriali. L'innovazione tec-



nologica mirata e controllata è l'unica risposta possibile alla complessità dei moderni problemi assistenziali. Essa ottimizzando i tempi rappresenta, paradossalmente l'unica soluzione per poter recuperare una dimensione più umana della relazione medico paziente.

Mi associo, inoltre, ai limiti di fattibilità, da più parti del mondo sanitario avanzate, sul progetto della "casa della salute". Di fatto così come strutturata, sembra confondersi l'aggregazione di più operatori sanitari (medico di famiglia, speciali sta ambulatoriale, continuità assistenziale, territoriali d'emergenza) e con la loro reale integrazione, che è cosa assai più complessa ed operosa. Innanzitutto ricorda tanto un mini ospedale territoriale e poi indica un luogo fisico dove concentrare in maniera probabilmente poco organica la fornitura dell'attività sanitaria del territorio. Non si ottiene un miglior rapporto tra le diverse figure professionali territoriali solo perché vengono concentrate nelle stesse strutture, che in molti casi vanno create, con conseguenti ulteriori e notevoli investimenti economici. L'attenzione maggiore d'altro canto viene catalizzata dalle patologie croniche in continuo aumento dato l'incremento dell'età media della popolazione. Per queste ogni anno vengono ad essere sempre più investite risorse economiche ed umane. Se non

gestite oculatamente, pertanto, possono determinare enormi sprechi senza vantaggi reali per l'utenza. E' da imitare in tema di cronicità e di patologie neoplastiche quanto da parecchi anni viene attuato dalla Regione Veneto, cioè l'ospedalizzazione a domicilio, che permette con gli ottimi risultati ottenuti, il superamento proprio delle maggiori cause di aumento della spesa nel settore specifico. Di fatto è stata ottimizzata la gestione della sanità nell'ambiente in

cui il paziente vive adeguandola di volta in volta alla realtà dello stesso al suo vissuto.

Solo una diffusa medicina territoriale dunque, può ridurre le ingenti spese ospedaliere. Non si potranno creare i poli d'eccellenza ospedaliere, finché esisteranno reparti che effettuano diagnostica routinaria. I ricoveri "per accertamenti" degli anni '80

non hanno più ragione d'essere. Il paziente deve essere sottoposto alle indagini strumentali a livello territoriale da specialisti ambulatoriali e a tempi di attesa azzerati e solo nei casi non gestibili in situ andare sottoposti a trattamento specialistico in clinica con ipotesi diagnostica già formulata concretamente. Bisogna in altri termini creare per il territorio una valenza nuova, che a differenza di quell'istituzione definita e canonizzata che è l'Ospedale, deve avere un dinamismo ed un carattere di estrema funzionalità, ma di grande essenzialità. Infatti è in atto una realtà ancora disgregata, poliedrica e multiforme. Occorre integrare e produrre modelli organizzativi che scaturiscano dalle singole peculiarità delle figure professionali coinvolte nel processo di integrazione attraverso flussi di formazione e di informazioni sostenuta da adeguate dotazioni organiche. Non servono in fondo concetti astratti di sanità, asettica, lontana dalla realtà della quotidianità della sofferenza del singolo, ma è utile recuperare da un lato la professionalità della quale sempre più veniamo delegittimati e dall'altro quella umanità che fa della professione del medico un autentico baluardo, senza considerare l'individuo che soffre come il cliente di un qualunque supermercato che compra un bene di consumo, chiamato salute.



Sono tre quest'anno i vincitori delle Borse di Studio della Fondazione "Carrozza San Leonardo Pollicino", consueto appuntamento per la Città che consolida un rapporto con la Facoltà medica, cui l'ente rivolge l'attenzione, promuovendo diverse attività nel ricordo dell'avv. Francesco Pollicino, noto professionista, messinese autentico, la cui storia fu caratterizzata da rigore morale e semplicità di vita; esistenza condivisa con la moglie Micheli-
na Carrozza di San Leonardo. Non hanno avuto figli e hanno voluto destinare il loro cospicuo patrimonio alla ricerca.

Gli assegnatari dell'edizione 2008 sono Libero Santarpia per un progetto negli Usa nell'ambito dell'endocrinologia molecolare per il cancro (25000 euro); Sergio Maimone per la ricerca farmaceutica clinica e sperimentale in epatologia da svolgere nell'Università di Messina (12500 euro); Marcello Maugeri Saccà per la ricerca in oncologia medica sempre nel nostro Ateneo (12.500 euro). Alla cerimonia di consegna, nell'Aula Magna dell'Università, presieduta dall'avv. Giuseppe Wrzy, Presidente della Fondazione, ha partecipato il Rettore prof. Francesco Tomasello. "L'università deve avere come unico scopo - ha ricordato il Magnifico - quello della promozione della cultura, del progresso scientifico, l'incentivazione della ricerca, da cui derivano servizi per la gente che ne ha bisogno, da qui l'importan-

za di manifestazioni come quella di oggi". Dopo l'intervento del prof. Francesco Trimarchi, che ha portato i saluti dell'Ordine dei Medici di Messina, l'avv. Wrzy ha parlato di un importante progetto della Fondazione, quello di creare un villaggio turistico nella zona di Roccalumera, che dovrebbe essere inaugurato il prossimo anno col fine di incrementare le risorse

Borse Carrozza - Pollicino per la ricerca oncologica

di Massimiliano CAVALERI

economiche dell'ente, quindi le somme da destinare alla promozione scientifica. L'obiettivo è evitare la "fuga di cervelli" da Messina, difatti il concorso aumenta ogni anno le borse a disposizione, da utilizzare sia per la ricerca all'interno del nostro ateneo che all'estero.



*Sopra, il prof. Trimarchi,
l'avv. Wrzy
e il Rettore Tomasello.
Sotto, i premiati
con i membri
della Fondazione*

Dottorati in medicina sociale e preventiva

Si informa che l'Università di Messina ha istituito il XXIV ciclo relativo alle scuole di dottorato di ricerca in "medicina sociale e preventiva", nel cui ambito afferisce il dottorato in "igiene applicata". Tale dottorato, che avrà sede presso l'AUO Policlinico di Messina, promuoverà indagini di ricerca di laboratorio finalizzate alla valutazione e alla gestione del rischio microbiologico, ed inchieste statistiche ed epidemiologiche sul ter-

ritorio realizzate ai fini della prevenzione di patologie ad alto impatto sociale o dell'acquisizione di dati demografici di particolare interesse. La presentazione delle domande scade il 9 ottobre 2008.

Gli eventuali interessati potranno visionare il bando di concorso su internet all'indirizzo www.unime.it, o contattando il coordinatore prof. Delia Santi Antonino ai numeri 090- 2212444; 090-2217096 o ai seguenti indirizzi e-mail: adelia@unime.it; plagana@unime.it.

Il programma d'esame potrà essere visionato presso il dipartimento di igiene, Torre biologica del Policlinico.

In ottemperanza a quanto disposto dall'Assessorato per la Sanità ispettorato Regionale Sanitario, con nota prot. no DIRS/212326 del 20/06/2002, avente ad oggetto le modalità di distribuzione dei ricettari di cui alla legge 08/02/2001 n° 12, e di quanto previsto dalla Legge 49/06, per la prescrizione di medicinali stupefacenti, si comunica che i suddetti ricettari potranno essere ritirati pres-

Ricettari per medicinali stupefacenti

so il Dipartimento Farmaco ex P.O. Mandalari Viale Giostra Messina (tel. 090 3653903), nei giorni da lunedì a venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00. Nei giorni di martedì e giovedì i ricettari potranno essere ritirati anche dalle ore 15,30 alle ore 17,30). La consegna avverrà a cura del funzionario Dr.ssa Scirnone Flavia ed, in sua assenza, dalla Dr.ssa De Domenico Emma.

Com'è noto, a partire dal 1° gennaio 2008 il codice Iban ha sostituito in tutti i servizi di incasso e pagamento anche sul territorio nazionale tradizionali coordinate bancarie, ABI CAB numero di conto oggi incorporate nel citato codice.

Per un periodo transitorio la cui scadenza è stata fissata al 1° giugno 2008, peraltro, i bonifici disposti senza indicazione del codice Iban saranno ancora accettati, in via eccezionale, dal sistema bancario.

Tuttavia, per favorire il cambiamento e per evitare disagi, è stata sviluppata una procedura elettronica interbancaria che sostituisce in automatico le vecchie coordinate con l'Iban, anche negli archivi degli Enti pensionistici quali l'ENPAM.

In tal modo non sarà compromessa la puntuale esecuzione dei pagamenti dei ratei pensionistici né è posto alcun adem-

Passaggio all'Iban

pimento in capo ai pensionati di questa Fondazione. Conseguentemente sono tenuti a comunicare tempestivamente il nuovo codice Iban solo gli iscritti seguito di fusioni tra diversi Istituti di credito ovvero gli iscritti che chiedono l'accREDITAMENTO della pensione su un conto corrente bancario diverso da quello a suo tempo indicato.

Esclusivamente in tali casi, perciò, dovrà essere inoltrato all'Ente, a mezzo posta c/o a mezzo fax ai seguenti numeri 06 48294715 - 06 48294717, il nuovo codice Iban.





Dal 15 giugno 2008 è in vigore il d.lgs. 81/2008, il cosiddetto "Testo Unico" sulla sicurezza negli ambienti di lavoro. Alcune cose sono cambiate rispetto al d.lgs. 626/94 e parte di queste riguardano i Medici titolari di studi ed ambulatori ed in particolare chi ha alle proprie dipendenze lavoratori, anche uno solo e part time! Il tutto deriva dalle definizioni date all'art. 2 comma 1 lettere a), b) e e) di seguito riportate: a) «lavoratore»: persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione, anche al solo fine di apprendere un mestiere, un'arte o una professione, esclusi gli addetti ai servizi domestici e familiari. Al lavoratore così definito è equiparato: il socio lavoratore di cooperativa o di società, anche di fatto, che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso; l'associato in partecipazione di cui all'articolo 2549, e seguenti del codice civile; il soggetto beneficiario delle iniziative di tirocini formativi ... ; l'allievo degli istituti di istruzione e universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alle strumentazioni o ai laboratori in questione; b) «datore di lavoro»: il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore o, comunque, il soggetto che, secondo il tipo e l'assetto dell'organizzazione nel cui ambito il lavoratore presta la propria attività, ha la responsabilità dell'organizzazione stessa; e) «azienda»: il complesso della struttura organizzata dal datore di lavoro pubblico

o privato.

Quindi il medico titolare di un rapporto di lavoro con il lavoratore che esercita un'attività presso la propria struttura organizzata è, a tutti gli effetti il "datore di lavoro" in una "azienda" in cui operano "lavoratori".

Deriva da qui l'obbligo ad adempiere a tutti gli obblighi dettati dal D.Lgs. 81/2008 anche perché con l'art. 3 comma 1 si precisa che il decreto "si applica a tutti i

Sicurezza negli studi e negli ambulatori

di Giovanni CAMINITI

settori di attività, privati e pubblici, e a tutte le tipologie di rischio"; ed con il comma 4 specifica che il "decreto legislativo si applica a tutti i lavoratori e lavoratrici, subordinati e autonomi, nonché ai soggetti ad essi equiparati". Il medico, nella qualità di datore di lavoro, ha quindi due obblighi che lo stesso decreto definisce "non delegabili": 1) "la valutazione

di tutti i rischi con la conseguente elaborazione del documento" sulla valutazione del rischio. (N.B. non è prevista la valutazione del rischio senza la compilazione del "documento" come consentito in alcuni casi dalla 626/94); 2) la designazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione dai rischi (questo incarico può essere assunto dallo stesso medico, purché ne possieda i requisiti).

Seguono una serie di obblighi, questi delegabili, a cui adempiere; tra gli altri nominare il medico competente per l'effettuazione della Sorveglianza sanitaria, e i lavoratori addetti a persone o servizi esterni non è per questo esonerato dalla propria responsabilità in materia. Alla gestione delle emergenze (incendi, evacuazione ...) nonché adottare le adeguate misure per un'agevole attuazione di questi interventi; formare i lavoratori addetti ai diversi incarichi; fornire ai lavoratori adeguati "mezzi di protezione individuali" se necessari. In ogni caso, anche se il "datore di lavoro" ricorre "all'ausilio di persone o servizi esterni non è per questo esonerato

dalla propria responsabilità in materia". Comunque il medico potrà svolgere direttamente i compiti propri del servizio di prevenzione e protezione dai rischi, di primo soccorso, nonché di prevenzione incendi e di evacuazione. Per fare questo dovrà frequentare corsi di aggiornamento.

Fermo restando l'obbligo a rispettare le leggi, rende "urgente" l'adeguamento a questa normativa il pesante regime sanzionatorio applicato alle inadempienze. Per citare una sola delle sanzioni previste, che valga da esempio per tutte: "E' punito con l'arresto da quattro a otto mesi o

con l'ammenda da 5.000 a 15.000 euro il datore di lavoro che omette la valutazione dei rischi e l'adozione del relativo documento" Se non bastasse, "E' punito con l'ammenda da 3.000 a 9.000 euro il datore di lavoro che non redige il documento di valutazione dei rischi". Fosse utile altro

esempio: la mancata nomina del medico competente è punita con l'arresto da tre a sei mesi o con l'ammenda da 3.000 a 10.000 euro

Il nuovo "testo unico" sulla sicurezza comporta quindi anche ai medici la obbligatorietà di adempiere a tutti gli obblighi sanciti relativi alla sicurezza. Per piccola che sia l'"azienda" del medico l'adeguamento diviene obbligatorio soprattutto perché il settore "sanità" è uno tra quelli considerato a maggiore rischio. L'ottenimento del titolo di RSPP (responsabile del servizio di protezione e prevenzione) è infatti tra i più onerosi in termine di durata dei corsi di formazione.

Per agevolare i medici che avessero interesse ad acquisire il titolo la "Fondazione Cultura e Salute" dell'Ordine dei medici sta progettando un corso specifico per il quale verrà effettuato anche accreditamento ECM.



Misure di rilievo per medici e odontoiatri

Sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 147 del 25 giugno 2008 supplemento ordinario n. 152 è stato pubblicato il Decreto Legge n. 112/2008 recante: "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione, tributaria. Il provvedimento indicato in oggetto, tra l'altro, prevede misure di rilievo sia per la categoria medica e odontoiatrica che per le pubbliche amministrazioni. Tra le misure che si ritengono di particolare interesse, l'art. 32 prevede l'abrogazione delle norme sulla tracciabilità dei pagamenti ai professionisti; viene di fatto soppressa la norma di cui all'art. 35, comma 12, del d.lgs. 223/06 che stabilisce che i compensi in denaro per l'esercizio di arti e professioni sono riscossi mediante assegni non trasferibili o bonifici ovvero altre modalità di pagamento bancario o postale nonché mediante sistemi di pagamento elettronico, salvo per importi unitari inferiori a 100 euro. Viene poi ovviamente abrogato anche l'art. 35, comma 12 bis, del d.l. 223/06 che prevede le date per l'andata a regime della tracciabilità. E' possibile scaricare dal sito dell'ordine www.omceo.it per il resto intero della legge.



Pantaloni anti frattura

Si chiamano Mast (medical anti shock trousers) e sono pantaloni antifrattura facili da applicare e in grado di aumentare la resistenza periferica degli arti. Di tessuto ampio e morbido, contengono ammortizzatori gonfiabili che vanno posizionati nella regione che circonda il collo del femore. Di questo presidio e delle sue capacità di ridurre l'impatto che si ottiene nella caduta del paziente anziano, e con ogni probabilità, anche l'eventuale frattura, si è discusso nel meeting partenopeo "Fratture di collo e femore: attuali orientamenti di prevenzione, trattamento e riabilitazione", organizzato dal prof. Aldo Bova, direttore dell'Ortopedia e traumatologia dell'ospedale "San Gennaro" di Napoli.



Autocertificazione medici competenti

Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali - Dipartimento della prevenzione e comunicazione direzione generale della prevenzione sanitaria ha provveduto ad elaborare l'apposita modulistica (All. n. 1) relativa alla autocertificazione di cui all'art. 25, comma 1 lett. n). Come noto infatti fra gli obblighi del medico competente vi è quello di comunicare mediante autocertificazione il possesso dei titoli e requisiti, di cui all'art. 38 al Ministero della salute entro il termine di sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto indicato in oggetto.

Si precisa, inoltre, che la Direzione Generale della prevenzione sanitaria sottolinea che in caso di mancata ricezione della ricevuta di ritorno, per avere conferma dell'avvenuto inserimento nell'elenco nazionale dei medici competenti, gli interessati potranno telefonare al n. 06.59943821 o inviare una richiesta e-mail all'indirizzo: r.pesce@sanita.it

E' possibile scaricare dal sito del Ministero il fac-simile dell'autocertificazione oppure richiederlo presso gli uffici dell'Ordine.

I nuovi vertici siciliani della FIMP

Nella seduta del Consiglio Regionale della FIMP Sicilia del 29 maggio 2008, regolarmente convocata ed insediata, si è proceduto, in quanto all'ordine del giorno, alla elezione dei Vertici Statutari Regionali, sulla scorta dell'esercizio democratico del voto sono stati eletti. **Segretario Regionale:** Dott. Adolfo Francesco Porto: adoporto@tin.it - via Catania n.497- palazzo Palano - cell. 337 953143 fax 090 695801 - MESSINA - **Vice - Segretario Regionale:** Dott. Angelo Milazzo: amilazz@aliceposta.it via Palmanova n. 1 Tel. e Fax 095 7465336 - Cell. 3479413983 - CATANIA **Tesoriere Regionale:** Dott. Rolando Genovese: genovese@tin.it Via Angelo Musco, 11 - Tel. 0932 654628 - Cell. 333 011233500 - RAGUSA

1° Trofeo Velico degli Ordini Professionali della Regione Sicilia

Lunedì 1° settembre presso l'Hotel Hilton di Portorosa si è tenuto un incontro organizzativo relativo al 1° Trofeo Velico degli Ordini Professionali della Regione Sicilia "Una vela per la solidarietà" che si svolgerà nelle acque del golfo di Patti nella prossima primavera. Dopo il successo registrato dalla precedente manifestazione che ha visto la presenza di 21 imbarcazioni nel corso del mese di aprile di quest'anno con la partecipazione di equipaggi provenienti esclusivamente dalla nostra provincia, si è pensato di riproporla a livello regionale, mantenendo sempre uno scopo solidaristico. Il comitato promotore è costituito dalla Fondazione Cultura e Salute - Onlus dell'Ordine dei Medici di Messina rappresentata dal dott. Mario Pollicita, dalla Lega Navale - sezione di Milazzo con il suo presidente, dott. Sebastiano Pistorio, dal Circolo del Tennis e della Vela di Milazzo con il presidente, ing. Alberto Bonaccorsi, la FIV (Federazione Italiana Vela) con l'ammiraglio Giovanni Iannucci, il Consorzio di Tindari Nebrodi con il Presidente Armando Lopes ed il consigliere di amministrazione Enzo Ioppolo. Alla riunione hanno partecipato l'Assessore allo Sport e Turismo della Provincia di Messina, dott. Rosario Catalfamo ed il consigliere provinciale Giovanni Princiotta. I presenti hanno ribadito i principi ispiratori della manifestazione ed è stato sottolineato come un evento di questa portata può favorire lo sport, il turismo ed avere finalità benefiche con ricadute positive sullo sviluppo del nostro territorio. Lo scopo sarà solidaristico, come per la scorsa edizione. Infatti quanto verrà raccolto sarà totalmente devoluto in favore della realizzazione di

“Una vela per la solidarietà”

di Mario **POLLICITA**

un laboratorio - dispensario nel Senegal a cui da tempo lavorano i padri missionari oblato di Maria Immacolata. Questo progetto è stato illustrato anche con l'ausilio di una breve proiezione da padre Sergio Natoli, responsabile regionale di questa congregazione missionaria, che ha saputo rappresentare in modo toccante le condizioni di vita ed alcuni problemi di quella popolazione. Lo stesso religioso ha sottolineato come la realizzazione di progetti simili possa realmente contribuire ad un effettivo miglioramento di tali problematiche. Tutti i partecipanti hanno riconfermato il proposito di dare il massimo apporto personale per la riuscita dell'evento ed in particolare il presidente del Consorzio di Tindari- Nebrodi , Armando Lopes e l'assessore provinciale allo sport e turismo, Rosario Catalfamo , hanno affermato la determinazione a sostenerlo anche per il loro ruolo istituzionale.

Va ricordato anche il notevole sostegno dato dalla direzione dell'Hotel Hilton di Portorosa che sponsorizzerà l'iniziativa concedendo gratuitamente i prestigiosi locali in cui si svolgerà la premiazione della regata.



"To be or not to be: this is the question".

Come il principe Amleto, nella tragedia di Shakespeariana memoria, all'inizio della prima scena del terzo atto si pone l'interrogativo esistenziale (il famoso dubbio amletico) del vivere (essere) o morire (non essere) che è alla radice dell'indecisione che gli impedisce di agire, così spesso il medico si trova nella delicata condizione se suggerire o meno (specie se il paziente è anziano) una terapia anticoagulante.

Nel caso di pericolo di trombosi (o embolia) imminente, il tipo di ipo-coagulabilità nonché l'assunzione per via orale sono elementi a favore dell'uso dei derivati del dicumarolo nelle cure anticoagulanti di durata anche molto lunga. E' anche vero, però, che, durante il

trattamento, si possono verificare degli inconvenienti e disagi come il rischio di evenienze emorragiche e la necessità, per il paziente, dei frequenti controlli dei parametri della coagulazione. Il meccanismo degli anticoagulanti orali è noto: agiscono ostacolando l'influsso della vitamina K sulle cellule epatiche ed impediscono così la sintesi completa dei fattori vitamina K dipendenti. Per raggiungere il pieno effetto sono necessari 3-4 giorni dall'inizio della terapia e per farlo cessare 2-3 giorni dalla sospensione. Forse meno nota è la necessità della somministrazione contemporanea di eparina quando è richiesto un effetto di anticoagulazione immediato. E questo perché, nelle prime 48 ore, oltre all'effetto anticoagulante (per l'inibizione dei fattori II, VII, IX, X) si produce anche un potenziale effetto trombogeno (paradosso biochimico) per l'ostacolo della sintesi di inibitori naturali della coagulazione (proteine C e S). Gli anticoagulanti orali, attualmente disponibili in Italia, sono il COUMADIN (warfarin) che si trova in compresse da 5mg e il SINTROM (acenocumarolo) che è commercializzato in compresse da 4 mg e da 1 mg. Si ricorda che una compressa da 5 mg di coumadin ha la stessa potenza anticoagu-

lante di 2,5 mg di Sintrom.

E' fondamentale assumere il farmaco in unica somministrazione, meglio se lontano dai pasti e nelle ore centrali del pomeriggio, in orario che consenta di modificare il dosaggio quando viene comunicato il risultato del controllo dell'INR del giorno stesso e senza rimandare al giorno successivo eventuali variazioni posologiche.

L'importanza della terapia con anti-coagulanti orali trova conferma nei pazienti

con protesi valvolari cardiache, con fibrillazione atriale e in quelli con recenti episodi tromboembolici; ma il problema maggiore è che essa è efficace solo se correttamente eseguita. Trattamenti che non garantiscono un INR (International Normalized Ratio) di almeno 2,5 sono inefficaci ma valori troppo elevati

espongono a rischio emorragico. Per questo è opportuno che il medico chiarisca lo scopo della terapia consigliata e la necessità del monitoraggio frequente dell' INR e fornisca al paziente una lista degli alimenti, delle sostanze e dei farmaci (anche della medicina alternativa) che interferiscono con il metabolismo dell'anticoagulante e ne modificano le concentrazioni plasmatiche. La dieta deve essere il più possibile equilibrata: sì a vegetali, frutta e latticini ma molta prudenza con l'assunzione di vegetali (verdure) a foglia verde (come cavolfiore, piselli, spinaci, lattuga, broccoli, cavoletti di bruxelles). Questi alimenti contengono alte percentuali di vitamina K e contrastano l'effetto dell'anticoagulante. L'alcool potenzia l'effetto degli anticoagulanti ma se ne può fare un uso moderato senza improvvise variazioni nelle quantità. Il "Gingko biloba" aumenta il rischio di emorragie; Il "Ginseng", invece, riduce l'INR. Alcuni farmaci modificano l'assorbimento, il legame con le proteine o il metabolismo determinando una variazione nella concentrazione plasmatica degli AO (interazione di tipo farmacocinetico). In questo caso è possibile controbilanciarne l'effetto variando opportunamente la dose

Scoagulare o non scoagulare?

di CAMPISI - LEMBO



dell'anticoagulante. Altri farmaci agiscono in modo sinergico o agonista con gli AO senza modificarne la concentrazione plasmatica (interazione di tipo farmacodinamico). In questo secondo caso i farmaci interferenti (come l'aspirina e la ticlopidina) vanno usati, in associazione con gli AO, con estrema cautela e solo in situazioni nelle

quali sia stata dimostrata la loro reale efficacia con un aumento trascurabile del rischio emorragico. Bisogna segnalare ancora quei farmaci che riportano in scheda tecnica l'assenza d'interazione con gli anticoagulanti orali, o, comunque, un profilo di sicurezza migliore rispetto alle altre molecole dello stesso gruppo terapeutico.

Le controindicazioni per l'uso degli anticoagulanti orali raramente sono assolute e includono: ipertensione grave non controllata, ictus non tromboembolici, ulcera peptica, epatopatia e nefropatia gravi, difetti emostatici preesistenti, non aderenza da parte del paziente. E' opportuno, ancora, ricordare le responsabilità legali per il medico quando prescrive una terapia con anticoagulanti orali. E' necessario un attento monitoraggio da parte del curante ed un'ottima compliance da parte del paziente per ottenere il miglior risultato con il minimo delle complicanze. Il controllo della TAO rappresenta, infatti, un atto medico che, se non correttamente gestito, può arrecare al paziente danni transitori o permanenti. In generale, ciascun medico dovrebbe mettersi nelle condizioni di poter dimostrare che il controllo della TAO viene eseguito sulla base delle conoscenze derivanti dalla letteratura medica e dalle raccomandazioni delle autorità scientifiche e sanitarie.

Ogni paziente deve avere una cartella clinica individuale in cui vengono registrati i dati dell'esame clinico iniziale, i successivi controlli clinici e di laboratorio con le prescrizioni della terapia e le convocazioni per i controlli successivi. Il medico deve informare il soggetto sui possibili rischi del trattamento e richiedere, all'inizio del trattamento, il consenso informato. Nonostante tutti gli sforzi possibili rimarrà comunque una percentuale, non bassa (circa un quinto secondo alcuni studi), di soggetti "destinati" all'insorgenza dell'e-

vento emorragico o tromboembolico, anche se la terapia anticoagulante viene condotta correttamente.

"Ogni cosa giace nel grembo degli Dei", scriveva Omero, come a voler significare che gli Dei assegnano all'uomo un destino che non può essere modificato.

Concezione fatalista della vita, quella del grande poeta greco, che un medico, che lotta con impegno e diligenza per impedire il sopravvento della malattia sulla salute, non può assolutamente accettare! In conclusione, sembra proprio che questa encomiabile tenacia dei medici nel voler offrire a questi malati, dal futuro spesso incerto, il massimo della moderna terapia medica non possa evitare lo Scilla della coagulazione senza rischiare di spostarsi sul Cariddi dell'emorragia. Forse la soluzione migliore sarà quella di individuare con una certa sicurezza i pazienti che potranno beneficiare del maggior risultato con il minor rischio.

Farmaci che aumentano l'effetto anticoagulante

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • allopurinolo e sulfipirazone • difenilidantoina • amiodarone • propafenone • chinidina • antibiotici (macrolidi, chinoloni) • metronidazolo, fluconazolo, ketoconazolo • clofibrato e gemfibrozil • Simvastatina, lovastatina, | <ul style="list-style-type: none"> • atorvatatina • omeprazolo • isoniazide • sulfaniluree • tamoxifene • barbiturici e carbamazepina • colestiramina • contraccettivi orali • rifampicina • sucralfato • vitamina K |
|--|---|

ACE inibitori	benazepril, fosinopril, quinazepril
Ansiolitici	lorazepam
Antagonisti angiotensina II	losartan, telmisartan, valsartan
Antibiotici	amoxicillina, bacampicillina, levofloxacina
Antidolorifici	metamizolo
Antileucotrienici	montelucast
μ- bloccanti	nebololo
Calcio antagonisti	felodipina, gallopamil
FANS	ibuprofene, diclofenac
Inibitori pompa protonica	pantoprazolo
Statine	pravastatina



La Suprema Corte sottolinea che, per ottenere il rispetto del dissenso terapeutico, non basta esprimere una "volontà ipotetica", magari frutto di una «cognizione dei fatti ideologica», Serve invece, un rifiuto motivato in grado di orientare il medico di fronte a chi non ha «consapevolezza della gravità delle proprie condizioni di salute». Ai seguaci di Ippocrate non si può chiedere di «presumere induttivamente la reale» resistenza delle convinzioni religiose di un paziente nell'improvviso insorgere di reale pericolo di



La Costituzione tutela chi non vuole curarsi

vita. Ma questo non vuol dire - prosegue la Casazione - che «in tutti i casi in cui il paziente è portatore di forti convinzioni etico-religiose si trovi in stato di inconscienza, debba perciò solo subire un trattamento terapeutico contrario alla sua fede». Per uscire da questa impasse e dal rischio che il diritto alla salute prevalga sul rispetto delle idee di chi è in agonia e non può difenderle, la Suprema Corte indica una strada. Anzi due: il paziente rechi in sé - suggerisce piazza Cavour - un'articolata, puntuale, espresa dichiarazione della quale inequivocabilmente emerge la volontà di impedire la trasfusione anche in pericolo di vita.

Sturniolo presidente della Società siciliana di chirurgia

In occasione del 51° congresso della Società Siciliana di Chirurgia, svoltosi a Siracusa dal 5 al 7 giugno, si sono svolte le elezioni per il rinnovo del consiglio direttivo. Con unanime consenso è stato eletto Presidente della Società il prof. Giovanni Sturniolo. Il prof. Giovanni Sturniolo è direttore della cattedra di Chirurgia generale dell'Università di Messina e responsabile della U.O.C. di Chirurgia generale a indirizzo endocrino della A.O.U. "G. Martino".

Il prof. Sturniolo vanta una lunga e brillante carriera universitaria; è socio di numerose Società Scientifiche italiane ed estere; ha curato la sua formazione chirurgica con numerosi periodi di frequenza presso Centri di eccellenza americani e francesi ed è autore di oltre 250 pubblicazioni scientifiche, molte delle quali apprezzate anche in campo internazionale. Durante il suo primo discorso nella qualità di Presidente della Società,

il prof. Sturniolo dopo avere rivolto un ringraziamento a tutti coloro che gli hanno voluto accordare la loro fiducia, ha tracciato le linee programmatiche preliminari del suo mandato per il biennio 2008-10.

- potenziare la crescita della Società sotto ogni aspetto soprattutto in quello Scientifico e dando maggiore spazio ai giovani che, fonte inesauribile di idee, costituiscono la linfa vitale e il futuro della Società.

- rappresentare il presidente di tutti i soci, qualunque sia la loro appartenenza, cercando di difendere con ogni mezzo la dignità e la unione della Società.

- garantire il massimo rispetto di quello che è lo scopo della Società, riportato nell'articolo 3 dello Statuto: "Scopo della Società è di assicurare la collaborazione e la solidarietà tra i chirurghi siciliani e di favorire il loro aggiornamento professionale". La nuova giunta della Società Siciliana di Chirurgia risulta così costituita: vicepresidenti: prof. Giuseppe Buscemi (Pa) e dott. Alfio Saggio (Ct); consiglieri: dott. Cardì Francesco (Ct), prof. Gaetano Catania (Ct), dott. Antonino Ferro (Pa), dott. Angelo Giudice(Sr), dott. Vincenzo Morici (Taormina), dott. Armando Speciale (Pa); segretario: dott. Filippo Taranto (Me).



Il prof. Giovanni Sturniolo

A luglio si è svolto a Messina la V Conferenza sulle "Terapie integrate in oncologia", organizzata dal prof. Vincenzo

Adamo, direttore della Scuola di specializzazione di oncologia del nostro Ateneo, cui hanno preso parte illustri esperti oncologi, radioterapisti, chirurghi ed patologi italiani e stranieri. L'edizione è stata arricchita dalla partecipazione ad ogni sessione dell'anatomo patologo, il cui ruolo è sempre più cruciale per un'adeguata programmazione terapeutica, e da un confronto tra esperti italiani e stranieri. Dopo la cerimonia inaugurale all'Aula Magna dell'Università di Messina, il convegno si è aperto con la sessione sulla neoplasia mammaria operabile nelle pazienti giovani, in cui ha un ruolo

Terapie integrate in oncologia

essenziale l'integrazione tra la chirurgia, sempre più conservativa, radioterapia e terapia medica, sia antibla-

stica che ormonale. Le problematiche del tumore del retto avanzato resecabile sono state oggetto della seconda sessione, in cui si è discusso sull'importanza di una chirurgia conservativa, mentre nella successiva tavola rotonda sulla neoplasia dell'ovaio e la rilevanza della chirurgia citoreduttiva primaria. Altra sessione sulle problematiche della neoplasia mammaria operabile nella anziana, con particolare attenzione all'impatto dell'utilizzo nella pratica clinica dei nuovi farmaci biologici quali il Trastuzumab, tematica affrontata anche nel confronto conclusivo tra il dott. E. Ricevuto e il prof. A. Howell, (Università di Manchester), che ha sottolineato la difficoltà per il servizio sanitario inglese a supportare il trattamento oncologico della paziente anziana. Nelle successive sessioni: problematiche dell'integrazione nel tumore gastrico e targeted therapies. In questi giorni è stato perfezionato il programma di collaborazione scientifica con scambi di giovani specializzandi e dottorandi per attuazione di linee di ricerca in ambito biomolecolare, traslazionale e clinico tra lo SBARRO Institute for Cancer Research della Temple University di Philadelphia e l'Ateneo Peloritano, attraverso i due direttori del programma scientifico il prof. Antonio Giordano per lo Sbarro Institute e la Temple University ed il prof. Vincenzo Adamo per la Scuola di Oncologia Medica della Università Messina.

Premio Fondazione Previasme Onlus

Il premio, finalizzato a promuovere la ricerca e lo studio delle problematiche e delle opportunità generate dall'incontro tra il medico e il paziente immigrato, è riservato ai medici iscritti all'Ordine. Il tema della II edizione è "Immigrazione e sanità: esperienze, riflessioni e prospettive nella medicina delle migrazioni". I lavori devono essere elaborati fino ad un massimo di 15 pagine (30 righe per pagina, carattere Times New Roman corpo 12), comprensive di eventuale bibliografia. All'inizio di ogni lavoro dovrà essere indicato un titolo che lo identifica e una sintesi del lavoro di massimo 500 caratteri. Dovranno pervenire ENTRO IL 31 OTTOBRE '08 per posta (copia cartacea + floppy disk o cd) a Fondazione Previasme Onlus, viale di Villa Massimo 39, 00161 Roma. Verranno assegnati i seguenti premi: al primo lavoro selezionato 10000 euro; secondo e terzo lavoro 2500 euro ciascuno.

Per ulteriori informazioni
tel .06.44230010

mail- info@fondazionepreviasme.it
www.fondazionepreviasme.it



I professori Tony Howell e Vincenzo Adamo



Il Governo italiano con la legge n. 159 del 31 luglio 2005, ha istituito la giornata del nonno per riconoscere ufficialmente l'importanza e il ruolo dei nonni in seno alla famiglia nelle vesti di angelo custode e non a caso, nella giornata del 2 ottobre, giornata in cui la liturgia cattolica celebra la festa dell'angelo custode, ne ha segnato la ricorrenza.

Le legge prevede, all'art. 1 "... celebrare l'importanza del ruolo dei nonni all'interno della famiglia e della società...", all'art. 2, l'impegno delle Regioni, Province, Comuni ad elaborare iniziative a proposito,

Giornata messinese del nonno

di Antonino **ARCORACI**

L'ambito della loro autonomia, ad iniziative mirate a discutere ed approfondire il ruolo dei nonni.

La stessa legge valorizza la figura del nonno dando mandato al Presidente della repubblica di proclamare il nonno o la nonna d'Italia. Le poste italiane hanno sottolineato l'evento del 2007 con l'emissione di un francobollo mostrato al Senato dal Presidente Marini e che raffigura un nonno che sospinge il nipotino sul triciclo e una nonna che tiene per mano la nipotina sui pattini. In tutte le parti d'Italia si sono svolte manifestazioni con programmi più vari e a Carmagnola è stato eretto il monumento al nonno. A Messina non è stata mai organizzata una manifestazione in merito e, anche se può sembrare pretenzioso, la FEDERSPeV con l'ANCeSCAO, L'AMMI, l'Associazione MEDICI CATTOLICI, l'Associazione UMANESIMO e SOLIDARIETA', i Convegni di CULTURA MARIA CRISTINA di SAVOIA, la FIDAPA, la Fondazione BONINO-PULEJO, IL LIONS Club Messina Host, il Movimento RINASCITA CRISTIANA-Messina, l'UNICEF Sez. Messina, l'UNIONE Pensionati, l'UNIVERSITA' della III^ età, hanno deciso di sot-

tolinare con una serie di iniziative, non tanto la figura del nonno come anziano, come pensionato, come capo di casa, ma come nonno nel suo rapporto più intimo con il nipote.

Questo anche per dare una giusta chiave di lettura al rapporto nonno nipoti oggi.

La società moderna con la globalizzazione e il facile contrasto con il concetto di famiglia tradizionale, spinge i giovani ad allontanarsi dal proprio nucleo parentale facendo perdere facilmente i contatti che, possono restare ancora vivi sotto l'aspetto affettivo, ma condizionati dalla frenetica corsa dovuta alle necessità quotidiane e specie di lavoro. Il nuovo modo di vivere la propria famiglia, spinge a rivedere, anche in chiave critica, il ruolo che la famiglia stessa ha nella educazione e nella guida del giovane.

Per quanto possibile, questa giornata serve anche a stimolare al recupero del concetto di famiglia non per nostalgia del vecchio sistema, quanto piuttosto per attenzionare a ripristinare il rapporto tra i singoli componenti con il contatto affettivo e l'amore. Gaetano Martino che è stato fisiologo della nostra città, asseriva che l'organizzazione bio-sociologica dell'essere umano è strutturalmente connesso con l'ambiente in cui il soggetto vive. Infatti la famiglia prima, il mondo esterno poi, immettono nel soggetto, mediante i suoi apparati recettivi, tutto quanto in termini informativi, egli è in grado di assimilare e che costituisce la base del suo comportamento.

La dinamica relazionale di un uomo, e del giovane in particolare, è legata a quanto egli è riuscito ad inglobare come rappresentazione dell'ambiente in cui vive.

Quello che comunemente viene chiamato educazione, è il risultato di quanto l'ambiente, la famiglia, la scuola, gli ha dato in cultura e in esempio.

Nelle famiglie di oggi la figura dei genitori è poco presente e per vari motivi. Il giovane rischia di lasciarsi prendere dalla voluttà e dalla leggerezza di un mondo esterno che gli fa perdere sempre di più gli ideali e lo porta alla pratica opportunità, spesso all'arroganza. Il suo indebolimento culturale, legato alle più diverse ragioni: minore contatto con le proprie radici, carenza scolastica, disagio in seno alla fami-

glia, lo allontana dal proprio nucleo familiare, dal praticare le norme della buona educazione vista nella sua immagine tradizionale e lo porta a guardare altri riferimenti, nuovi modelli in voga e ad imitarli.

Ecco perché diventa sempre più importante il ruolo dei nonni.

Per natura disponibili e amorevoli, sostituiscono spesso i genitori diventando non solo accompagnatori e badanti, ma essi stessi genitori, con il ruolo del comando, della guida, della disciplina e della trasmissione dei principi base dell'educazione alla vita. Sono la fonte di tanta informazione che aiuta il ragazzo nello studio e nell'apprendimento. Sono fonte di conoscenza, memoria della famiglia. Espressione partecipata di una vita privata che è passata ma resta radice del presente.

Testimoni di un vissuto che è storia della famiglia, immagine di un'epoca che pure remota si proietta nel presente ed è base del futuro. Testimoni e nello stesso tempo protagonisti, con un ruolo ben definito, quello di nonno educatore, fonte di saggezza, tenutario della storia della famiglia, portatore

di tutte le qualità che il ragazzo o la ragazza devono emulare.

La giornata vuole anche stimolare i nipoti al rispetto etico e sociale specie quando un nonno, un anziano in genere, è in condizione di debolezza fisica e mentale.

A sensibilizzare per essere attenti e vicini a chi ha bisogno anche di un piccolo gesto. A fare " l'ordinario in modo straordinario " come ha detto S. Caterina da Siena.

A fare vedere i nonni non come figura stereotipata, quasi chiusa in una nicchia in cui il " fatto " dei nonni diventa mito: .. il vino di nonni, ...i biscotti della nonna,... la ricetta della nonna..., ma presenza collaborativa in cui nonni e nipoti conversano, si scambiano idee, si danno una mano.

In una città come Messina dove gli eventi hanno cancellato le memorie del passato, diventa ancora più importante il loro ruolo nella sensibilizzazione del giovane alla storia e alla conoscenza dei miti e delle leggende della propria città.

Non solo stimolandoli a leggere,

meglio raccontando o portandoli a visitare i luoghi dove la sostituzione delle architetture ha cancellato le immagini del passato, ma dove resta sempre presente il sito e la sua storia.

Nella scelta è stata preferita Rocca Guelfonia tra la Caperrina e il Castello di Mata e Grifone. Sito in cui l'incanto paesaggistico aiuta a sollecitare la fantasia, a rivivere momenti del passato con una città felice, ricca di privilegi che la natura e l'intelligenza degli uomini le aveva donato.

La relazione di Anna Paino Moleti farà rivivere questo passato e le relazioni di Nicita Mauro sul ruolo dei nonni e di Girolamo Cutroneo sull'importanza della trasmissione di questi principi, saranno incisive.

La partecipazione è libera. Tutta la città è invitata per il 5 ottobre, domenica. La data è stata scelta per comodità. L'Istituto dei Padri Rogazionisti Cristo Re di Viale Principe Umberto, ospiterà in un'ampia sala, nonni e nipoti.

Dalle ore 10.45 alle ore 12.45 mentre i nonni ascolteranno le relazioni, i nipoti si divideranno tra coloro che vogliono partecipare al concorso grafico che ha per tema " io e i miei nonni ", sotto la guida di alcuni scout

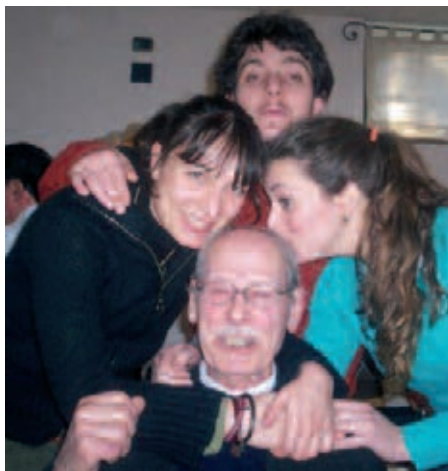
Agisci del Gruppo Messina 10, e coloro che non vogliono partecipare e che saranno intrattenuti da un animatore.

La tecnica esecutiva del lavoro è a libera scelta e ogni concorrente provvederà a munirsi del materiale che ritiene necessario.

Alle 12.45, i lavori eseguiti, con l'indicazione del nome e cognome del concorrente, saranno ritirati per essere esposti e in un secondo tempo pubblicati a ricordo di un evento che spero coinvolga tutti.

La " giornata messinese del nonno " si concluderà con la visita al Sacratio di Cristo Re sulle rovine del Castello di Mata e Grifone e il suo affaccio su tutta la città falcata.

La giornata è aperta a tutti. Chi è interessato, per motivi organizzativi, deve comunicarlo entro il 30 settembre al Prof. Antonino Arcoraci Viale della Libertà isol. 518 98121 Messina Tel. 090 49467 - 348 7836711 - aarcoraci@tiscali.it o alla Prof.ssa Anna Paino Moleti Viale della Libertà isol. 521 Tel. 090 340085 - 090 9813141 - 348 1055345.



Associazione sulla Strada

C'era una volta un prete speciale, si chiamava Don Carlo (in effetti si chiama ancora!), che un giorno, spinto dal grandissimo amore per la gente, per Dio, per me e per te, decise che era ora di spezzare le catene di bambini-lavoratori, vittime della strada, della guerra, dello sfruttamento. Decise che gli "impoveriti del sud del mondo" dovevano avere una possibilità.

Una possibilità di scelta.

Una possibilità di Vita.

Insieme a lui tante persone di buona volontà, che non si rassegnano alle ingiustizie di questo mondo, si sono impegnate ed è nata l'Associazione SullaStrada, una ONLUS, oggi ONG che, passo dopo passo si prese cura di una piccola comunità rurale di indigeni maya in Guatemala...

Esistono altri progetti in altri posti del mondo...

ma per raccontare la nostra storia ho bisogno di restare in Guatemala...

Dicevo...

Don Carlo amò così tanto questi fratelli che, anche suo fratello di sangue, il chirurgo Andrea, decise di fare qualcosa per donare un altro po' d'amore...

E come in tutte le belle storie, l'Amore divenne contagioso e molta altra gente si unì...

Nacque il Progetto Salute...

Il Progetto Salute vive anche (ma non solo) presso l'ospedale Cristiano del Llano de la Virgen, una struttura in muratura di proprietà di una locale associazione benefica, posta in un'area rurale vicina al centro abitato di San Raymundo.

... non lo cercate sulla cartina... non lo troverete...

Normalmente chiuso, l'ospedale viene aperto solamente in corrispondenza dell'arrivo di gruppi di medici ed infermieri volontari. Le attrezzature nell'ospedale sono state donate negli anni dai gruppi di volontari che si avvicendano.

Come finisce questa storia, direte voi?

Noi medici volontari dell'Associazione Sulla Strada e che prendiamo parte al lavoro in Ospedale in Guatemala, ma anche al Centro Para la Salud che si trova al villaggio della Granadilla (dove c'è una bellissima scuola, anch'essa nata da tanto amore, dove c'è una comunità, ma dove non c'è

null'altro) abbiamo una richiesta da farvi. Vogliamo usare un Salvadanaio...

Vogliamo raccogliere dei soldi per comprare un'ecografo portatile...

Ci serve... ci serve davvero!!

Poche sono le risorse che abbiamo a disposizione, nell'ospedale non c'è una Radiologia come in tutti gli ospedali... non c'è un laboratorio...

C'è una sala operatoria... ci sono i ferri e i materiali che ci portiamo da casa...

Ci sono tante persone di buona volontà....

Il nostro urologo-chirurgo-ecografista dott Flavio Forte saprebbe far cantare questo ecografo... Un ecografo potrebbe fare la

differenza... ci permetterebbe di aggiungere molte informazioni in più alle nostre orecchie, ai nostri occhi e alle nostre mani...

Vi dico cosa c'è da fare...

Ognuno di noi raccoglierà

quello che potrà... Un euro...dieci... magari cento... e li metterà nel Salvadanaio..

Ogni 15 giorni verranno inviati via mail gli aggiornamenti a tutti coloro che avranno partecipato all'iniziativa.

Elena e Cinzia si occuperanno di contabilizzare questi soldi per arrivare a Giugno 2008 con la cifra necessaria...

Se non puoi dare i soldi direttamente a loro, potrai versarli sulla carta PostePay opportunamente acquistata...

Ti preghiamo solo di spedire la ricevuta con i tuoi dati per posta per permetterci di ringraziarti, di mandarti ogni resoconto... ovviamente potrai contattarci via mail...

Sono fiduciosa e sono certa che riusciremo a raccogliere la cifra che serve...

I nostri contatti:

dott. Elena Pustorino

elenapustorino@yahoo.it

via GB Trombini 4, 21023 Gallarate (Varese)

Tel. 3405031145

dott. Cinzia Armelisasso

pantecinzia@email.it

Via di Vigna Stelluti 153 00191 Roma

Tel. 333 350980

06 30154276(ospedale)

www.sullastradaonlus.it

carta postepay N 4023600457375048 intestata a Cinzia Armelisasso

Vi racconto una storia...

Il disagio psichico nel distretto Messina Sud

di Biondo - CULLOTTO

Le osservazioni proposte scaturiscono dal tentativo di analizzare le dimensioni e le caratteristiche della malattia mentale esistente nei paesi ionici del comprensorio di Messina Sud. Gli obiettivi sono stati rappresentati dalla necessità di una più approfondita conoscenza dell'espressione psicopatologica del disagio psichico per cogliere ed evidenziare eventuali caratteristiche e peculiarità. Ciò al fine di costruire modelli d'intervento più idonei e mirati attraverso programmi personalizzati nell'ambito della cura e della riabilitazione anche attraverso rapporti di collaborazione con le Agenzie locali.

Sono stati presi in esame gli utenti che hanno avuto accesso al servizio ambulatoriale di Salute Mentale di Roccalumera provenienti dai Comuni di Ali, Fiumedinisi, Furci, Itala, Mandanici, Guidomandri, Nizza, Pagliara Rocchenere, Roccalumera, Scaletta. Dalle 700 cartelle attivate dall'apertura dell'Ambulatorio (anno 1994) sono stati analizzati i dati dei 307 utenti che dal

1996 al 2006 hanno usufruito di prestazioni. Il totale dei 307 soggetti considerati è costituito da 164 maschi, 143 femmine. Secondo il Comune di provenienza, gli utenti sono risultati così distribuiti: Ali: 3; Fiumedinisi: 32; Furci: 29; Itala: 17; Mandanici: 9; Nizza: 58; Pagliara: 14; Roccalumera: 91; Scaletta: 8; Paesi fuori dal distretto: 8. La ripartizione per età ha fornito i seguenti risultati: entro i 18 aa: 3; dai 18 ai 30 aa: 20; dai 31 ai 50 aa: 61; dai 51 ai 70: 142; oltre 70: 62; sconosciuti: 19. Considerando lo stato civile sono stati registrati 115 soggetti non coniugati;

123 coniugati; 39 vedovi; 16 separati; 4 conviventi; per 10 soggetti lo stato civile è risultato sconosciuto. La suddivisione per livello di scolarizzazione ha fatto riscontrare 36 analfabeti; 111 licenza elementare; 59 con licenza media; 41 diplomati; 4 laureati. La scolarità risulta sconosciuta per 56 soggetti. Le professioni sono risultate così distribuite: 5 studenti; 57 disoccupati; 96 pensionati; 56 casalinghe; 20 impiegati; 2 liberi professionisti; 34 artigiani; la professione è sconosciuta per 37 individui. 28 soggetti sono risultati affetti da Ritardo Mentale; 29 da Demenza; 47 da Disturbi dell'Umore; 77 da Psicosi; 10 da Disturbi di Personalità; 46 da

Disturbi d'Ansia; 70 sono le Certificazioni. 121 persone hanno avuto un unico accesso; 86 sono stati presi in carico per un periodo da 1 a 2aa; 27 sono stati seguiti dai 2 anni ai 5 anni; 73 soggetti oltre 5aa. 11 primo dato significativo è determinato dalla tipologia delle richieste di intervento. Si ha una netta prevalenza di soggetti seguiti per un anno, per registrare

una diminuzione di soggetti seguiti da due a cinque anni fino a concentrarsi a soli 73 soggetti che vengono seguiti dal nostro servizio per oltre cinque anni. L'ampio numero dei singoli accessi è caratterizzato dalla richiesta di certificazione con diagnosi più frequenti di Ritardo Mentale e Demenza. Una parte degli accessi può essere dovuta a "curiosità": il venire al Centro di Salute Mentale può rappresentare una consulenza, una verifica, un accertamento diagnostico-terapeutico di cui poter usufruire in un contesto "Mordi e fuggi". I trattamenti a





medio termine, invece, tendono a concentrarsi in un periodo di cure a tempo determinato, tendenti ad un lavoro terapeutico mirato ad una sufficiente remissione del disagio psichico: in questa area sono massimamente presenti i disturbi dello spettro ansioso. Gli utenti che permangono oltre 15 anni sono affetti da patologie gravi e spesso croniche che gravitano nell'area dei disturbi psicotici e che per tale motivo necessitano di cure ed assistenze prolungate. Fra le varie ipotesi alla base di tali evidenze possono rientrare anche altre motivazioni quali difficoltà nei collegamenti, preferenza di trattamenti privati, incompleto consolidamento del progetto di rete socio sanitaria, organizzazione del servizio non adeguata ai bisogni della popolazione e ancora il permanere nella cultura dei paesi dello stigma di malattia mentale che va curata segretamente. Risulta interessante la collocazione delle varie patologie. Le "Psicosi" sono le più frequenti, seguite dai "Disturbi dell'Umore", dalle "Sindrome Depressive", dagli "Stati Ansiosi", dalle "Somatizzazioni", dal "Ritardo Mentale", dalle "Demenze" e dai "Disturbi di Personalità". Tra le Psicosi più rappresentate si annoverano le schizofreniche seguite dai disturbi bipolari, tali patologie corrispondono agli accessi a più lunga permanenza nel circuito dei Servizi Psichiatrici pubblici. Comunemente la storia di queste malattie è costellata da un iter complesso e confuso dove si attivano varie fasi (orientamento diagnostico, consultazioni di più specialisti, degenze, terapie varie), che hanno il significato di capire di curare, di combattere la malattia, percepita come grave ed invalidante. La accettazione che ne segue comporta un accostarsi ai Dipartimenti di Salute Mentale con richieste esclusivamente di tipo assistenziale, spesso rifiutando ogni altro tipo d'intervento che si va

proponendo. Molti utenti con patologie psicotiche croniche sono stati curati per lungo tempo presso gli ospedali psichiatrici, pertanto sono ormai segnati da comportamenti di dipendenza, sudditanza, senza consapevolezza della possibilità di cambiamento. La ricerca mette in luce un altro dato interessante: la tendenza alla cronicità e alla disabilità della psicosi in età giovanile così come viene osservata nei giovani schizofrenici in trattamento presso l'Ambulatorio di Roccalumera. Questi casi sembrano essere presenti in modo omogeneo in tutti i paesi con delle lievi variazioni in quelli collinari. Si osserva inoltre che solo un numero esiguo di questi giovani si presenta alla nostra osservazione. Si può ipotizzare che la collocazione del disagio nella zona dello spettro psicotico, che in questa fascia di età può presentarsi con una espressione psicopatologica priva di chiari segni clinici, comporti un mancato riconoscimento ambientale della sofferenza che viene affrontata e curata solo quando la sintomatologia diventa particolarmente evidente e socialmente disturbante. Le patologie Depressive, Ansiose e le Somatizzazioni sono più frequenti nel sesso femminile. "identikit" è di donne di età compresa tra 40 50 anni che hanno dedicato la loro vita alla famiglia e dopo aver svolto le funzioni genitoriali, si ritrovano in una profonda solitudine, con sensazione di vuoto, incapacità di autogestirsi e di ridefinirsi. Le condizioni di vita precarie, le difficoltà sociali, economiche e relazionali contribuiscono al manifestarsi della sintomatologia o sul versante ansioso o depressivo o di entrambi le forme. Questi sintomi esprimono il senso che spesso viene attribuito al destino di ogni donna che si sente vinta dal fatalismo e da una sorte di rassegnazione "verghiana". Paradossalmente è la stessa sintomatologia che pro-

Certificati per la guida di ciclomotori

E' stata ripristinata la possibilità per il Medico di famiglia di certificare l'idoneità alla guida dei ciclomotori.

Pertanto, a far data dal 1° marzo u.s., le istanze intese al rilascio o al rinnovo di validità dei certificati potranno essere corredate dal certificato di un medico di Medicina Generale attestante condizioni psicofisiche di principio non ostative all'uso del ciclomotore, così come era previsto fino alla data del 31 dicembre '07.



teggendo queste donne da un adeguato esame di realtà, assume valenze terapeutiche. In alcuni casi si ha uno spostamento di queste inquietudini nella sintomatologia somatica. Quest'ultima espressione spesso è di appannaggio degli uomini, i quali tendono ad essere più inclini alla riservatezza. Per quanto riguarda i Ritardi Mentali che si evidenziano attraverso le richieste di certificazioni e di interventi assistenziali, hanno una incidenza maggiore nei paesi di collina, probabilmente per cause organiche o per familiarità, con un leggero picco nei giovani. Le demenze, compatibilmente con il prolungamento della vita media, risultano le patologie più comuni degli anziani. Queste sono presenti in tutti i paesi in buona percentuale, equamente distribuiti dal punto di vista geografico. Le forme vascolari predominano su quelle degenerative

La prestazione che viene richiesta è la valutazione medico legale per invalidità civile. I disturbi di personalità osservati sono limitati a 10 casi di cui si hanno pochi dati anamnestici che non permettono nessun commento. Vorremmo brevemente soffermarci su gli altri parametri considerati. Lo stato civile raffigura una omogeneità con una leggera differenza tra i soggetti coniugati e i non coniugati non rilevante. Per quel che riguarda la scolarità si può aggiungere che la maggiore afferenza al servizio è determinata da adulti, pertanto il quadro che appare è un grado di livello scolastico che oscilla tra licenza elementare e media. Il livello d'istruzione non incide sulla malattia, ma può influire sul modo di viverla. Le professioni rispecchiano il dato culturale e le modeste risorse di questi paesi dove si vive di agricoltura e di artigianato per la gran parte della popolazione. I colloqui con i medici di base ci hanno permesso di avere una visione complementare della Salute Mentale in questi luoghi. Le difficoltà maggiori che vengono rappresentate al DSM sembrano

quelle di fronteggiare il caso grave, spesso vissuto come pericoloso, da curare ma anche da "sistemare" per il bene del soggetto ma anche della comunità'.

Gli altri disturbi psichici vengono vissuti con minore preoccupazione e trattati egregiamente dagli stessi. Per quanto riguarda i giovani emergono poco le problematiche legate al disagio psichico in quanto questa fascia di utenza si rapporta raramente con il medico di base usufruendo di interventi di breve durata e circoscritti. Tutti i medici si sono dimostrati inclini alla collaborazione con il Servizio di Salute Mentale.

Sono state espresse critiche, aspettative, delusione, accoglienza momentanea, sporadici i contatti successivi. Gli incontri con le Assistenti Sociali dei Comuni hanno evidenziato la mancanza di risorse, le carenze istituzionali, l'incompleto sistema di rete che rende il loro lavoro con i pazienti psichiatrici difficile soprattutto sotto l'aspetto assistenziale. Inoltre riferiscono di un



grave e diffuso disagio giovanile, ma anche delle donne nella fascia d'età dai 40 50 anni. Si sono dimostrate disponibili per proposte, collaborazioni, protocolli d'intesa, ma tutte hanno tenuto a precisare che per il loro lavoro è indispensabile la risoluzione delle emergenze assi-

stenziali. E' difficile poter trarre delle conclusioni in un settore così vasto e complesso, questa non è la nostra pretesa, ma al contrario vorrebbe essere un punto di partenza, per una migliore qualità delle prestazioni socio-sanitarie e per un lavoro più capillare che raggiunga le esigenze di tutti.

Sembra evidente che nel territorio considerato esiste ancora lo stigma per la malattia mentale, che viene riconosciuto nei suoi attributi negativi: aggressività, pericolosità, non comunicabilità.

I meccanismi di difesa che si stabiliscono sono spesso segretezza, evitamento,



espulsione. Questo può avvenire a vari livelli: familiare, sociale e della comunità. Spesso il paziente viene visto come un "oggetto" da cui separarsi e da confinare in un luogo più adatto per la sua malattia.

C'è un altro aspetto da considerare che è di tipo strutturale: l'assenza di supporti alternativi che non hanno permesso di sperimentare il servizio domiciliare, i centri diurni, i gruppi appartamento, che consentirebbero l'attuazione di un progetto riabilitativo individualizzato e uno sgravio per le famiglie. Tale situazione non è di esclusiva pertinenza di queste zone ma, più in generale, riflette della incompleta realizzazione della legge 180.

Permane comunque il concetto in questi paesi che la malattia mentale è un male oscuro, di cui vergognarsi. Essere "malato di mente" significa essere il "pazzo" del paese. Questo modello culturale investe anche la famiglia che viene segnata dallo stigma detto di "cortesia".

Ne consegue che il servizio pubblico è visto come la fonte di una erogazione immediata di soluzioni, un dispositivo da cui prendere o ricevere qualcosa, la sostituzione dell'antico dispensario. Questo tipo di rapporto non permette di stabilire le basi per un'alleanza terapeutica stabile ed empatica. Vorremo soffermarci sul disagio psichico giovanile che, a nostro avviso, è prioritario e fondamentale per costruire delle solide basi per le future generazioni.

Le problematiche giovanili rimangono sconosciute ed indefinite, spesso traspaiono sotto forma di agiti, di comportamenti inadeguati, che possono rimanere tali o possono erompere con modalità improvvise e a volte anche gravi. Bisognerebbe interrogarsi su quali modelli d'interventi da proporre per arrivare al mondo giovanile, promuovendo una serie di iniziative in rete in ambito familiare, scolastico, sociale. Partendo da interessi giovanili si potrebbero strutturare punti di aggregazione e di riferimento validi, come delle aree di transizione sui cui potere lavorare.

Questi spazi neutri potrebbero comportare la possibilità di riconoscere e contenere le fragilità giovanili e al tempo stesso, darebbe l'opportunità di attuare progetti di informazione e di sensibilizzazione non formalizzati. Un altro aspetto che sembra interessante per la peculiarità dell'espressione

psicopatologica è quella dei disturbi Ansiosi Depressivi.

Come già detto questi assumono una connotazione legata al modello culturale di appartenenza. La malattia assume il significato del disagio mentale a cui viene sottoposto l'individuo per essere accettato dai valori e dalle regole nel contesto in cui vive. Allora il sintomo è la reazione estrema a ciò che non si condivide e che non si riesce a cambiare. Curioso è il dato che l'Ansia viene vissuta come diffusa e non come attacco di panico, così come la Depressione è massimamente descritta come anedonia e le Somatizzazioni un malessere generalizzato. Le iniziative terapeutiche in questi casi si soffermano alla cura farmacologica e a dei colloqui che hanno finalità di accoglienza alla sofferenza. Potrebbe essere utile predisporre degli interventi diretti (punti di ascolto, discussioni su tematiche di interesse comune, terapie di gruppo) o indirette con proposte operative di vario genere.

I punti di forza su cui bisognerebbe lavorare sembrano centrarsi in programmi di prevenzione volti alla informazione formazione contro lo stigma della malattia mentale, soprattutto nei gruppi a rischio. Organizzare incontri periodici con le famiglie. Coinvolgere le associazioni di volontariato presenti nelle zone. Realizzazione di protocolli d'intesa con tutte le istituzioni presenti e rafforzare e migliorare la rete assistenziale ambulatoriale e domiciliare.

Avviare la costituzione di gruppi appartamento, centri diurni con proposte riabilitative individuali e di gruppo integrate nel contesto ambientale. Questo studio con i suoi limiti e senza molte pretese ci ha permesso di riflettere sul nostro lavoro di agenti della Salute Mentale dove è essenziale: "Capire per operare e operare per capire". Coscienti che molto dipende da noi e tanto dagli altri siamo pronti per ripartire. Si ringraziano i Medici di base e le assistenti sociali dei Comuni Di Ali, Fiumedinisi, Furci Itala, Mandanici, Nizza, Pagliara, Rocculumera e Scaletta.

I colleghi del Consultorio di Roccalumera. Un grazie particolare agli Infermieri Professionali S. Puleo e M. Catanzaro e all'Autista signora Trovarello F., componenti de di Roccalumera, per la collaborazione e la disponibilità dimostrata.

L'ulcera cutanea vascolare è una soluzione di continuo della cute con scarsa tendenza alla guarigione spontanea, secondaria a una patologia vascolare sottostante. Essa ha elevato impatto sociale sia in termini di perdita di giornate lavorative sia in termini di costi assistenziali e con significativa compromissione della qualità della vita dei pazienti.

Le ulcere vascolari degli arti inferiori rappresentano quindi un problema medico e socio-economico di grande rilevanza.

Quattro affermazioni possiamo tranquillamente fare sulle ulcere vascolari senza tema di smentita :

- sono frequenti;
- il loro trattamento consuma tempo e risorse;
- tranne eccezioni esse di per sé non mettono in pericolo la vita nei pazienti;
- molti medici preferirebbero che qualcun altro se ne occupasse dopo di loro

e quest' altro potrebbe essere proprio uno di noi! : perché la loro gestione è molto spesso lunga e difficile, a volte frustrante e spesso mette a dura prova la pazienza sia di chi le tratta che del paziente. Fino ad ora l'ulcera vascolare è stata affidata a svariate figure sanitarie di scuola e formazione eterogenea con un approccio spesso dettato più dall'empirismo che dalle poche esperienze scientifiche. L'assenza di percorsi diagnostico terapeutici mirati ha visto l'applicazione di scelte terapeutiche disomogenee affidate agli specialisti più svariati (dermatologi, chirurghi plastici, chirurghi generali, internisti ed infine angiologi e chirurghi vascolari) i quali, spesso basandosi sulla loro esperienza personale, concentrano l'attenzione al trattamento locale della lesione trascurando la fisiopatologia ed il trattamento della malattia di base. "E' un fatto ormai incontestabile che l'ulcera dell'arto inferiore non è una malattia autonoma ma è sempre il sintomo di una malattia sottostante" (K. Haeder

1977). Quindi è di estrema importanza fare diagnosi: la buona pratica clinica infatti ci insegna che se non si fa diagnosi non può trattare e se non si fa una corretta diagnosi non si può fare un corretto trattamento. Guai a fermarsi alla terapia locale dell'ulcera senza andare a vedere cosa sta sotto

la punta dell'iceberg : il nostro intervento sarebbe destinato al fallimento. Sotto quest'ottica il medico di medicina vascolare (l'angiologo) tra tutte le figure in questione sembra essere quella che per le sue conoscenze di fisiopatologia e clinica vascolare ha la maggiore competenza e si propone come elemento chiave nel management di questa affezione. Le ulcere vascolari colpiscono circa l'1-2% della popolazione adulta; di queste il 75-90% sono dovute a patologia venosa cronica; il 10% ad arteriopatia obliterante

periferica; il 15% riconoscono una genesi mista; il restante 5% sono secondarie ad altre cause. Quindi le ulcere flebopatiche costituiscono la fetta più consistente delle ulcere vascolari, ne sono colpite in maggior misura le donne (rapporto 1,6 : 1 con gli uomini); la prima ulcera si sviluppa prima dei 50 anni con maggiore incidenza nelle classi meno agiate.

Il management delle ulcere vascolari si basa su un preciso algoritmo metodologico che si può così schematizzare :

- **APPROCCIO SISTEMICO** (valutazione delle condizioni generali del paziente, dei segni e dei sintomi infettivi, della funzione renale, del compenso glicemico, della crasi ematica)

- **APPROCCIO VASCOLARE** (valutazione della malattia di base): arteriopatia (esame doppler cw con misurazione delle pressioni distali, eco-color-doppler per individuare i punti di stenosi, valutazione microcircolatoria, esame angiografico per eventuale angioplastica e stenting o inter-

Le ulcere vascolari

di Longo - Urbano



vento di ricostruzione chirurgica); flebopatia (esame eco-color-doppler per valutare una malattia varicosa o una sindrome post-trombotica, per esplorare la possibilità di un intervento chirurgico sulle vene superficiali e perforanti e consolidare la necessità di terapia compressiva);

- **APPROCCIO TOPICO** (valutazione dell'estensione, della profondità e del grado di infezione dell'ulcera, per definire il quale si può rendere necessario l'effettuazione di un esame colturale con antibiogramma).

Una lesione cutanea acuta tende spontaneamente alla guarigione mediante processi ben noti che passano attraverso la coagulazione, l'infiammazione, la proliferazione, granulazione e cicatrizzazione, fenomeni questi che nella lesione cronica per e con vari meccanismi sono inibiti. Le ferite croniche sono caratterizzate da un difetto di rimodellamento della matrice extracellulare e da un arresto nella fase di riepitelizzazione che comportano un prolungamento dello stadio infiammatorio.

Il trattamento locale deve quindi ricondurre la lesione alle condizioni della lesione acuta con valide possibilità di guarigione.

Senza entrare nei dettagli è importante ricordare che la ricerca scientifica ci ha fornito in questi ultimi anni preparati tecnologicamente avanzati capaci di preparare il letto dell'ulcera attraverso la rimozione dei depositi di fibrina e dei tessuti necrotici, di interagire con l'ulcera stessa gestendo l'essudato in modo da mantenere un microclima sufficientemente umido tale da stimolare i processi proliferativi (idrofibre, alginati, schiume in poliuretano), di stimolare la granulazione. Sono queste le cosiddette medicazioni avanzate. Nelle forme più resistenti si può arrivare agli innesti di cute prelevata dal medesimo paziente o all'impiego di tessuti bioingegnerizzati ottenuti in labo-

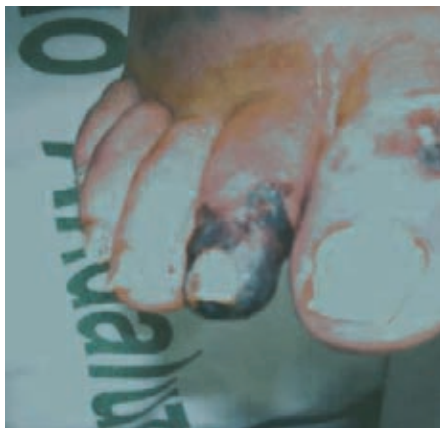
ratorio. Banditi, e finalmente, tutti i sistemi di detersione con disinfettanti energici come l'acqua ossigenata che si è visto avere effetti deleteri sui processi granulativi. Nelle ulcere venose (e non solo in quelle!) ci preme sottolineare come presidio terapeutico imprescindibile, ma ahimè spesso tralasciato dai non addetti ai lavori, ancorchè specialisti in altre discipline, la terapia elastocompressiva, che è l'unico provvedimento terapeutico che controbilancia ed annulla il momento fisiopatologico

principale che è l'ipertensione venosa. Un recente studio britannico ha ampiamente dimostrato come il trattamento elastocompressivo da solo si sia dimostrato superiore a quello chirurgico in termini di percentuale di guarigione dell'ulcera venosa (Gohe, M. S et al. *BMJ* 2007;335:83). L'elastocompressione (bendaggio e/o calza elastica terapeutica) è assurta a dignità di autentica terapia e nello stesso tempo di un'arte e una scienza: essa richiede apprendimento, un adeguato training e iniziale supervisione da parte di personale esperto (Alexander House Group - 1992).

Non può essere effettuata da improvvisate e improvviste figure sprovviste di competenza e abilità. Da anni presso la Struttura Complessa di Angiologia Medica dell'Ospedale Piemonte di Messina opera un Centro per lo Studio ed il Trattamento dell'Ulcera Vascolare.

A seconda della rilevanza del quadro clinico globale i pazienti vengono seguiti in regime ambulatoriale, in DH o in degenza ordinaria.

Per contattare il personale del Reparto per consulenza o per appuntamento (in accesso diretto) è sufficiente telefonare direttamente al numero 090/2224318.



Il Collegio dei Geometri e dei Geometri laureati di Messina in partenariato con l'istituto "G. Minutoli" e le Università di Messina, Catania e Palermo ha partecipato all'Avviso pubblico n. 9 del 13.09.2006 POR SICILIA 2000 2006 Mis. 3. 16 "Formazione e sensibilizzazione nel settore idrico e per la gestione e la salvaguardia del territorio" (ex 1.06 e 1.08) e con decreto D.D.G. n. 1779/Serv./Progr./F.P. del 13.11.2007 Cod. Prog.: 1999/IT 16.1.PU. 011/3.16/7.2.4/005 ed

Tecnico esperto in protezione civile



ha avuto assegnato il Progetto. "Pianificazione e la gestione tecnica dell'emergenza sismica, idrogeologica ed antropica" - "Rilievo dei danni e valutazione dell'agibilità" - Figura professionale: Tecnico esperto in materia di protezione civile. Il progetto, rispondendo alle politiche territoriali attraverso la lettura mirata e specifica dei bisogni formativi, si propone di intervenire principalmente sull'acquisizione, da parte dei beneficiari, delle competenze tecnico professionali in materia di protezione civile in genere e del rischio sismico in particolare, e intende formare risorse umane specialistiche come mezzo di

difesa, con compiti di previsione, prevenzione e di emergenza per poter immediatamente organizzare soccorsi tempestivi e mirati. L'iniziativa, promossa dall'Assessorato Regionale al Lavoro e coordinata dal Dipartimento Regionale della Protezione Civile, intende in particolare fornire agli allievi una formazione specialistica in materia delle nuove norme tecniche in zona sismica, la gestione del rischio idrogeologico, del rischio vulcanico e degli altri rischi naturali e antropici presenti sul territorio. I destinatari della formazione sono operatori della pubblica amministrazione, tecnici (ingegneri, architetti, geometri e geologi, agronomi, ecc.) degli uffici tecnici e di protezione civile della Regione siciliana, delle Province, dei Comuni, dei Geni Civili, dei Provveditorati tecnici, delle Soprintendenze e dei VV.FF. I destinatari possono presentare domanda di ammissione tramite appositi moduli preparati dall'Ente gestore, corredata dal proprio curriculum vitae in formato europeo. Possono consultare il regolamento del corso e chiedere le dovute informazioni presso la segreteria organizzativa. La scadenza del bando è prevista per il 30/08/2008. Il corso formativo è di 126 ore previa eventuale selezione da realizzarsi nelle 9 sedi messe a disposizione dall'Ente organizzatore nei rispettivi capoluoghi di provincia. A tutti i partecipanti, una volta concluso il corso, sarà rilasciato un attestato di qualifica di "Tecnico esperto in materia di protezione civile" e il riconoscimento dei crediti formativi universitari e professionali.

Segreteria Organizzativa:

Collegio dei Geometri - Via Luciano Manara,
54 - 98123 Messina - Tel. 090 663657
Fax 090 6011346 - 393 9468852
formazione@ambientesud.it
collegiomessina@tiscali.it
www.ambientesud.it

Dispositivo medico "Coni per orecchio"

Nella nota prot. DGFDM.IIJ/0005536/P/I. l.b.f./18 del 29 febbraio 2008 di pari oggetto, pervenuta dal Ministero della Salute, si rende noto che il dispositivo "coni per orecchio" è venduto in Italia con diversi nomi commerciali. Si configurano come dispositivi medici regolati dalla direttiva 93/42/CEE attuata in Italia dal Digs 46/97. Il suddetto dispositivo ha suscitato dubbi circa la sua efficacia e sicurezza motivo per il quale il competente Ministero ha chiesto alla ditte fabbricanti documentazione al riguardo che è stata attenzionata al Consiglio Superiore della Sanità. Il parere che il Consiglio ha espresso in data 23.10.07 è stato esteso a tutti i prodotti della stessa tipologia ed è stato oggetto di disposizioni o i coni per orecchio (etichette e istruzioni per l'uso). La Circolare Ministeriale in argomento può essere dettagliatamente consultata
www.ministerosalute.it/dispositivi/dispomed.jsp

La stipsi, dal greco *styphein* (stretto) è un problema estremamente diffuso nel mondo occidentale, fino a tre volte più frequente nelle donne e la sua prevalenza aumenta con l'età soprattutto dopo i 65 anni. L'elevato numero di individui affetti si ripercuote sulla spesa sanitaria in termini di numero di visite mediche, di indagini diagnostiche e di consumo di farmaci.

Ancora più grave è da considerare l'abitudine all'autosomministrazione di farmaci in quanto non tutte le stipsi sono uguali e pertanto le terapie non sono equivalenti. È di fondamentale importanza innanzitutto capire cosa si intende con il termine "stitichezza". Per larga parte della popolazione occidentale, la mancata evacuazione quotidiana delle feci, vissuta tra l'altro in maniera drammatica, è definita dal paziente come stipsi. In altri casi la stipsi è stata dagli intervistati definita come necessità di premersi per evacuare e presenza di feci dure. In virtù di questa estrema difficoltà di definizione, nel Consenso di Roma, gli esperti hanno proposto, per porre diagnosi di stipsi, la presenza di almeno due dei seguenti segni per almeno tre mesi:

1. sforzo eccessivo alla defecazione almeno una volta su quattro;
2. sensazione di evacuazione incompleta almeno una volta su quattro;
3. presenza di feci piccole e/o dure almeno una volta su quattro;
4. meno di tre evacuazioni a settimana.

Una grossolana classificazione ci fa distinguere una stipsi da rallentato transito e una da alterato meccanismo della defecazione. Il rallentamento del movimento delle feci nell'intestino può essere secondario a malattie di altri organi come ipotiroidismo o malattie neurologiche come il morbo di Parkinson. Inoltre, alcuni farmaci possono determinare un rallentamento delle funzioni intestinali come gli antiipertensivi (calcio antagonisti, beta bloccanti) antidolorifici morfina, antispastici ecc. Tra le cause strettamente legate all'ambiente colico troviamo alcune patologie che restringono o occludono il lume, come i tumori; questi possono manifestarsi con una stipsi improvvisa in soggetti fino ad allora con alvo regolare. Per questo l'improvvisa comparsa di stipsi deve essere accuratamente valutata da un medico.

Una minoranza di casi, quelli in genere più difficili da trattare, sono invece dovuti ad un disturbo vero e proprio nel movimento della parete intestinale. Nella maggior parte dei casi un ridotto apporto di fibre ed un'insufficiente idratazione è la causa più frequente di stipsi per

inadeguata dimensione del bolo fecale che si traduce in un'alterata sollecitazione del movimento delle pareti coliche. Il 30-50% delle stipsi sono dovute ad un disturbo dell'evacuazione. Una parte dei pazienti può presentare una patologia dell'ano (ragadi, infiammazioni, tumori) che rende difficile e dolorosa l'evacuazione.

In altri casi si tratta di disturbi funzionali che sono spesso dovuti al perpetuarsi di cattive abitudini (trattenere per lungo tempo le feci, premersi eccessivamente ecc) spesso cominciate addirittura nell'infanzia. CHE FARE? Per ovviare a questi ultimi inconvenienti la prima cosa è defecare quando se ne senta il bisogno di creare una regolarità nell'alvo.

Questo ultimo aspetto può essere favorito cercando di defecare ogni giorno alla stessa ora, eventualmente utilizzando piccoli clisteri per stimolare l'intestino e contemporaneamente aumentando il contenuto di fibre della dieta accompagnando-

lo con abbondante acqua. Il paziente deve essere invitato a dedicare ogni giorno 15-20 minuti alla defecazione, sedendo sul bagno senza premersi, sfruttando i periodi postprandiali (dopo colazione, pranzo e cena) quando massima è l'attività motoria del colon. Raccomandazione molto utile è anche l'incremento dell'attività fisica. L'aumento del contenuto di fibre nella dieta è il trattamento più semplice, fisiologico ed economico. La cosiddetta dieta ad alto residuo prevede il consumo di 30g di fibre al giorno.

Ma spesso, a causa del poco tempo a disposizione per preparare e consumare i pasti a base di frutta e verdura in quantitativo sufficiente, questa buona norma viene disattesa. Inoltre tale tipo di dieta può essere mal tollerata dal paziente con forme più gravi di stipsi determinando meteorismo e dolori addominali. Il medico può venire incontro al paziente fornendo un'integrazione di fibre di facile assunzione, rammentando però al paziente che integrazione non è sinonimo di sostituzione. Le fibre da preferire sono quelle solubili e ad alto peso molecolare e alta viscosità come ad esempio il glucomannano.

Queste consentono di ingrossare in maniera consistente volume e massa delle feci, le lubrifica con il gel che si forma per legame della fibra con l'acqua. Inoltre il glucomannano forma un substrato che, fermentando da parte dei batteri intestinali, sviluppa acidi grassi a corta catena che migliorano lo stato trofico del-

Terapia medica della stipsi

di Francesco ARCANÀ



l'epitelio colico e riducono il pH intestinale riattivando con entrambi i meccanismi l'attività segmentaria motoria del colon. Vantaggi dell'utilizzo di questa fibra sono il dosaggio (2-5 g/die) e la presenza in commercio di preparazioni a base di glucomannano sotto forma di frollini o crackers che si possono facilmente avere a disposizione anche fuori casa. I cibi che invece andrebbero evitati in caso di stipsi sono i cereali raffinati (pane, pasta), abusi di carne, pesce, e uova fritte, carni insaccate, spezie, vini rossi, alcolici. Il primo approccio al paziente con stipsi è dunque volto a modificare abitudini di vita errate. Solo dopo il fallimento di questo si potrà pensare all'uso di veri e propri lassativi, di cui comunque è sconsigliato l'uso cronico vista la possibile insorgenza di effetti collaterali e di dipendenza psicologica. Di lassativi esistono molte categorie.

I lassativi osmotici sono zuccheri che l'organismo non riesce a digerire e nell'intestino, vengono utilizzati dai batteri, abbassando il pH e richiamando acqua nelle feci.

Questi ad esempio sono il lattulosio ed il lattitolo, blandi lassativi generalmente ben tollerati anche se all'inizio possono provocare meteorismo. Comunque non essendo assorbiti non sono dannosi per l'organismo. I lassativi salini sono miscele di sali (idrossido di magnesio, citrato di magnesio, solfato di magnesio, solfato di sodio) che vengono assorbiti in quantità modesta nell'intestino e hanno effetto richiamando acqua nelle feci. Sono molto usati nelle stipsi lievi o transitorie. Meccanismo analogo hanno le soluzioni elettrolitiche di polietilenglicole usato per la pulizia intestinale prima delle indagini o interventi chirurgici.

I lassativi lubrificanti, come l'olio di vasellina, vengono poco o nulla assorbiti e agiscono lubrificando ed ammorbidendo la massa fecale. I lassativi modificanti la motilità, aumentanti la

secrezione sono un gruppo eterogeneo di molecole un tempo definite, in modo non corretto, lassativi irritanti. Si tratta di derivati antrachinonici ossia derivati vegetali di aloe, senna, rabarbaro. In individui che fanno uso cronico di tali prodotti, spacciati come innocui anche nelle erboristerie, si trova spesso una pigmentazione brunastra della mucca del colon, detta melanosisi coli, e alterazioni della motilità per uso eccessivo e prolungato. I lassativi riducenti l'assorbimento, come l'olio di ricino, rimedio della nonna, che riducono l'assorbimento di acqua e stimolano la motilità intestinale. Possono portare alterazioni della parte intestinale con infiammazione per cui deve essere evitato l'uso prolungato. Un tipo di stipsi che non si può avvalere della sola terapia medica è quella dovuta a "dissinergia del pavimento pelvico".

Il pavimento pelvico è quella struttura muscolo-tendinea che chiude in basso il bacino e dal cui efficace funzionamento dipende la defecazione.

A questi pazienti bisogna insegnare l'utilizzo corretto di tali strutture, cosa possibile mediante un trattamento fisiokinesiterapico. Per ottenere una soddisfacente evacuazione bisogna insegnare loro a contrarre i muscoli addominali superiori e lassare quelli inferiori, rilassando contemporaneamente i muscoli del retto non opponendo alcuna resistenza all'espulsione delle feci.

La fisiokinesiterapia deve essere integrata dal biofeedback che utilizza equipaggiamenti atti registrare e a mostrare al paziente l'attività dei muscoli intorno al retto che devono essere contratti e rilassati come si è loro insegnato durante le sedute di Kinesiterapia.

Utilizzando queste tecniche di biofeedback alcuni studi hanno riportato un successo terapeutico di oltre il 50%.

A Bari il X congresso SIES, la Società Italiana di Ematologia Sperimentale, ha visto insieme 1000 ematologi italiani per discutere delle nuove terapie biologiche di seconda generazione, che includono gli anticorpi monoclonali e le terapie mirate e che consolidano la svolta aperta da imatinib nel trattamento della leucemia mieloide cronica. L'appuntamento, che si

Rivoluzione per le leucemie

svolge con cadenza biennale, mette a confronto le linee di ricerca ematologica italiana, una delle più avanzate a livello mondiale, e si svolge all'insegna delle grandi novità che stanno interessando negli ultimi anni la terapia delle leucemie. Risorse terapeutiche sempre più potenti, farmaci in grado di agire in modo altamente selettivo e mirato contro le proteine anomale responsabili della leucemia: dopo imatinib, il farmaco che nel 2000 ha rivoluzionato la storia delle leucemie, da pochi giorni è disponibile in Italia il nuovo nilotinib, che assieme a dasatinib è in grado di trattare il piccolo numero di pazienti che manifestano resistenza o intolleranza a imatinib. Terapia mirata di seconda generazione, nilotinib (Novartis) ha migliorato di 30 volte la potenza di imatinib, mantenendo una selettività molto soddisfacente.

svolge con cadenza biennale, mette a confronto le linee di ricerca ematologica italiana, una delle più avanzate a livello mondiale, e si svolge all'insegna delle grandi novità che stanno interessando negli ultimi anni la terapia delle leucemie. Risorse terapeutiche sempre più potenti, farmaci in

Una giornata all'insegna della prevenzione ed informazione. Il 17 maggio si è svolta anche a Messina, la IV Giornata Mondiale contro l'Iper-tensione Arteriosa, promossa in tutto il mondo dalla World Hypertension League. Con il supporto della Croce Rossa Italiana, sono state allestite delle postazioni a Piazza Cairoli, per offrire alla popolazione l'opportunità di un controllo gratuito della pressione arteriosa. Il progetto portato avanti in città dall'Ordine dei Farmacisti,

Iper-tensione arteriosa e rischio ictus cerebrale

dalla Federfarma, e dall'Università della Terza Età, ha dato risalto per l'importanza del messaggio trasmesso e per la capacità di influenzare la coscienza dei cittadini sul proprio stato di salute. All'Istituto "Jaci" si è svolto un convegno sul tema, a cui hanno partecipato il prof. Vittorio Nicita Mauro e il prof. Michele Buemi. Obiettivo dell'iniziativa è stato quello di focalizzare l'attenzione delle persone sull'importanza di controllare i propri livelli pressori, senza dimenticare i valori del colesterolo e del diabete, per gestire al meglio le proprie condizioni di salute. In Italia l'ipertensione colpisce poco meno del 25% degli italiani, circa 12 milioni di persone, percentuale che arriva all'80%, se si considerano gli over 65. Ma ogni anno sono solo nove milioni le persone, che si sottopongono a visite specialistiche. E di questi solo uno su sei, cioè poco più 1 milione e mezzo, segue le cure che vengono prescritte. L'ipertensione arteriosa in Italia colpisce in media il 33% degli uomini e il 31% delle donne. Il 19% degli uomini e il 14% delle donne sono in una condizione border-line, in cui il valore della pressione sistolica è compreso fra 140 e 160 mm Hg e quello della diastolica è compreso fra 90 e 95 mm Hg. (Fonte ISS). Negli anzia-

ni, il 52% degli uomini e il 57% delle donne è iperteso o sotto regolare trattamento anti-ipertensivo. Abbiamo chiesto al professor Nicita-Mauro, alcuni accorgimenti per evitare l'ipertensione ed i conseguenti rischi che ne derivano.

Professore, quali sono i fattori che determinano l'ipertensione nell'individuo?

"I medici distinguono due tipi di ipertensione arteriosa: una detta "essenziale" e l'altra denominata "secondaria". Quest'ulti-



Il prof. Vittorio Nicita Mauro

tima viene definita così perché appunto secondaria a patologie ben definite (per esempio le malattie renali) e rappresenta circa il 5% delle ipertensioni; l'essenziale, invece, rappresenta circa il 95% delle ipertensioni, ed è indicata con questo termine

perché non se ne conoscono ancora a fondo le cause. Peraltro per quest'ultimo tipo di ipertensione arteriosa sono due le ipotesi causali che godono di maggior attenzione: l'alimentazione scorretta e lo stress psico - emotivo."

Conseguenze dell'ipertensione?

"E' difficile che l'ipertensione dia inizialmente dei disturbi e spesso ci si accorge di una pressione arteriosa superiore alla norma magari dopo anni dalla sua insorgenza e talvolta occasionalmente. Solo in alcune situazioni, infatti, la pressione alta dà segni di sé e cioè quando si innalza di molto e rapidamente (crisi ipertensiva) per svariate ragioni non sempre ben identificabili. In quest'ultimo caso i sintomi possono essere: mal di testa improvviso (pulsante e interessante il capo globalmente), sensazione di testa pesante, ronzii alle orecchie, vertigine e, non raramente, perdita di sangue dal naso.

Normalmente però non ci si accorge di avere la pressione alta e i disturbi che provoca sono legati ai danni indotti su alcuni organi, particolarmente sensibili, dal suo perdurare come il cuore, i reni e il cervello."

Nello scorso mese di giugno presso la clinica otorinolaringoiatria del policlinico universitario di Messina è stato applicato dal prof. Francesco Galletti, ad un piccolo paziente di 16 mesi, uno dei più moderni impianti cocleari. Sono finora quattro i piccoli pazienti sordi che il prof. Galletti ha, nel primo semestre dell'anno, provveduto ad impiantare per consentirgli un recupero uditivo e linguistico normale. L'impiego dell'impianto cocleare nei bambini sordi alla nascita riveste particolare importanza in quanto la mancata capacità uditiva non consente una idonea competenza linguistica e un corretto apprendimento. Al momento, si sostiene che gli impianti cocleari rappresentino lo stato dell'arte nella chirurgia riabilitativa dei sordi gravi e profondi e siano l'unica alternativa terapeutica, offerta dalla tecnologia elettronica in aiuto ai pazienti che non possono beneficiare di altri mezzi protesici per il recupero della funzione audiologica. A far data dall'anno 2007 l'Assessorato alla Sanità della Regione Siciliana ha sancito la erogabilità gratuita degli impianti cocleari a tutti i cittadini affetti da sordità grave. Si tratta di una importante conquista sociale. Lo stesso Centro di Riferimento Regionale del Policlinico Universitario di Messina si è proposto quale struttura

capofila nell'ambito di un Progetto che ha visto la costituzione di un Network siciliano per l'implantologia cocleare, sotto gli auspici dell'Assessorato Regionale alla Sanità. Interessante l'incontro coordinato dal prof. Francesco Galletti al Grand Hotel Liberty di Messina in cui si è discusso delle prospettive legate al recupero dei pazienti sordi e delle enormi possibilità offerte dall'Implantologia cocleare. Efficace la rete di operatori medici e di logopediste che si propone di consentire il recupero uditivo dei candidati all'Impianto cocleare presso le diverse strutture aderenti al Network nelle quali l'elaborazione di percorsi terapeutici condivisi

consentirà lo sviluppo di una efficiente rete implantologia cocleare siciliana retta da una proficua collaborazione tra il Centro di Riferimento Regionale e strutture sanitarie locali. In tal modo si consentirà ai pazienti sordi siciliani di evitare i numerosi viaggi della speranza al fine di ottenere il recupero della loro menomazione sensoriale al quale hanno pieno diritto nella loro stessa

L'orecchio bionico è una realtà

di Silvana **PARATORE**



Regione. Galletti ha ricordato come già nel 1995 presso la clinica otorinolaringoiatria del Policlinico universitario, siano stati trattati con la moderna tecnica degli impianti cocleari, due giovani pazienti gravemente sordi i quali hanno così potuto recuperare la funzione uditiva e con essa un normale reinserimento sociale. In quegli anni il prof. Cosimo Galletti oggi emerito di otorinolaringoiatria, provvede a creare uno staff organizzativo, chirurgico ed audiologico particolarmente affiatato e specializzato che ancora oggi risulta costituito da professionalità mediche, da tecnici di audiometria, audioprotesi

e logopedia competenti e capaci di seguire i pazienti garantendo loro le cure più idonee per il tipo ed il grado di ipoacusia. A conclusione dell'evento, al prof. Galletti proteso a garantire un sempre maggiore impegno volto ad assicurare un reale grado di benessere ai pazienti affetti da patologie invalidanti, è stata ufficializzata, la nomina di Componente dello Scientific Advisory Board della Cochlear, azienda multinazionale leader mondiale nella produzione degli impianti cocleari che si propone di offrire contributi scientifici culturali in termini di indicazioni ed esigenze cliniche dei pazienti.



Un incontro nell'auditorium dell'Ordine dei Medici che ha decretato anche il saluto della presidente dell'Ammi sezione Messina, Lilly Cavallaro Cuomo, alla guida della stessa associazione culturale. Dopo tanti anni pieni di soddisfazioni, lascia lo "scettro" ai posteri con grande emozione e anche un pizzico di dispiacere e commozione, attraverso le parole pronunciate nel suo ultimo intervento da presidente, alla folta platea presente. Nel convegno presentato per l'occasione dal titolo "Nutrizione come prevenzione: dal latte di mamma..." portato avanti magistralmente dai relatori, dott.ssa Angela Silvestro (Direttore U.O.C. Pediatria e Neonatologia dell'ospedale Papardo), dal dottor Melchiorre Aversa (Direttore U.O.C. Neonatologia con UTIN e Pediatria dell'ospedale Piemonte) e dal dottor Alessandro Manganaro (Medico U.O.C. Neonatologia del Policlinico), si è discusso principalmente di patologie nel neonato causate da errori alimentari o dalla carenza o dall'eccesso in circolo delle vitamine (disvitaminosi) o l'ipovitaminosi e l'ipervitaminosi. Il tema trattato è stato molto interessante e si è partiti nel relazionare appunto, di ipovitaminosi D che è principale causa di Rachitismo carenziale di ipervitaminosi D, causata solo da somministrazioni iatrogene, cagione di patologie croniche specie a carico del rene e di ipovitaminosi C causa dello scorbuto. Partendo dallo svezzamento non oltre i primi sei mesi di vita, le segnalazioni in letteratura di casi di rachitismo nei primi mesi di vita sono sempre più numerose. Tale patologia interessa prevalentemente i bambini di razza nera e consegue ad uno stato di grave deficit della vitamina D secondario ad un inadeguato apporto di questa con la dieta e ad una scarsa esposizione al sole. Il rachitismo rappresenta in realtà solo la

punta di un iceberg che sottende vari gradi di ipovitaminosi (il cosiddetto "rachitismo subclinico"), che vanno diagnosticati attraverso un'attenta anamnesi con individuazione dei fattori di rischio. L'uso profilattico della vitamina D nel lattante costituisce da anni una fonte di controversie. I dibattiti a riguardo non si sono spenti anche dopo la recente pubblicazione delle linee guida dell'American Academy of Pediatrics. Un altro aspetto importante da non sottovalutare è

Nutrizione come prevenzione

di Enzo GALLO



senz'altro l'obesità in età pediatrica. Dati del Ministero della Salute del 2005 riferiscono che l'Italia ha la maggiore prevalenza di sovrappeso ed obesità d'Europa (36%); l'incremento nell'ultimo decennio è stato particolarmente rilevante nel centro-sud. Peraltro alla luce dei dati attuali sono due condizioni che, in età evolutiva, possono

considerarsi epidemiche. I fattori che influenzano il suo sviluppo sono genetici ma anche fattori ambientali (consumo metabolico, attività fisica, dieta, cultura) sui quali possiamo sicuramente incidere. Per lo screening delle complicanze correlate al sovrappeso e per impostare una dieta

corretta è necessario eseguire un prelievo di sangue per la determinazione di GOT, GPT e gamma GT, glicemia e insulinemia basali, colesterolo, HDL e trigliceridi. Fra le alterazioni endocrine e metaboliche dell'obesità particolare rilievo assumono l'aumentata resistenza periferica all'insulina e l'iperinsulinismo. Non è peraltro facile persuadere i genitori della necessità di operare un cambiamento, in quanto, nelle famiglie di bambini con sovrappeso/obesi, l'obesità è di rado percepita come un problema; occorre quindi far comprendere ai genitori che l'obesità può produrre nel figlio serie conseguenze e l'obiettivo principale della terapia è ottenere cambiamenti comportamentali permanenti.

Semplici regole alimentari da fornire ai genitori per la correzione dello stile di vita sono: frazionare i pasti; condividere con i figli orari e modi di mangiare; separare il momento del pasto da altre attività; evitare di acquistare "cibi proibiti"; porre a tavola solo ciò che si deve mangiare; servirsi di una pietanza per volta; ingerire piccole quantità di cibo masticando a lungo; dare il tempo al bambino di mangiare con tranquillità per favorirne il senso di sazietà; non usare il cibo come premio o punizione. Infine delle semplici regole da fornire ai genitori per la gestione dell'attività fisica sono:

1. Praticare attività ludiche di movimento e attività sportive con le seguenti

caratteristiche: a) piacevoli ; b) compatibili con lo studio; c) regolari e di durata.

2. Aumentare le attività fisiche "semplici": a) camminare a piedi; b) non prendere l'ascensore; c) aiutare nelle faccende domestiche.

3. Ridurre le seguenti attività sedentarie: a) andare in auto; b) guardare la TV; c) giocare con i videogiochi; d) "ozicare" sul divano.

E' ovvio che tutta la famiglia del bambino obeso deve collaborare, mangiando le stesse cose e facendo una vita più attiva. Qualunque sforzo personale del bambino sarà breve ed inutile se non sarà uno sforzo dell'intera famiglia.



Master

Prevenzione della salute per le comunità

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Sapienza Università di Roma organizzano, per l'anno accademico 2008-2009, un Master Universitario di secondo livello in Prevenzione e Promozione della Salute

per le Comunità, proposto in modalità di Formazione Residenziale e di Formazione a Distanza (FAD). Il Master si rivolge a neolaureati e professionisti interessati alla salute pubblica, dirigenti e operatori socio sanitari e del Terzo Settore, educatori e insegnanti, che vogliano sviluppare e potenziare competenze tecnico scientifiche necessarie alla progettazione, all'intervento e alla valutazione nel campo della promozione della salute.

Health services management

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Università Carlo Cattaneo LIUC organizzano, per l'anno accademico 2008 2009, un Master Universitario di primo livello in Health Services Management.

Il Master, che capitalizza l'esperienza maturata dall'Istituto Superiore di Sanità a partire dalla prima edizione del 1987, è costituito da 5 moduli didattici

suddivisi in corsi erogati in modalità di Formazione Residenziale e di Formazione a Distanza (FAD) mediante il supporto di una piattaforma multimediale. Il Master si rivolge a coloro che intendano svolgere attività professionali nei settori della sanità pubblica, di cooperazione internazionale e che vogliano sviluppare le proprie capacità di pianificazione, di organizzazione e di valutazione dei servizi, con particolare riferimento ai Paesi in via di sviluppo e in transizione. Info, depliant e locandine sono disponibili sul sito www.omceo.it.



L'Ammi, presente nella nostra città da quasi un trentennio, ha dimostrato di essere un'associazione ormai adulta, in silenzioso ma costruttivo movimento, capace di una notevole forza aggregante in grado di superare difficoltà ed ostacoli. Vi fanno parte donne con i problemi del proprio lavoro e che in più, quali mogli di medico e spesso anche loro medico, condividono le problematiche oggi sempre più complesse e gravose dei propri mariti. Notevoli infatti sono le difficoltà di questi ultimi, combattuti fra la necessità di ben operare con i propri pazienti, di essere produttivi, di risparmiare risorse (il bisogno di salute si confronta infatti

con la sempre maggior esiguità di queste ultime). Tutto ciò, impegna in maniera pesante il medico, che non si rassegna ad essere un dirigente per utenti o un professionista per clienti, sommerso da sempre maggiori atti burocratici, e con sempre meno tempo da dedicare alla famiglia. Il posto in cui recupera quella carica di "umanità" senza la quale non avrebbe senso la sua professione ma, soprattutto, la sua vita perché l'uomo medico, lo puoi chiamare come vuoi ma resta sempre medico secondo Ippocrate. L'Ammi è costituita da donne attente ai problemi attuali, che affrontano in modo concreto; donne che vivono in una società in cui, grazie ai passi da gigante della medicina in tutti i suoi aspetti (prevenzione, diagnosi e cura), la salute e l'aspettativa di vita sono certamente

migliorate, ma sempre più minacciate da nuovi pericoli che si affacciano all'orizzonte. Le nuove tecnologie e il web hanno invaso le nostre case e modificato il nostro modo di vivere, obbligandoci alla riflessione. E così "Televisione e computer, ladri di tempo e di salute sia per i bambini che per gli adulti: demolizione delle relazioni personali", sarà il tema che verrà trattato il 18 ottobre p.v. in occasione dell'apertura dell'Anno Sociale 2008/2009. Il nuovo Direttivo della sezione

Ammi di Messina, eletto nel mese di giugno u.s., per il prossimo triennio vuole aggiungere al motto "unite per unire", quello di "aiutaci ad aiutare", e si impegna

come sempre, a sostenere iniziative finalizzate a questo scopo, con particolare attenzione a condizioni di disagio e solitudine. Auspica, dunque, di essere affiancato da tutte quelle persone che credono che molti problemi si possano migliorare anche solo con un po' di buona volontà e di voglia di fare.

Per questo motivo invita a partecipare a questa e alle future iniziative i tanti simpatizzanti che ci si è trovati accanto sempre più numerosi negli anni, ma in maniera particolare le mogli dei medici iscritti nella nostra provincia, che invitiamo a sostenere in maniera fattiva attraverso l'associazionismo le "nostre iniziative". Il loro contributo per noi prezioso ci permetterà di andare avanti con forza e con il massimo impegno.

Ammi, al via il nuovo triennio



Il nuovo Consiglio direttivo

PRESIDENTE
VICE PRESIDENTE
SEGRETARIA
TESORIERA

Rosanna Morabito Trovato
Lina Monea Silvestro
Rossella Malara Girasela
Pina Lo Schiavo La Rosa

(Via Freri 38 tel. 090 2921515)
(Via Panoramica 480 tel. 090 356577)
(Via S.Cecilia 55 tel. 090 2934569)
(Via M.Polo 323 tel. 090 635037)

CONSIGLIERE

M. Rosaria Acri Ramirez
Loredana Aversa Lo Cascio
Letizia Centorrino Gugliermo
Maria Novarese Rizzello
Giovanna Russo Baglio
Paola Tommasini Miraglia

(Via Calandra 30 tel. 090 2930993)
(Via Venezian 79 tel. 090 710478)
(Messina 2 lotto D - Pal.17 tel. 090 2936968)
(Via Manzoni 13 tel. 090 48086)
(Largo Bozzi 9 tel.090 363147)
(Via Nazionale P.Schiavo tel. 090 810151)

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Anna Addamo Corallo
Amelia Gigante Ioli
Isabella Morichetti Picciotto

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Giovanna Magazù Curtò
Rosaria Mangiapane Seggio
Silvana Pirrotta Aricò

Il tema scelto nel convegno dal titolo 'La vita: benessere o ben-essere?' organizzato dall'Ammi, presieduta dalla presidente cittadina Lilly Cavallaro per quest'inizio di primavera, è un invito a riflettere per quanti continuano a vivere senza accorgersi di cosa ci stia intorno. L'invito di don Umberto Romeo illustre psicologo e psicopedagogo, come relatore per questa giornata ha fatto il resto. Nell'auditorium "Gaetano Martino" si sono trascorse due ore di riflessione attenta, su questioni legate al nostro modo di vivere nella società odierna, tralasciando alcuni modelli del passato cari al nostro benessere. E proprio il nostro benessere è stato il centro dell'esposizione di don Romeo, grande umanista e grande conoscitore dell'animo umano. " Viviamo in una cultura di relativismo – ha esordito il presule di individualismo, di consumismo. Viviamo in una società che è presa dell'accelerazione del cambio... e che ci necrotizza! Viviamo in una società in cui Dio non c'è, o se c'è interessa gli altri; sta diventando un Dio strumentale.

Viviamo in una società in cui i veri valori quali l'amore, la solidarietà, l'acco-

La vita: benessere o ben-essere?

di Enzo GALLO

glienza, la giustizia... la stessa esistenza, stanno perdendo significato. Tutto diventa soggettivo ed a uso e consumo egoistico. Per questo dobbiamo riscoprire il valore della vita, personale sociale, cosmica non solo come bene che diventa benessere la vita che si consuma, ma come un benessere la vita che si vive."

Per don Romeo dunque, è importante ancorarsi a valori di sicurezza ed avere fiducia in sé stessi, non per esprimere "volontà di potenza ma volontà di significato"- citando le parole di Frankl, psichiatra viennese di origine ebrea, per il quale la cosa più importante non è possedere ma "essere in cammino verso..." lasciandoci alle spalle materialità ed egoismi bislacchi. La vita umana secondo il relatore, deve essere vista come un'esistenza naturigenica di tipo economico, cioè sistema naturale composto da processi vitali di tipo originari, intrinseci ed estrinseci ma anche come un'esistenza antropogenica ricca non solo di esigenze e bisogni naturali... ma anche del mondo delle emozioni, di relazioni e di esigenze affettive. Dunque il divenire ed il dinamismo nella ricerca dell'altro, non fermarsi cioè al problema, alla crisi, al disagio ma andare oltre, al di là.

Le ultime indicazioni don Romeo le ha fornite ai presenti per realizzare il benessere e la crescita personale che è crescita "di tutto il cosmo"; curare la natura rispettarla, ma riscoprire anche lo stupore per la vita, recuperare la ricchezza delle emozioni, relazionarsi con gli altri entrando in empatia e attuare il pensiero attivo, vivere l'ascolto profondo, sperimentare l'intelligenza emotiva.

Cercasi medico esperto in traumatologia

Struttura sanitaria privata a carattere ortopedico e traumatologico in nota località turistica delle Dolomiti cerca MEDICO, possibilmente con discreta esperienza in TRAUMATOLOGIA, per collaborazione professionale a tempo pieno con compiti di medicina generale e pronto soccorso traumatologico. Durata del periodo: 4 mesi, eventualmente rinnovabile o trasformabile in un rapporto di associazione professionale. Contratto privato con compenso da concordare e adeguato alle capacità e all'esperienza professionale. Per ulteriori informazioni telefonare al 335.205519.