

# SOMMARIO

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

**DIRETTORE EDITORIALE**  
Nunzio Romeo

**DIRETTORE RESPONSABILE**  
Giovanni Caminiti - medicard@virgilio.it

**REDATTORE CAPO**  
Mario Primo Cavaleri

**FUNZIONARIO**  
Giusy Giordano - giordano@omceo.me.it

**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@graoeditor.it www.graoeditor.it

**COMITATO DI REDAZIONE**

Stefano Leonardi - Giovanni Pulitanò  
Antonio Spatari - Aldo Trifiletti

**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**

*Presidenti Onorari:*

Paolo Catanoso - Antonino Ferrara - Antonino Trifirò  
Nunzio Romeo *Presidente*  
Carmelo Salpietro Damiano *Vice Presidente*  
Salvatore Rotondo *Segretario*  
Filippo Zagami *Tesoriere*

*Consiglieri:*

Giacomo Cauda, Sebastiano Coglitore, Santo Fazio,  
Gaetano Iannello, Stefano Leonardi, Giuseppe Lo  
Giudice, Manlio Magistri, Sebastiano Marino, Lorenzo  
Mondello, Mario Pollicita, Rosalba Ristagno, Vincenzo  
Savica, Francesco Trimarchi

*Revisori:*

Eligio Giardina *Presidente*

*Componenti:*

Giovanni Caminiti, Carmelo Staropoli,  
Aurelio Lembo *(suppl.)*

*Commissione Odontoiatri:*

Giuseppe Lo Giudice *Presidente*  
Gaetano Iannello *Segretario*

*Componenti:*

Giuseppe Renzo, Michele Tedesco, Antonio Spatari



n. 4 luglio - agosto 2009

Riconferme all'Aiop

Fnomceo "Nessun medico è un'isola"

Enpam: salvadanaio per il futuro

Scelta dell'automazione al Papardo

Soccorso ai terremotati abruzzesi

## Indice pagine web

Sul sito dell'Ordine, nella sezione dedicata a Messina medica, sono disponibili i seguenti approfondimenti:

Vita di sezione Federspev: consuntivo 2008 e programma 2009 di A. Arcoraci.

Saper come invecchiare è il capolavoro della vita: menopausa in consultorio di L. Barbaro, F. Cancellieri e C. Donati Sarti.

Il Biofeedback nel trattamento della stipsi rettale e dell'incontinenza fecale: una luce alla fine del tunnel? di F. Arcanà.

Per gli articoli su Messina medica è attiva  
una nuova e-mail: [messinamedica@omceo.me.it](mailto:messinamedica@omceo.me.it)



## Educazione continua in medicina

*Croce e delizia dei medici: l'ECM*

**L'**informazione e la formazione stanno alla base del miglioramento delle prestazioni professionali e della soddisfazione del cliente. Nel caso dei medici, la "customer satisfaction" non è solo la gratificazione delle aspettative ma soprattutto la risposta positiva e soddisfacente alla aspettativa di salute.

L'aggiornamento e la formazione continua quindi diventano strumento professionale e quindi strumento per erogare salute.

Il mondo della formazione è però un mondo variegato: la scuola italiana ne sa qualche cosa.

Anche il mondo dell'ECM non è indenne da questo. Chi conosce le tecniche per l'accreditamento sa che la capacità di gestire la richiesta di accreditamento di uno stesso pacchetto formativo può fare acquisire quantità di "crediti" diverse.

Pacchetti scientificamente migliori possono quindi avere punteggi inferiori a pacchetti meno validi grazie ad una migliore gestione della presentazione della pratica. Legittimo da parte del Medico ricercare i pacchetti con maggior punteggio, ma attenzione ai contenuti. Cosa ben diversa è raggranellare il punteggio richiestoci dalla legge e mantenere un livello di aggiornamento e di formazione adeguato.

Come orientarsi nel variegato mondo dell'offerta ECM ?

Ci sono comunque elementi che possono aiutare in una valutazione preventiva: la rilevanza dei docenti, la qualità del "provaider" (chi si preoccupa della pratica di accreditamento), la serietà degli organizzatori. Solo in ultimo sarà opportuno considerare quale sia la valenza in "punti". È scontato dire che un professionista serio così come un docente affermato non si presteranno a realizzare un prodotto scadente. Tra i "provaider" ci sono quelli che svolgono la attività "per professione" fornendo il servizio di accreditamento a chi lo richiede e ci sono quelle strutture che accolgono solo richieste

volte a realizzare formazione seria e reale. Certo non è facile discriminare in anticipo ma, con un minimo di attenzione non è poi estremamente difficile. Anche tra gli organizzatori potrebbe non essere semplice, ma fatta una piccola esperienza ciascuno saprà riconoscere chi ha realizzato corsi significativi e chi ha elargito punteggi. È nel rispetto di questi criteri che si muove il Consiglio del nostro Ordine: numerose le richieste di patrocinio a corsi e convegni, viene preventivamente esaminata la provenienza della richiesta e solo successivamente concesso il patrocinio.

Altrettanto per quanto riguarda le attività formative che vengono gestite direttamente dall'Ordine: è stata istituita una apposita "commissione" per l'esame preventivo delle attività formative! E sono stati chiamati a far parte di questa commissione anche illustri rappresentanti di società scientifiche che da anni ormai si occupano di formazione. Senza scordare che la Fondazione Cultura e Salute è l'organo specifico dell'Ordine per la divulgazione di informazione e formazione per medici ed odontoiatri.

Ordine e Fondazione quindi, fatto salvo un esame preventivo relativo alla qualità del pacchetto formativo da divulgare mettono in atto tutte le tecniche opportune affinché il "pacchetto" abbia l'accreditamento del maggior punteggio possibile.

Sia l'Ordine che la Fondazione hanno in cantiere numerosi eventi formativi che verranno realizzati a partire dal prossimo autunno per fornire "pacchetti" di qualità soprattutto in ambiti e settori meno percorsi dalla divulgazione scientifica più usuale.

Mentre c'è qualcuno che "sta lavorando per voi", vi auguro di potervi prendere una fresca pausa durante questa già caldissima estate.

"Cose fresche" a tutti e ... arrivederci a settembre.



*L'Ordine dei medici  
in tutte le sue componenti  
augura Buone Vacanze*

Gli uffici  
durante il mese di agosto  
rimarranno aperti al pubblico  
dalle ore 9,30 alle 13  
di tutti i giorni tranne il sabato.  
É sospeso l'orario pomeridiano.  
Nei giorni 12, 13 e 14 agosto  
saranno chiusi.



## Savica, presidente sezione Siculo-Campana della Società Italiana di Nefrologia

**A** Salerno durante il X congresso della sezione Siculo-Campana della Società Italiana di Nefrologia, il prof Vincenzo Savica, associato di Nefrologia presso l'Università di Messina e direttore dell'U.O.C. di nefrologia e dialisi del Pardo, è stato eletto presidente per il prossimo triennio. La sezione Siculo-Campana di nefrologia rappresenta 400 dei 2.000 nefrologi italiani e per produzione scientifica si posiziona ai vertici nazionali e internazionali. Lusinghiera affermazione ha avuto al congresso la scuola nefrologica messinese che ha presentato originali e innovative ricerche. Il prof Savica, replicando il plauso ottenuto negli Stati Uniti nel corso un'apposita lettura presso la Mayo Clinic di Rochester, Minnesota, ha registrato un successo personale presentando dati scientifici nuovi che vedranno applicazione, nei prossimi anni, nell'ambito della terapia delle alterazioni del metabolismo del fosforo non solo nei pazienti affetti da insufficienza renale cronica ma anche in coloro che, pur esenti



Vincenzo Savica

da patologie renali, presentino alti livelli sierici di fosforo pur anche ai livelli maggiori del range in atto considerato normale. Infatti è stato suggerito un nuovo approccio terapeutico e è stato acclarato il rapporto esistente tra l'alta morbilità e mortalità per patologia cardiovascolare dei pazienti affetti e da insufficienza renale cronica e iperfosforemia. Savica ha inoltre identificato fonti misconosciute e sottostimate di fosforo che rappresenta-

no un robusto fattore di rischio per l'aumento del fosforo sierico anche per la popolazione esente da patologia renale atteso che, nella popolazione anche giovane esente da patologia renale, autorevoli studi hanno di recente puntualizzato una solida correlazione esistente tra fosforemia, patologie cardiovascolari e aterosclerosi anche in fase subclinica. Tali studi hanno inoltre inteso rappresentare un allarme preventivo stimolando ad attenzione il consumo di cibi e bevande contenenti quantità generose di polifosfati in tutti i soggetti della popolazione.



Giuseppe Ruggeri

**S**i è svolto a Taranto il 58° convegno nazionale dell'Associazione Medici Scrittori Italiani (A.M.S.I.): affiliata all'U.M.E.M. (Unione Mondiale Medici Scrittori), vanta una tradizione prestigiosa, annoverando tra i suoi soci personalità come Tobino, Levi e Bonaviri, e pubblica la rivista "La Serpe", fondata da Corrado Tumiati, che viene inviata periodicamente a tutti gli iscritti. Nel corso dei lavori congressuali, è

## Ruggeri riconfermato consigliere dell'Amsi

stato rinnovato il direttivo nazionale: presidente Nicola Avellino, vicepresidente Fernando Petrone, segretario Gianfranco Brini, tesoriere Rosa Barbagallo, consiglieri Gherardo Casaglia, Gennaro Pasquariello, Giuseppe Ruggeri; revisori dei conti: Dino La Selva, Josè Peverati. Il dott. Giuseppe Ruggeri, messinese, medico, scrittore e giornalista, è stato riconfermato nella carica insieme ai dottori Avellino, Barbagallo, Casaglia e Pasquariello e curerà i rapporti dell'A.M.S.I. con la stampa.

## Insediate le Commissioni ordinistiche

Deliberato un apposito regolamento che le rende utili snelle ed efficienti

**A**l momento dell'insediamento il nuovo Consiglio direttivo, proseguendo quanto già disposto nel passato, ha istituito diverse Commissioni operative allo scopo di contribuire all'interscambio professionale, alla conoscenza reciproca ed all'aggiornamento tra i propri iscritti, nonché per consentire una più diretta partecipazione all'attività istituzionale, informativa e propositiva dell'Ordine a supporto dell'esercizio professionale.

E' stata infatti ferma volontà del nuovo Consiglio procedere ad una complessiva revisione del numero, della tipologia, dei componenti e dei metodi di lavoro delle commissioni.

Dopo aver esaminato, in un gruppo ristretto di lavoro, quali commissioni fosse opportuno confermare o attivare e, soprattutto, quale metodo adottare affinché le commissioni fossero in grado di interpretare le reali esigenze di appro-

fondimento espresse dalla maggior parte degli iscritti, nella seduta del 23 febbraio sono stati sanciti i principi fondamentali di funzionamento attraverso l'approvazione di un apposito regolamento che ha assegnato alle Commissioni funzioni consultive e propositive. Le stesse dovranno rispondere ai quesiti posti dal Consiglio dell'Ordine o dai singoli iscritti agli Albi professionali e potranno proporre atti di vario tipo al Consiglio tramite il proprio Coordinatore referente.

Di seguito riportiamo l'elenco delle Commissioni i cui nominativi dei sanitari che le compongono sono consultabili tramite il sito internet dell'Ordine ([www.omceo.me.it](http://www.omceo.me.it)) alla voce organi istituzionali (presente nel menù di colore blu in prima pagina, posto in alto a sinistra) e poi alla voce commissioni ordinistiche (presente nel minimenù di colore blu in basso a destra).

### Le Commissioni

- COMMISSIONE DI BIOETICA
- COMMISSIONE PER LA PUBBLICITA' SANITARIA
- COMMISSIONE PER L'AGGIORNAMENTO E LA FORMAZIONE PERMANENTE
- COMMISSIONE PER LE PROBLEMATICHE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
- COMMISSIONE PER LE PROBLEMATICHE DELLA PEDIATRIA
- COMMISSIONE PER LE PARI OPPORTUNITA'
- COMMISSIONE PER LE PROBLEMATICHE RELATIVE ALLA MEDICINA GENERALE, LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE E L'EMERGENZA TERRITORIALE
- COMMISSIONE PER LE PROBLEMATICHE DELL'OSPEDALITA' PUBBLICA E PRIVATA E DEI RAPPORTI OSPEDALE-TERRITORIO
- COMMISSIONE PER LA PRATICA DELLE MEDICINE NON CONVENZIONALI
- COMMISSIONE PER LE PROBLEMATICHE INPS E DEI MEDICI FISCALI
- COMMISSIONE PER LE PROBLEMATICHE DEGLI SPECIALISTI CONVENZIONATI ESTERNI
- COMMISSIONE PER I RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'
- COMMISSIONE PER LE PROBLEMATICHE AMBIENTALI





## Nessun medico è un'isola

**I**l Comitato Centrale della FNOMCeO, riunito a Napoli, traccia una linea di interventi per una buona Sanità nelle piccole isole d'Italia, dopo il Workshop che, a Procida, ha messo sotto i riflettori le criticità di queste zone "di frontiera". John

Donne diceva che "nessun uomo è un'isola": parafrasandolo, "noi ci impegniamo affinché i medici di Lipari, Capraia, Ponza e di tutte le piccole isole italiane non rimangano ai margini del Sistema Sanitario, non rimangano isolati". È con questa immagine che il Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Amedeo Bianco, ha voluto concludere i lavori del Workshop congiunto FNOMCeO-ANSPI (Associazione Sanitaria Nazionale Italiana delle Piccole Isole) che, a Procida, ha affrontato il tema della Sanità nelle 45 isole minori d'Italia.

"Ed è una Sanità che sconta grandi difficoltà nel garantire adeguati livelli di assistenza non solo ai residenti, ma anche ai vacanzieri che, nella stagione estiva, moltiplicano la popolazione a dismisura" ha detto Gabriele Peperoni, Segretario Nazionale della FNOMCeO e Presidente dell'Ordine di Napoli, che ha ospitato il Convegno "La Sanità nelle Piccole Isole".

Un dato per tutti: dai 200 mila residenti medi, le piccole isole possono passare anche ad alcuni milioni di presenze, rendendo critico il lavoro dei medici e degli operatori sanitari.

"Ma tali criticità - ha proseguito Peperoni - possono essere trasformati e in opportunità, in occasioni per palestre sanitarie innovative".

Sul palco del Convegno delle Orfan e Muraie, si sono alternati, per tutta la giornata, oltre ai rappresentanti della FNOMCeO e quelli dell'ANSPI (il Presidente Antonino Scirè, il Vicepresidente Gianni Donigaglia e il Responsabile per la Campania Tommaso Strudel), anche il Direttore dell'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), Fulvio Moirano, il Direttore generale delle Risorse Umane e Professioni Sanitarie del Ministero della Salute, Giovanni Leonardi, il Rettore dell'Università di Messina, Francesco Tomasello. Tutti hanno concordato su un punto: per costruire

un'offerta di servizi "su misura", è necessario cogliere - e non eludere - le differenze e le peculiarità che caratterizzano queste realtà così particolari. "Non possiamo fare leggi uguali per diseguali" ha infatti sottolineato il presidente ANSPI Antonino Scirè. Che ha continuato: "L'obiettivo di tutti gli attori sanitari deve essere quello di migliorare la qualità del lavoro e dei servizi per garantire livelli sempre più efficaci di tutela della salute per i residenti e per le migliaia di turisti che, ogni anno, necessitano di assistenza e di cure adeguate e tempestive".

Alla luce di queste considerazioni, nella riunione del Comitato Centrale, la FNOMCeO ha steso una check list degli interventi improrogabili, al fine di ottimizzare l'efficienza e l'efficacia dei sistemi sanitari nelle isole minori:

1. Prevedere e garantire remunerazioni specifiche per le prestazioni sanitarie erogate nelle piccole isole, atteso che i costi non possono raggiungere livelli di efficienza senza penalizzare l'equità e l'efficacia dei servizi sanitari.
2. Coprire i fabbisogni di personale, diminuendo il disagio dei professionisti che restano la loro opera in questi ambienti e rendendo possibili i distacchi per l'aggiornamento e le ferie.
3. Incentivare, dal punto di vista economico, i professionisti che lavorano sia stabilmente che in modo discontinuo - su questi territori.
4. Garantire la Formazione continua, sia con la modalità a distanza (FAD), sia con un aggiornamento sul campo, attraverso stages in strutture ambulatoriali e ospedaliere extraisole, prevalentemente indirizzate agli specifici bisogni formativi individuali e di processo.
5. Progettare modelli organizzativi e professionali flessibili, in modo da ampliare l'offerta qualificata delle competenze, anche attraverso una coerente flessibilità delle norme ordinarie, contrattuali e convenzionali.
6. Migliorare le infrastrutture e i trasporti, come condizione imprescindibile di buona sanità.
7. Potenziare il ruolo della Telemedicina e di tutti quei Servizi di emergenza, di pronto soccorso, territoriali, ospedalieri.

"La Federazione - ha proposto Bianco - chiede che questi interventi, volti a specificare e tutelare la peculiarità delle piccole isole italiane, siano sanciti in un apposito accordo Stato-Regioni, anche individuando quale soggetto di garanzia l'AGENAS".

## L'alleanza terapeutica baricentro nelle scelte di fine vita

A Terni, il Consiglio nazionale della FNOMCeO  
vara un documento sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento

“Rivalutare il ruolo del medico all’inferno di un diritto mite”: questo il senso e il contenuto profondo emerso dalla due giorni che a Terni ha visto confrontarsi i medici italiani sulle “dichiarazioni anticipate di volontà”. Al “richiamo forte delle responsabilità” su questi temi che coinvolgono in maniera così compenetrante l’Alleanza Terapeutica, la FNOMCeO ha risposto prima con un convegno dove, a tutto tondo, si sono confrontati costituzionalisti, giuristi, società scientifiche, associazioni di cittadini, politici. Poi, con una decisa dichiarazione di intenti espressa in un documento approvato - 85 voti favorevoli, 5 contrari e 7 astensioni - dai presidenti degli Ordini provinciali presenti al Consiglio nazionale, appena conclusosi nel capoluogo umbro. “In un’epoca di profonde trasformazioni sociali, di molteplici presenze di etnie, religioni e culture che diversificano le comunità in tante orgogliose identità, in un mondo sempre più unificato dalla tecnica, i principi che ispirano il Codice deontologico rappresentano un punto di riferimento per la civile convivenza, per la riaffermazione dei valori etici della solidarietà umana”. Così si legge nell’incipit del Documento che, nel Codice deontologico, “quale espressione sintetica e condivisa delle tante sensibilità e culture che animano e che sono la ricchezza etica e civile della professione”, vede il nucleo identitario, di guida e di indirizzo, anche sul delicatissimo tema delle dichiarazioni anticipate di trattamento. È

in sostanza riaffermata, con forza e all’unanimità, la “convincione che le previsioni del Codice di deontologia medica abbiano forza giuridica ed etica e siano di per sé idonee ad orientare e legittimare le decisioni assunte in un’alleanza terapeutica”, che rappresenta il più alto punto di incontro tra l’autodeterminazione del paziente e la libertà di scelta - in scienza e coscienza - del medico. “Su queste delicate ed intime materie - si legge, infatti, nel documento - il legislatore dovrà intervenire formulando un diritto mite”. Un diritto, cioè, che si limiti esclusivamente a definire “la cornice di legittimità giuridica sullo base dei diritti della persona costituzionalmente protetti, senza invadere l’autonomia del paziente e quella del medico”. Ogni decisione, quindi, non può che essere l’espressione dell’unicità e dell’irripetibilità di quella singola alleanza terapeutica, che contiene in sé “tutte le dimensioni etiche, civili e tecnico professionali per legittimare e garantire la scelta giusta”, nell’interesse esclusivo del paziente e nel rispetto delle sue volontà. A conclusione della giornata odierna, il presidente della FNOMCeO, Amedeo Bianco, e il presidente dell’Ordine di Terni, Aristide Paci, hanno voluto rilasciare la seguente dichiarazione congiunta: “Il nostro lavoro si muove anche nell’auspicio che, dopo una pausa di riflessione che coinvolga tutti i soggetti interessati il confronto riprenda in un clima più sereno e con un dialogo costruttivo. Le nostre riflessioni sono a disposizione per contribuire a conseguire questo obiettivo.

Sul sito dell’ordine [www.omceo.me.it](http://www.omceo.me.it) è disponibile l’ordinanza 16 giugno 2009 recante “Iscrizione temporanea di alcune composizioni medicinali nella tabella II, sezione D, allegata al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”.

L’ordinanza è stata emanata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

### Ordinanza detabellizzazione farmaci oppiacei

sul presupposto che una delle cause che rendono difficile l’accesso alla terapia del dolore risulta essere la necessità prevista dal testo unico dell’utilizzo del ricettario speciale per la prescrizione dei medicinali analgesici oppiacei.

## Responsabili servizi prevenzione e protezione

Programmata la riedizione

Alla fine dello scorso anno si è ripetutamente portato all'attenzione dei medici e degli odontoiatri gestori in prima persona di studi e ambulatori, il d.lgs n. 81 del giugno 2008: tutti dovevano considerarsi "datori di lavoro". Tra gli obblighi non delegabili ricadenti sul "datore di lavoro" la nomina del "responsabile dei servizi di prevenzione e protezione" (RSPP). Potendo lo stesso "datore di lavoro", se adeguatamente formato, acquisire questo ruolo, l'Ordine dei medici, in collaborazione con la Fondazione "Cultura e Salute" aveva organizzato un corso per la formazione di queste figure secondo quanto previsto dalla normativa. Il corso interdisciplinare aveva ottenuto anche una valutazione di 12 crediti ECM. La richiesta di una riedizione del corso è pervenuta da più parti e si è deciso pertanto di provvedere ad una riedizione dello stesso prevista per il prossimo settembre.

Il corso è già a catalogo sul sito internet dell'Ordine nella sezione dedicata ai corsi della Fondazione "Cultura e Salute" e sono aperte le iscrizioni. La tipologia di contenuti del corso rende possibile la acquisizione del titolo anche a figure diverse da quelle del medico e dell'odontoiatra. L'iscrizione è quindi aperta non solo a queste figure ma anche a soggetti diversi che volessero acquisire il titolo di Responsabile dei Servizi di Prevenzione e Protezione per questa area. (C.G.)

## Medicina del lavoro

Negli ultimi mesi sono stati tenuti presso l'auditorium Gaetano Martino dell'Ordine, una serie di corsi ECM, accreditati per 6 punti ciascuno, dedicati ad argomenti di medicina del lavoro.

Si ricorda ai colleghi che svolgono l'attività di medici competenti che il 70% del punteggio ECM deve, per loro, essere acquisito in questa area.

I primi corsi sono stati realizzati in collaborazione con l'Istituto di medicina del lavoro dell'Università di Messina. L'apprezzamento ottenuto da parte dei colleghi che hanno partecipato è il miglior ringraziamento che possa essere fatto ai docenti. Sono già in progettazione altri 4 corsi

di Medicina del Lavoro che verranno realizzati a partire dalla fine del prossimo mese di settembre.

Uno di essi sarà realizzato ancora con la collaborazione dell'Istituto di medicina del lavoro e verterà sui rischi da lavoro al videoterminale; gli altri verteranno su argomenti più legati alla pratica operativa ed ai rapporti con gli istituti di vigilanza grazie alla collaborazione con i medici della "vigilanza" della AUSL 5 di Messina.

I corsi verranno messi a catalogo nella specifica area del sito internet dell'Ordine dei medici. Attraverso il sito potranno essere acquisite ulteriori informazioni e potranno effettuarsi le iscrizioni. (C.G.)







## Tirocinio in medicina generale

Rinnovato accordo tra Università e Ordine dei medici

**È** stato rinnovato l'accordo tra Università e Ordine dei Medici per lo svolgimento del tirocinio professionalizzante in Medicina Generale.

Da alcuni anni gli studenti del quinto anno del Corso di Laurea in Medicina hanno frequentato per una settimana gli studi di Medici di Medicina Generale qualificati come "Tutor".



*Alfredo Carducci Arsenio*



*Giovanni Caminiti*

Si è constatato che l'esperienza è stata positiva e particolarmente gradita agli studenti.

Sono stati sufficienti pochi incontri, tenuti in questi ultimi mesi, tra il prof. A. Carducci, presidente del Corso di Laurea e il dr. G. Cami-

niti, che ha rappresentato l'Ordine dei Medici, per giungere alla conclusione che l'esperienza non solo poteva e doveva essere proseguita ma che sarebbe stato opportuno darle maggiore respiro.

Si è concordato pertanto di portare a due le settimane di tirocinio mantenendo l'impostazione data precedentemente.

Gli studenti del quinto anno pertanto inizieranno il tirocinio con un primo incontro seminariale, seguito da una settimana di frequenza presso lo studio del medico tutor che affiancheranno nelle attività ambulatoriali e domiciliari. Seguirà quindi un secondo incontro seminariale durante il quale potrà essere fatto il punto della situazione con un interscambio di esperienze tra gli studenti e i tutor.

L'attività verrà conclusa con una seconda settimana presso gli studi del medico tutor scelto inizialmente. Il primo periodo di tirocinio per l'anno accademico 2009/10 avrà inizio il 4 settembre. Ogni ulteriore informazione potrà essere acquisita consultando sia il sito dell'Ordine dei Medici che il sito dell'Università.

### **XVI corso di formazione perfezionamento**

**L'ipnosi nel controllo del dolore**

Milano  
Hotel Ascot Best Western  
Via Lentasio 3  
10-11 ottobre 2009  
14-15 novembre 2009  
12-13 dicembre 2009  
16-17 gennaio 2010  
La locandina del corso è disponibile sul sito  
[www.omceo.me.it](http://www.omceo.me.it)

Sul sito [www.enpam.it](http://www.enpam.it) sono scaricabili il modello CUD 2009  
e il modulo detrazioni 2009



## Divieto di lavoro dopo l'aborto

**D**i seguito la normativa in caso di aborto della donna medico libero professionista e della donna in rapporto di dipendenza.

ENPAM – Indennità di aborto: • prima del terzo mese: indennità di malattia per il periodo di mancata attività; • dal terzo mese di gravidanza alla fine del sesto: indennità di aborto pari a 1/12 dell'80% del reddito derivante da attività medica libero professionale percepito nel secondo anno precedente quello di presentazione della domanda, denunciato al fisco; • dopo il 180esimo giorno: tutta la indennità. D.P.R. novembre 1976 numero 1026 “Regolamento di esecuzione della legge 30 dicembre 1971, n. 1204, sulla tutela delle lavoratrici madri”. Art. 12 – Ai fini dell'art. 20 della legge,

l'interdizione spontanea, o terapeutica, della gravidanza che si verifichi prima del 180 giorno dall'inizio della gestazione si considera aborto. E' considerata invece come parto, a tutti gli effetti, l'interruzione spontanea, o terapeutica, della gravidanza successiva al 180° giorno dall'inizio della gestazione. Per il computo dei periodi di cui ai precedenti commi del presente articolo, l'inizio dello stato di gravidanza è stabilito secondo i criteri fissati dal primo comma dell'art. 4 del presente decreto. Art. 4. Per la determinazione dell'inizio, del periodo di gravidanza ai fini previsti dall'art. 2, secondo comma, della legge, si presume che il concepimento sia avvenuto 300 giorni prima della data del parto, indicata nel certificato medico di cui al successivo art. 14.

### INTERRUZIONE SPONTANEA DI GRAVIDANZA

La dipendente che, volontariamente, interrompe la gravidanza -aborto volontario – nel rispetto delle norme di cui alla legge n. 194 del 22 maggio 1978 non può beneficiare della tutela della lavoratrice madre di cui alla legge 1204/71 e successive.

<p>Prima del 180° giorno di gestazione (aborto)</p>	<p>L'interruzione di gravidanza prima del 180esimo giorno di gestazione va considerata malattia causata dallo stato di gestazione, anche se non fa cumulo con i giorni di malattia per altre cause.</p>	<p>L'assenza della dipendente va gestita in base alle disposizioni riguardanti “assenze per malattia”.</p>
<p>Dopo il 180° giorno di gestazione (parto)</p>	<p>Dopo il 180esimo giorno di gestazione l'aborto viene considerato parto (art.12 DPR 1026/1976).</p>	<p>La dipendente deve essere collocata in astensione obbligatoria “post partum” per tre mesi dal giorno successivo a quello dell'aborto; ovviamente non ha diritto alla astensione facoltativa, ai riposi per l'allattamento e alla conservazione del posto sino all'anno di vita del bambino (art.2 DPR 1026/1976)</p>

In caso di aborto spontaneo o terapeutico, la dipendente deve produrre, entro giorni 15, il certificato medico rilasciato dall'Ufficio Sanitario dell'A.S.L. oppure da un medico di fiducia.

Sul sito dell'Ordine [www.omceo.me.it](http://www.omceo.me.it) la circolare del Ministero della Salute sull'interruzione di gravidanza dopo il 180esimo giorno dall'inizio della gestazione.

# Pensando alla pensione

Spigolature: reversibilità che ingiustizia

**D**ue gemelli, Andrea e Giovanni, si sono laureati entrambi nello stesso giorno e sono pure entrati in carriera ospedaliera lo stesso giorno...e al 65esimo anno tutti e due sono andati in pensione...la stessa pensione INPDAP...Ambedue sposati, ma uno, Andrea, parsimonioso e come una formichina ha risparmiato e tesaurizzato pensando al futuro, l'altro, Giovanni, gaudente ha preferito godersi la vita...tanto c'è una buona pensione.

Ma ecco cosa capiterebbe in caso di reversibilità: il primo gemello, Andrea, con una moglie pure lei con una discreta pensione perché ha sempre lavorato oltre che essere madre di tre figli, ormai cresciuti, sacrificandosi come sposa, madre e lavoratrice e alcune case come, abbiamo detto, frutto di risparmi con sacrifici, ebbene in caso di decesso del marito Andrea vedrebbe la sua pensione non solo quasi dimezzata per i coefficienti di conversione previsti per la pensione al coniuge, ma ulteriormente tagliati perché titolare di una discreta pensione e di altri redditi. Mentre la moglie del gemello Giovanni che ha preferito insieme alla consorte che non ha mai lavorato e perciò non ha pensione, godersi una bella vita con viaggi e cene, avrà una reversibilità piena senza i tagli particolari, al doppio rispetto a quella della cognata. Da questo esempio è evidente come l'aggancio delle pensioni di reversibilità INPS e INPDAP al reddito del coniuge solo, superstite è altamente iniqua e discriminante, premiando chi

non ha mai con sacrifici pensato al suo futuro nel postlavorativo...tanto ci pensa "mamma stato". Infatti a parità di versamenti contributivi si va proprio a premiare chi nella vita non ha mai pensato al risparmio e a tesaurizzare per la futura vecchiaia. Si premiano le cicale e si colpisce la provvida formica. Da un punto di vista tecnico, la pensione deriva quale corrispettivo di contributi versati a valore corrente durante l'attività lavorativa e nel calcolo attuariale di trasformazione vengono già considerati i parametri delle spese per la reversibilità di pensione al coniuge superstite nell'ambito di una media di calcolo suffragato dai dati Istat di sopravvivenza. L'aggancio al reddito è dunque una differenziazione che a parità di contribuzione (parlo di contribuzione e non di imposte) dà rendite diverse, mentre a parità di contributi andrebbero riconosciuti pari diritti, altrimenti è evidente una discriminazione che nell'ambito della solidarietà va ricercata nella fiscalità e non in una contribuzione previdenziale. E' un artificio evidente per fare cassetta degli enti previdenziali della dipendenza che troppo spesso mescolano il sociale con la previdenza..... Questo non avviene per le pensioni ENPAM, ove vengono rispettati i diritti acquisiti, strettamente correlati alla contribuzione effettuata evitando discriminazioni e ingiustizie sociali.



## Previdenza: salvadanaio per il futuro



Nunzio Romeo



Mario Falconi

Si è svolto nell'auditorium dell'Ordine dei Medici, un interessantissimo incontro-dibattito, dal titolo "La previdenza: un salvadanaio per il futuro" in tema di chiarimenti sul sistema pensionistico. All'incontro hanno partecipato numerosi medici iscritti all'Ordine. Il meeting introdotto dal presidente Nunzio Romeo si è sviluppato con gli interventi del dottor Aurelio Lembo – revisore dei conti dell'Ordine di Messina- intervenuto sulla storia dell'Enpam, del dottor Mario Falconi Vice Presidente Vicario della stessa Fondazione, del dottor Davide Drommi – promotore finanziario Allianz Bank, che ha parlato di fondi pensionistici, ed in conclusione il dottor Gaetano Iannello consigliere odontoiatra dell'Ordine di Messina che ha trattato il tema "Libera professione odontoiatrica: quale futuro pensionistico?" All'inizio della loro carriera i medici e gli odontoiatri, dopo aver ottenuto l'iscrizione all'albo professionale, vengono automaticamente ed obbligatoriamente iscritti alla fondazione Enpam. L'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza Medici è una fondazione senza scopo di lucro con personalità giuridica di diritto privato ed ha l'obiettivo di attuare la previdenza e l'assistenza a favore degli iscritti e dei loro familiari. E' un sistema basato sulla solidarietà fra colleghi di una stessa categoria-precisava Falconi- ed il suo corrispettivo economico finale dipende da diversi fattori tra cui l'entità dei contributi singolarmente versati, l'entità dei contributi della forza lavorativa al momento del

pensionamento, l'intervento di eventuali mutamenti del regolamento pensionistico, l'intervento di leggi dello Stato in tema di pensioni. Nel dibattito si è posto l'attenzione su modi anomali di percepire la Fondazione. In realtà essa non è solo la fonte dell'obbligo imprescindibile di versare contributi, piuttosto è una tutela per la loro futura "vecchiaia" del Medico. Si è parlato di sistema retributivo e calcolo della pensione attraverso la quota A, che corrisponde al prodotto tra retribuzione pensionabile, riferita alle voci fisse e ricorrenti della retribuzione annua in pagamento alla cessazione del servizio, moltiplicata per l'aliquota di rendimento (commisurata agli anni di anzianità contributiva considerata), e la quota B che corrisponde al prodotto tra retribuzione media annua rivalutata in base ad appositi indici Istat, secondo l'ampiezza del periodo di riferimento, moltiplicata per la differenza tra l'aliquota di rendimento maturata alla cessazione e quella maturata a tutto il 31 dicembre 1992. Si è detto inoltre che il periodo di riferimento per la determinazione della retribuzione pensionabile è, a regime, costituito dagli ultimi 10 anni che precedono la domanda di pensione. In ultimo è stato sottolineato che l'Enpam ha sottoscritto una nuova convenzione per la polizza sanitaria, con la compagnia assicurativa Unisalute spa (che fa capo a Unipol Gruppo finanziario Spa) e che la nuova polizza/convenzione prevede benefici per tutti gli iscritti per il periodo compreso tra l'1/6/2009 ed il 31/5/2010.







Barbara Cittadini

## Barbara Cittadini confermata alla guida dell'Aiop

Sarà ancora Barbara Cittadini a guidare l'Aiop-Sicilia. La riconferma alla presidenza regionale dell'Associazione italiana ospedalità privata è avvenuta per acclamazione nel corso di un'assemblea nella sede palermitana. Alla vicepresidenza resta Luigi Nesi, al consiglio nazionale vanno entrambi e Vito Sabbino. I rappresentanti delle 58 case di cura siciliane hanno ribadito piena fiducia ai vertici uscenti, che avranno il compito di dettare la linea nel prossimo triennio. «L'Aiop ha tutta la solidità per sostenere davanti a chiunque e a tutti i livelli che non potrà esserci alcuna scelta sulla sanità che non la veda protagonista», ha detto Barbara Cittadini dedicando la riconferma a Lorenzo Pandolfo, il giovane amico di famiglia scomparso nei giorni scorsi in seguito a un incidente stradale. Poi ha sottolineato: «Nell'anno che doveva segnare la demolizione dell'ospedalità privata, noi dell'Aiop abbiamo saputo accreditarci come l'asse portante di una nuova sanità, che sa ascoltare la voce della sofferenza, mantenere il culto della vita umana e fare, con grande dignità e un alto senso della responsabilità, la sua bella traversata del deserto. Ora che, anche in virtù dei nostri sacrifici, i conti della Regione sono finalmente in ordine ed una legge importante ha riconosciuto il ruolo essenziale e irrinunciabile delle cliniche private, rivendichiamo e pretendiamo atti concreti e comportamenti conseguenti». Quanto agli obiettivi, la Cittadini afferma: «L'ospedalità privata vanta un livello di assistenza ormai attestato sugli standard delle società più evolute e questo è motivo di orgoglio. Ma per affrontare le nuove sfide, la certezza d'essere bravi da sola non basta. Alla riforma del sistema dovrà seguire una riforma ancora più impegnativa ed ambiziosa, quella della nostra coscienza professionale. Una rivoluzione culturale che spinga ciascuno di noi a gettare lo sguardo oltre i confini della propria azienda per guardare il grande orizzonte dell'innovazione, della formazione professionale, di una

specializzazione sempre più marcata». La riconfermata presidente regionale dell'Aiop sottolinea anche che «la pretesa di mantenere gelosamente in piedi tutti i nostri piccoli mondi antichi ci impedirà di qualificare l'offerta e ci spingerà lentamente ma inesorabilmente fuori da ogni logica di mercato». Da qui la sfida: «Una rivoluzione culturale che in parte abbiamo avuto modo di vivere e sperimentare quando, per rispondere alla minaccia di chi voleva avviarci verso il nulla con la riduzione dissennata dei posti letto, abbiamo saputo rispondere con la nostra capacità di rimodulare e, quindi, di riconsiderare e reinventare l'esistente». «Vive congratulazioni» alla Cittadini sono state rivolte dall'assessore regionale al Bilancio, Michele Cimino: «L'elezione per acclamazione dimostra con quale impegno e professionalità ha saputo svolgere il suo ruolo».

## Barresi presidente provinciale

Il dott. Gustavo Barresi, amministratore della casa di cura Villa Salus, è stato riconfermato presidente dell'Aiop provinciale di Messina. L'assemblea, alla presenza del presidente dell'Aiop-Sicilia, Barbara Cittadini, ha espresso apprezzamento per il lavoro svolto da Barresi nell'ultimo triennio. «Porterò avanti il progetto già tracciato dalla sezione messinese dell'Aiop puntando sulla qualità delle nostre strutture – spiega Barresi, 39 anni, che è anche ricercatore di Economia aziendale all'Università di Messina e autore di diverse pubblicazioni in tema di Sanità -. Le case di cura che ho l'onore di rappresentare sono impegnate da tempo in un percorso per offrire ai cittadini un'assistenza efficiente e moderna».



Gustavo Barresi

## Soccorso ai terremotati abruzzesi

**L**a SIMEUP Sicilia ha effettuato la sua turnazione presso l'ospedale da campo "San Salvatore" d'Aquila e presso le tendopoli di Piazza d'Armi, Centi Colella, Paganica, Sassa, Monticchio, Acquasanta. Sono stati assistite in maniera meno diretta anche le tendopoli di Assergi, Camarda, Aragno, Collebrincioni.

Hanno partecipato alla missione i pediatri Francesco Letterio De Luca (ME), Francesco Lo Faro (Caltagirone), Vincenzo Salvo (CT), Massimo Alosi (ME), gli specializzandi Salvatore Aversa, Lucy Manuri, Giusi Pagano, Ninni Dicembrino di Messina e Valentina Fiorito (NA). Il lavoro è stato organizzato considerando campo base quello dell'ospedale d'Aquila e campi periferici quelli di Piazza d'Armi, Centi Colella, Paganica, Sassa, Monticchio, Acquasanta dove gli specializzandi hanno svolto la loro opera affiancando i pediatri di base eventualmente presenti in loco, sostituendoli, quando necessario, ma soprattutto rappresentando il collettore di tutte le necessità dei bambini presenti al campo e tentando di rendere meno difficoltosa alle mamme la gestione dei piccoli.

Il lavoro degli specializzandi è stato costantemente monitorato e, quando necessario, supportato dai medici strutturati presenti all'ospedale da campo. Si è prestata anche attenzione alla distribuzione delle risorse, peraltro ingenti, presenti, tentando di effettuare una divisione mirata alle esigenze espresse dalla popolazione dei campi. Durante la permanenza all'ospedale da campo è stata preziosa la collaborazione col dott. Corrado Picone (responsabile del dipartimento materno infantile nell'emergenza) in merito al re-



*Francesco Letterio De Luca*

perimento e alla distribuzione di materiale (generi alimentari, farmaci, pannolini, vestiario...) utile alle esigenze della popolazione pediatrica. L'assistenza ai pazienti pediatrici che afferiscono in consulenza dal PSG è stata garantita dai medici Pediatri secondo un regolare turno di servizio. L'aspetto umano della missione è stato preponderante in una situazione emotiva di particolare sofferenza che gli abitanti delle zone terremotate stanno vivendo e che li vede psicologicamente instabili e bisognosi di comprensione e supporto. In particolare al

campo di Piazza d'Armi la convivenza di varie etnie e di ceti sociali di basso livello socio-culturale ha necessitato di un'opera di costante monitoraggio della condizione infantile e giovanile in generale con attenzione anche ai problemi delle donne in gravidanza e delle puerpere. Durante tutta la settimana il responsabile del gruppo, dott. De Luca, ha mantenuto costanti e proficui



contatti col Presidente della SIMEUP Abruzzo, dott. Paolo Calafiore concordando e condividendo le aree e gli obiettivi dell'intervento.

È stato affrontato anche l'aspetto della prevenzione e a tal proposito sono stati elaborati

due volantini illustrativi (allegati alla presente relazione) per educare la popolazione alla prevenzione delle principali patologie correlate al caldo ed alla convivenza forzata. Sono state stampate e distribuite alla popolazione informazioni per la prevenzione del colpo di calore e della pediculosi.

Si è proceduto ad un censimento della popolazione infantile che risiede nei vari campi e, a partire dal 20 maggio, si è avviata una collaborazione col “Corpo Nazionale Medici Volontari” per raggiungere, grazie ad un PMA mobile, anche le più piccole tendopoli sparse sul territorio.

Il lavoro giornaliero della settimana è stato così organizzato: ore 8.30 riunione e partenza degli specializzandi, accompagnati da uno strutturato, verso i campi; ore 9-18.30 attività assistenziale e di supporto sociosanitario nei campi; ore 19 rientro dai campi degli specializzandi; ore 22 verifica giornata, con condivisione delle esperienze e individuazione di nuovi obiettivi.

Ovviamente i tre medici strutturati hanno garantito, secondo un turno di servizio apposito, la copertura del PSP e dell’OBI all’ospedale da campo “San Salvatore” di L’Aquila.

Nel corso della missione sono stati “adottati” i paesi di Assergi, Camarda, Aragno e Collebrincioni dove è stata garantita una presenza non stabile del pediatra e sono stati distribuiti beni di prima necessità.

**Conclusioni:**

L’esperienza vissuta in Abruzzo rappresenta un importante momento formativo vissuto da Pediatri, Specializzandi in Pediatria e Infermieri della SIMEUP Sicilia. La difficile realtà che si è affrontata ha messo in evidenza come il gruppo costituitosi, pur se eterogeneo per età, formazione e doti caratteriali ha saputo affrontare insieme, con ottimi risultati, una situazione difficile per la vita della popolazione pediatrica delle aree colpite dal sisma del 6 aprile. La difficile ripresa dell’attività assistenziale dei Pediatri di Famiglia, la complessa gestione dell’ospedale da campo de L’Aquila e la necessità di interfacciarsi con pro-

blematiche spesso differenti da quelle strettamente sanitarie hanno fatto sì che il “Gruppo per le Maxiemergenze della SIMEUP Sicilia” (a que-



sto punto effettivamente costituitosi sul campo) abbia testato sul campo le sue competenze professionali, umane ed organizzative e possa, in futuro, rappresentare un punto di riferimento operativo nel contesto della SIMEUP regionale e nazionale.

L’idea, in germe allo stage sulle maxiemergenze pediatriche vissuto a novembre 2008, ha dato il suo frutto. Grazie alla preziosa azione di coordinamento svolta dalla SIMEUP ed in particolare dal responsabile del settore per le maxiemergenze Antonio Masetti, si è potuta vivere l’esperienza diretta in un contesto reale che ha consentito di vivere in prima persona le difficoltà della popolazione assistita ma anche le difficoltà, da parte degli operatori sanitari, della convivenza in un ambito di disagio sia operativo sia di ospitalità. Tali difficoltà sembrano essere state superate con il buon senso, il mutuo soccorso, una parziale rinuncia alle esigenze personali in favore delle esigenze del gruppo. L’auspicio è che questo gruppo possa incrementare la sua consistenza, la sua professionalità ed il suo affiatamento in modo tale da essere sempre pronto ad intervenire.



# DALLA COMUNICAZIONE VERBALE A QUELLA NON VERBALE

Come più volte si è letto od ascoltato, il counseling nelle varie professioni mediche o sanitarie, verte prevalentemente sulla capacità intrinseca od estrinseca, relazionale, che il counselor pone durante le fasi di contatto col paziente.

In pratica, su quel colloquio faccia a faccia attraverso il quale si tende a stabilire un rapporto di qualità con il nostro interlocutore.

Nell'articolata esecuzione di un counseling, si struttura di volta in volta, quel processo comunicativo che si snoda attraverso una serie di rapporti: da quelli affettivi ed informali a quelli di lavoro e formali, dalla relazione

con il singolo individuo ai rapporti in una collettività.

Stiamo parlando della comunicazione, che è quel processo che comporta un'interazione tra soggetti comunicanti, un trasferimento significativo da una persona all'altra di idee o informazioni, per influenzarne reciprocamente il comportamento.

Nel mondo di oggi tutto o quasi è comunicazione, risulta pertanto impossibile non comunicare. E poiché la comunicazione è un comportamento ed è impossibile non esprimere un comportamento, ne consegue che comunque ci si sforzi, non si può non comunicare. L'attività o l'inattività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio. Così l'uomo che guarda davanti a se mentre fa colazione in un bar o il passeggero di un treno che sta seduto ad occhi chiusi, stanno entrambi comunicando che non vogliono parlare con nessuno; in genere gli altri afferrano il messaggio e li lasciano in pace. Questo è ovviamente uno scambio di comunicazione nella misura in cui lo è una discussione animata. Pertanto, i canali a disposizione per veicolare il nostro messaggio sono due, quello verbale che riguarda la parola e quello non verbale che si riferisce a quello che è l'atteggiamento corporeo trasmesso dagli altri.

La comunicazione non verbale si basa su supporti diversi, quali i segnali paralinguistici (tono della voce, velocità dell'eloquio, pause), la mimica (espressione del viso, sguardo, posizione del corpo, gestualità, contatto fisico, vicinanza, postura), l'aspetto fisico (l'immagine di sé), l'ambiente e gli

oggetti (ambiente fisico e sociale, arredamento, oggettistica).

E' proprio a causa della comunicazione non verbale che è stato definito il paradosso della comunicazione. Noi comunichiamo sempre, con i nostri gesti, con le nostre espressioni, con il nostro silenzio, l'intero nostro comportamento ha il valore di messaggio, il messaggio non sono solo le nostre parole, il messaggio siamo NOI.

Se un nostro amico fosse stranamente silenzioso e cupo, anche se lui ci dovesse dire, verbalmente "non ho nulla" noi penseremo lo stesso che abbia qualcosa; o anche se dicessimo ad una persona "ti ascolto", e poi ci guardassimo intorno, fissiamo l'orologio o cercassimo qualcosa in un cassetto, a livello non verbale avremmo detto "mi disinteresso di te", e con tutta probabilità il nostro interlocutore

capirà che non siamo affatto interessati all'ascolto. Tutto questo accade perché, il comportamento non verbale è più forte di quello verbale. Il linguaggio del corpo è importante nella comunicazione faccia a faccia; tutti noi trasmettiamo e riceviamo continuamente segnali attraverso questo tipo di linguaggio.

Tutti possono interpretare lo sbadiglio di noia, il sorriso di incoraggiamento, il gesto d'impazienza o di rabbia, ma alcuni sono più attenti ai

segnali minimi, quelli celati e meno evidenti, e sono abituati ad interpretarli. E' importante nella nostra professione sviluppare questa sensibilità, guardando bene le persone con cui parliamo, facendo attenzione, non solo a "quello che dicono" ma anche a "come lo dicono". E se nel corso di una conversazione, notassimo che il linguaggio del corpo contraddicesse quello delle parole, diamo fiducia maggiormente al primo.

In particolare, nei rapporti quotidiani che si hanno con i pazienti, è fondamentale che l'Audioprotesista, sappia leggere e decodificare tutti quei messaggi non detti che esprimono il dubbio, la sfiducia, un'errata credenza della soluzione al proprio problema (la sordità), in modo tale da predisporre, con adeguata saggezza, la giusta risposta che verrà modulata tramite la propria conoscenza professionale. Oltre ad una serie di gesti ed espressioni mimiche che trasmetteranno solidarietà, empatia, comprensione e quant'altro porti il paziente a rivedere i suoi molteplici dubbi ed a predisporre positivamente verso il percorso protesico riabilitativo.



dott. Luigi Bonanno  
Audioprotesista





**un bacino  
per **ADMO****



**il midollo osseo  
viene prelevato  
dal bacino**



**ADMO**

**ASSOCIAZIONE DONATORI  
MIDOLLO OSSEO**

**Sicilia ONLUS**

**SEZIONE DI MESSINA**

Azienda Ospedaliera Papardo - OSPEDALE PAPARDO - MESSINA  
Telefax 090 3992417 - [admosicilia@libero.it](mailto:admosicilia@libero.it) - [www.admo.it](http://www.admo.it)

**Dalla letteratura:  
rubrica  
per gli operatori  
sanitari**

Sul sito internet dell'AUSL n. 5 di Messina ([www.ausl5.messina.it](http://www.ausl5.messina.it)), è in rete la rubrica "Dalla Letteratura", rivolta agli operatori sanitari ed ai cittadini, il cui fine è quello di trasferire informazioni aggiornate sul profilo di efficacia e di sicurezza dei farmaci, in modo da promuoverne un uso corretto e appropriato. Il percorso da seguire per accedere alla rubrica è il seguente: [www.ausl5.messina.it](http://www.ausl5.messina.it) - link sul pannello di sinistra "Farmaci: Appropriata prescrizione" - Dalla letteratura\_2009.



*I colleghi sono invitati a collaborare con*

**"Messina medica"**

*inviando articoli e notizie (massimo 2000 battute)  
alla segreteria del Comitato di redazione*

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

*Gli elaborati di maggiore dimensione verranno inseriti  
nello spazio del sito dell'Ordine [www.omceo.it](http://www.omceo.it)  
dedicato al bollettino.*



## Tromboendarteriectomia (TEA) carotidea in anestesia locale

L'insufficienza cerebro vascolare è tra le prime cause di mortalità nei paesi industrializzati. Tra le cause eziologiche dell'ictus è evidente la presenza di stenosi ed ostruzioni dei tronchi sovraortici (TSA). La placca carotidea responsabile di steno ostruzioni con riduzione del flusso cerebrale o con dismissione di trombi embolizzanti determina, come effetti, TIA, RIND e ischemia cerebrale (minor Stroke o major Stroke). La localizzazione della placca è prevalentemente alla biforcazione carotidea con coinvolgimento dell'origine della carotide interna ed esterna. La placca strutturalmente può essere di natura lipidica, fibrolipidica o fibrocalcifica in funzione se prevale la componente lipidica o fibrocalcifica. Il diffondersi della diagnostica per immagini (ecocolordoppler, angio Tc, angio RM), la minore invasività delle stesse, la ripetitività degli esami soprattutto dell'ecocolordoppler e la continua campagna mediatica sulla prevenzione dell'ischemia cerebrale hanno comportato, una maggiore attenzione dei medici di base e dei pazienti alla patologia carotidea. Il crescente numero di operatori competenti in diagnostica ad ultrasuoni, ha determinato un maggior numero di diagnosi di patologia carotidea e quindi un incremento dei pazienti che si rivolgono ai chirurghi specializzati. La chirurgia carotidea nella prevenzione dell'ictus è stata dimostrata da vari studi effettuati in America (NASCET) ed in Europa (ECST ed ACAS). Dai primi interventi di TEA carotidea ad oggi ne è "passata di acqua sotto i ponti", ci si è dibattuti per anni se eseguirlo in anestesia generale o in blocco cervicale, se effettuare una TEA tradizionale o per eversione, infine se effettuare un intervento endovascolare con PTA e stenting. Studi recenti, alcuni ancora in corso, sembra che abbiano messo in evidenza che nel lungo tempo sia da preferire una TEA carotidea che un trattamento endovascolare, per le problematiche della restenosi e per quelle del decadimento cerebrale, maggiore nei casi di stenting. Oggi l'intervento

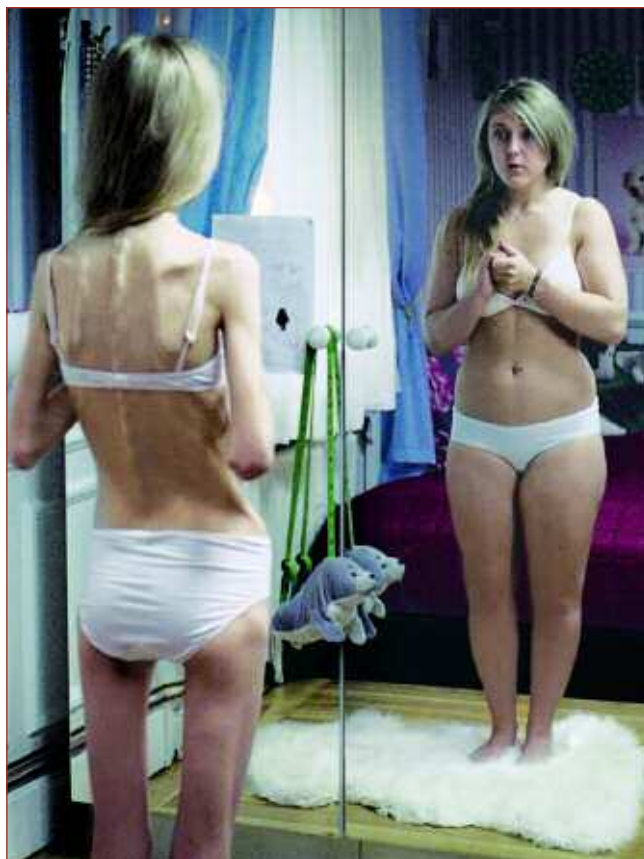
di tromboendarteriectomia carotidea viene anche eseguito in anestesia locale, la tecnica prevede l'utilizzo di un cocktail farmacologico con il quale viene infiltrata dal chirurgo - cute- sottocute e piano sottoplattima, l'anestesia viene effettuata con una quantità minima di anestetico circa 400 mg di mepivacaina o lidocaina, viene praticata prima della normale preparazione dei chirurghi per dare tempo all'anestetico di agire. Si effettuano delle incisioni cutanee su margine anteriore del muscolo sternocleidomastoideo molto ridotte ed estetiche grazie al mappaggio preoperatorio della biforcazione. Il monitoraggio del paziente durante l'intervento viene effettuato in collaborazione con gli anestesisti, particolare attenzione viene posta durante le manovre di clampaggio e declampaggio delle carotidi. La tecnica che noi utilizziamo per la TEA non differisce da quella usata in altri centri, adottiamo quella più consona al paziente che stiamo trattando (TEA tradizionale, TEA per eversione, reimpianto della carotide, etc) effettuiamo una attenta dissezione dei piani anatomici ed una meticolosa attenzione alla parete della carotide dopo TEA ed alla sutura della stessa. Il monitoraggio neurologico del paziente, abbandonati il complesso sistema EEG grafico e ecodopplerTC, oggi viene semplicemente effettuato con un apparecchio acustico che affidiamo al paziente che azione ad ogni nostra richiesta. La lunga esperienza maturata in quasi dieci anni conforta il nostro lavoro con una ottima compliance dei pazienti che si sottopongono a questa metodica anestesilogica accompagnata da una più veloce ripresa del paziente, ed anche da un minore tempo di ospedalizzazione degli stessi. (E.g.)



## Il disturbo nell'alimentazione

**I**l disturbo alimentare è una vera e propria malattia non riconosciuta; è la prima causa di morte fra le malattie psichiatriche e si riscontra sempre più frequentemente non solo fra i giovani, ma anche in soggetti sino a trentacinque anni. E' un "male di vivere" che forse nasce da un rapporto distorto con la famiglia e con gli altri, ma prima di tutto con sé stessi. A questo tema è stato dedicato l'incontro, svolto nel salone delle Bandiere a Palazzo Zanca, trattando la sensibilizzazione e la prevenzione dei disturbi alimentari. L'appuntamento, è stato organizzato dalla U.O. per la cura e la gestione integrata dei disturbi del comportamento alimentare "Il cerchio d'oro" (Dipartimento Salute Mentale-AUSL 5), con il patrocinio della Provincia Regionale e del Comune, Cesv ed Ufficio Scolastico Provinciale. Nonostante le ricerche epidemiologiche infatti indichino un costante aumento dei disturbi alimentari tra gli adolescenti ed una pericolosa tendenza ad abbassarsi dell'età media in cui compaiono i primi sintomi, queste patologie vengono ancora trattate e veicolate in un modo superficiale e spesso errato dai canali di informazione. A chi si rivolge li progetto di prevenzione? Molti studi hanno osservato un abbassamento dell'età media di esordio dei disturbi del comportamento alimentare; i programmi di prevenzione sono dunque oggi indirizzati ai bambini delle classi terze, quarte e quinte elementari e alle scuole medie inferiori. Una corretta alimentazione rappresenta un obiettivo di prevenzione primaria ampiamente descritto anche nel piano sanitario nazionale: "Una caratteristica della prevenzione delle malattie connesse all'alimentazione è la necessità di coinvolgere gran parte della popolazione e non soltanto

i gruppi ad alto rischio. La strategia di prevenzione deve essere rivolta all'intera popolazione, presso la quale occorre diffondere raccomandazioni per una sana alimentazione in termini di nutrienti, di scelta di profili alimentari salutari, ma anche coerenti con le consuetudini, che tengano conto dei fattori culturali e socio economici" (Piano sanitario nazionale 2003-2005 approvato dal Consiglio dei Ministri 11 Aprile 2003). È noto infatti che l'obesità e i disturbi del comportamento alimentare, come anoressia e bulimia nervosa, sono in aumento fra i bambini e gli adolescenti. La diffusione di queste patologie, tipiche dei paesi industrializzati, è costantemente







in crescita anche nella popolazione adulta e sembra che i giovani in sovrappeso o obesi abbiano un maggior rischio di cronicizzazione in età adulta. Si parla infatti troppo poco di prevenzione, anche perché i semplici tentativi di carattere informativo, basati su consigli o sulla descrizione degli effetti gravi dei disturbi, non risultano essere una prevenzione efficace; già da alcuni anni dunque noti studiosi hanno elaborato nei diversi paesi occidentali programmi di prevenzione che hanno come obiettivo la realizzazione di una buona armonia fra corpo, autostima e alimentazione. Si è infatti visto che una buona conoscenza dei principi alimentari e del proprio corpo fin dall'infanzia, unita all'incremento dell'autostima e all'assunzione di comportamenti più salutari (attività fisica moderata etc.), sono in grado di ridurre sensibilmente la diffusione dei disturbi del comportamento alimentare. Alimentarsi in modo corretto promuove quindi uno stile di vita salutare e aumenta il benessere sociale psichico e fisico. Gli interventi alla presenza di numerose scolaresche sono stati dedicati alla conoscenza più ampia dei disturbi

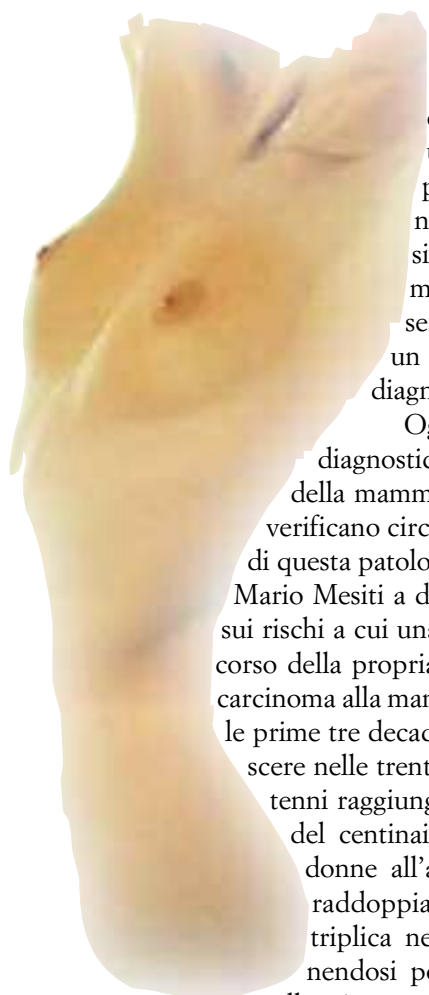
alimentari, rivolgendosi agli adolescenti, ai genitori, agli insegnanti, ai pediatri, ai medici ed a quanti si trovano direttamente o indirettamente coinvolti in tali problematiche o sono interessati ad una loro maggiore comprensione. Gli interventi degli operatori della U.O. "Il cerchio d'oro", hanno fornito alcuni strumenti di comprensione delle complesse patologie di fronte alle quali si provano spesso timore, disorientamento ed un penoso senso di impotenza. Quasi sempre inizia con una dieta, ma alla base ci sono molte altre cause scatenanti che portano molte ragazze a cercare l'illusione di poter spostare sul cibo il controllo che pensano di non avere sulla propria vita. Ci sono delle difficoltà di relazione in famiglia e nei rapporti con gli altri che si accompagnano ad una insoddisfazione nei confronti del proprio aspetto e delle forme del proprio corpo. Molti giovani ed anche adulti, per motivi diversi, devono osservare una dieta dimagrante, ma non per questo sviluppano questa malattia. Anche il clima culturale in cui oggi le ragazze crescono, ha un peso fondamentale nell'instaurarsi di questa malattia. Là dove il ruolo femminile viene vissuto con confusione, è più difficile per una donna sviluppare un'identità femminile chiaramente definita ed armonizzare le aspettative e le esigenze personali con quelle del mondo esterno. La bulimia, pur avendo alla base gli stessi valori culturali dell'anoressia, registra anche una difficoltà molto evidente di autonomizzazione dalla propria famiglia d'origine, oppure si instaura dopo l'anoressia, là dove c'è un carattere più impulsivo e meno volitivo.

## Normativa influenza da Virus A/H1N1

È disponibile sul sito dell'Ordine [www.omceo.me.it](http://www.omceo.me.it)  
la normativa sull'influenza da Virus A/H1N1



## Carcinoma della mammella: stato dell'arte



**C**alcolare i vari rischi a cui si va incontro durante la vita, è un'ottima prevenzione per evitare complicazioni sicure. E questa volta si parla di carcinoma alla mammella che affligge il sesso femminile per quasi un terzo di tutti i tumori diagnosticati.

Ogni anno in Italia sono diagnosticati circa 38.000 tumori della mammella tra 0 e 84 anni e si verificano circa 11.000 decessi a causa di questa patologia. E' stato il Professor Mario Mesiti a delucidare la folta platea sui rischi a cui una donna va incontro nel corso della propria vita. La frequenza del carcinoma alla mammella, molto bassa nelle prime tre decadi della vita, inizia a crescere nelle trentenni e già nelle quarantenni raggiunge l'ordine di grandezza del centinaio di casi ogni 100.000 donne all'anno; questa frequenza raddoppia nelle cinquantenni e triplica nelle sessantenni, mantenendosi poi relativamente stabile nelle età successive.

Dalla nascita ai 74 anni una donna ogni 11 ha la probabilità teorica di avere una diagnosi di tumore della mammella. La rilevanza di questo tumore è presente in tutte le età della vita, in termini relativi soprattutto tra quelle adulto-giovanili. Infatti, se nelle donne in età avanzata rappresenta circa un quinto delle diagnosi, nelle donne più giovani riguarda oltre un terzo di tutti i tumori; l'incidenza proporzionale raggiunge il 40% nella classe 45-64. Il tumore della mammella mostra un trend di incidenza in crescita, mentre la mortalità è in diminuzione. Dunque, due elementi influenzano la prevenzione: il primo è l'attività di diagnosi preco-

ce svolta dallo screening mammografico che tende ad anticipare la diagnosi in fase precoce di tumori che altrimenti sarebbero comparsi in periodi successivi, l'altro è la diffusione di fattori di rischio. Attualmente è in corso un dibattito acceso sul ruolo della terapia ormonale sostitutiva TOS: lo studio Women Health Iniziative (WHI) ha dimostrato infatti che alla TOS è legato un aumento del rischio. Questi due elementi (anticipazione della diagnosi, diffusione dei fattori di rischio) hanno sicuramente, anche se probabilmente in misura diversa, avuto un influsso sui trend di incidenza.

La Sicilia mostra una mortalità elevata per il tumore all'utero e, limitatamente alla provincia di Catania, per il tumore alla mammella. Infine, la mortalità tumorale tende ad essere sempre più elevata nelle province di Catania e di Palermo rispetto alle altre

Province ed è dovuta principalmente ad alcune neoplasie: polmone, mammella, intestino, prostata e cervice. La percentuale della mortalità per tumore della mammella femminile, nel periodo 1999-2001 in Sicilia è stata del 18,0 %, mentre in Italia è stata del 16,6%.

Aspetti psicologici del cancro alla mammella.

Per molto tempo – ha evidenziato la dott.ssa Valentina Grasso- il cancro è stato vissuto come una sorta di anticamera della morte e sinonimo di grande dolore e sofferenza connessa all'idea di irrecuperabilità e irreversibilità. Al cancro spesso l'immagine di una catastrofe naturale, che pone la persona e la sua famiglia di fronte ad uno sconvolgimento globale della propria vita (confronto con l'ineluttabilità della morte, contatto con la sofferenza e con il proprio corpo "malato"), ma che al contempo costringe a riorganizzarsi sì da affrontare la nuova situazione. La diagnosi di cancro alla mammella rappresenta, poi, per la donna, oltre che i suoi familiari, momento di estrema difficoltà con l'avvicendamento di esami diagnostici e visite specialistiche. Le reazioni psicologiche poi sono per lo più caratterizzate da paura, ansia, angoscia di morte, tristezza, rabbia, depressione, impotenza, attac-

co all'identità femminile (essendo il seno la parte visibile del corpo che rappresenta la femminilità). La donna insieme alla sua famiglia assiste a cambiamenti del proprio stile di vita: il tempo e lo spazio fino a quel momento vissuti si modificano e diventano "tempo e spazio della cura" (tempo contratto e scandito da esami diagnostici, ematochimici, chemioterapia, radioterapia; lo "spazio ospedaliero" diventa la seconda casa). Se non adeguatamente trattati, lo stato di ansietà, di sconforto e di depressione tendono ad amplificare gli effetti collaterali dei trattamenti antitumorali compromettendo talvolta in modo rilevante la vita della donna affetta da cancro. Dunque trattare le ripercussioni psicologiche del malato e dei suoi familiari diventa tappa indispensabile delle cure, accanto ai trattamenti (chirurgico, chemioterapico, radioterapico) nel processo complessivo delle cure. L'intervento psicologico deve allora avere come obiettivi: incoraggiare malato e familiari a verbalizzare pensieri e sentimenti della malattia. Infine la dottoressa Maria Grazia Lo Schiavo ha parlato del linfonodo sentinella, fondamentale nella ricerca e nella cura della malattia. La biopsia del linfonodo sentinella rappresenta un



nuovo traguardo nella chirurgia conservativa del carcinoma mammario ed ha una importanza ed un impatto paragonabile se non addirittura superiore a quello avuto con gli interventi di chirurgia conservativa (quadrantectomia, tumorectomia, etc.). Il linfonodo sentinella è il primo linfonodo a ricevere il flusso linfatico dall'area sede della neoplasia mammaria ed è pertanto predittivo in una elevatissima percentuale di casi dello stato istologico dei linfonodi ascellari (metastatici si o no). Noi impieghiamo tale metodica dal 2000 in via sperimentale e dal 2001 routinariamente. La tecnica chirurgica che prevede la biopsia del linfonodo sentinella, pertanto, costituisce un trattamento ormai standardizzato nel trattamento del carcinoma mammario in quanto evita, nei casi di linfonodo sentinella negativo per metastasi, la linfadenectomia ascellare, intervento gravato da una certa percentuale di complicanze a medio e a lungo termine tra queste la più temibile è il linfedema dell'arto omolaterale che nel 20% delle pazienti insorge in modo più severo con la compromissione anche della mano sino ad arrivare a quadri di elefantiasi dell'arto superiore. (E.G.)

## “Invalidità civile: valutazione e razionalizzazione delle procedure”



Giuseppe Ruggeri

**S**i è svolto al Salone degli Specchi della Provincia Regionale di Messina il convegno “Invalidità civile: sistemi di valutazione e razionalizzazione delle procedure”.

L'evento, inquadrato nel Progetto formativo aziendale 2009 dell'Azienda U.S.L. 5, è stato organizzato dal Dipartimento cure

primarie e dall'U.O. formazione, diretti, rispettivamente, dalla dott.ssa Gina Mollica Nardo. Responsabile scientifico del convegno il dott. Giuseppe Ruggeri, dirigente medico referente presso l'U.O. Invalidi civili dove fin dal 2006 è attivo un coordinamento medico-legale delle commissioni deputate all'accertamento degli stati d'invalidità. Si tratta del terzo degli incontri di formazione sull'argomento, che annualmente vengono proposti alla comunità scientifica e cittadina, vista la notevole incidenza che sul tessuto sociale ed economico esercita la problematica correlata al riconoscimento dell'invalidità civile, dello stato di handicap e della residua capacità lavorativa (ll. 295/90, 104/92 e 68/99). Non casuale è stata quest'anno la scelta della Provincia Regionale (i precedenti convegni del 2007 e del 2008 si sono svolti nei locali del Municipio e presso la cittadella della Salute “L. Mandalari”) a sottolineare la competenza provinciale spettante alle Commissioni Invalidi Civili le quali, nel messinese, operano in modo itinerante spostandosi nei vari distretti presenti nell'Azienda sanitaria locale. In apertura di lavori, hanno rivolto i saluti istituzionali il Presidente della Provincia Regionale Nanni Ricevuto, l'assessore comunale alle politiche sociali Pinella Aliberti e in rappresentanza dell'Ordine dei Medici il consigliere Stefano Leonardi. L'assise si è strutturata in due sessioni distinte: la razio-

nalizzazione delle procedure nella mattinata, con relazioni del dott. Giuseppe Spadaro, dirigente amministrativo U.O. Invalidi civili; il dott. Rosario Fusaro, dirigente sez. Invalidi civili della Prefettura; il dott. Francesco Patanè, presidente della commissione di verifica INPS; il dott. Giuseppe Ruggeri, la dott.ssa Gina Mollica Nardo e il dott. Vincenzo Cilia, coordinatore delle Commissioni Invalidi civili dell'azienda U.S.L. 7 di Ragusa. Moderatori della mattinata il dott. Francesco Colavita, direttore amministrativo dell'Azienda U.S.L. 5 e il dott. Angelo Cali, presidente commissione di 1° istanza.

E' stata approfondita, nel corso della prima sessione, la stretta interrelazione che deve esistere tra AUSL, INPS e Prefettura in tema di procedure informatiche di supporto all'iter di riconoscimento degli stati invalidanti. Rimarcata altresì l'importanza dell'istituzione, a livello regionale, del modello di istanza unico - a cui è allegata la scheda certificativa medica - disposto dalla circolare n° 12229 e obbligatorio già dall'1 maggio 2008. I dottori Gina Mollica Nardo e Giuseppe Ruggeri hanno illustrato le funzioni del Coordinamento Medico-Legale anche alla luce del Progetto di Reingegnerizzazione dell'U.O. Invalidi civili di Messina che ha condotto, nel corso dell'ultimo biennio, allo snellimento e al perfezionamento delle istruttorie sanitarie preliminari e alla compilazione di statistiche per malattia, sesso e classi di età utili ai fini epidemiologici. Dalla relazione della dott.ssa Mollica Nardo è emersa peraltro, nei richiedenti, la netta prevalenza delle patologie cardiovascolari e delle fasce di età più avanzate il che, in linea con le statistiche nazionali, testimoniano le problematiche legate al progressivo aumento di vita della popolazione. Di assoluto rilievo, infine, la presentazione, da parte del dott. Vincenzo Cilia, delle linee-guida medico-legali redatte nel corso dell'ultimo anno dal Comitato Tecnico Interaziendale coordinato dall'Azienda U.S.L. 7. Le stesse, derivanti da una serie di incontri svoltisi tra i coordinatori medici delle Commis-

sioni (referente per Messina il Dott. Ruggeri) si propongono come serie di indirizzi tesi all'uniformizzazione dei criteri valutativi delle Commissioni di 1° istanza onde evitare discrasie e difformità in ambito di riconoscimento degli stati invalidanti. La sessione pomeridiana, dedicata alla valutazione delle patologie per organi e apparati, è stata aperta dalla lettura magistrale del prof. Claudio Crinò, direttore della scuola di specializzazione in medicina legale e assicurativa dell'Università di Messina, avente come tema "La diagnostica medico-legale nell'accertamento delle infermità in invalidità civile". Moderatore il dott. Ferdinando D'Amico, componente Commissione 1° istanza e primario geriatra ospedaliero. Il prof. Crinò ha ribadito la necessità che la valutazione degli stati invalidanti venga effettuata con l'opportuna metodologia medico-legale ispirata a un corretto rigorismo obiettivo, rimarcando la differenza esistente tra diagnosi clinica e diagnosi funzionale, solo quest'ultima da prendersi in considerazione in argomento di invalidità civile. Hanno fatto seguito le relazioni del dott. Corrado De Luca, cardiologo, del dott. Diego Burzomati, neuropsichiatra, della dott.ssa Patrizia Giardina, oncologo, e della dott.ssa Antonia Purone, geriatra, che hanno appunto approfondito i riflessi funzionali che le patologie della rispettiva sfera di competenza proiettano sulla validità, e, in genere, sulla potenzialità attiva dei richiedenti. Al termine della sessione, nell'ambito del dibattito è da registrarsi l'intervento della dott.ssa Paola Zito, dirigente INAS-CISL, la quale, dopo aver rilevato talune criticità del settore, ha auspicato la formazione di un tavolo congiunto interistituzionale per affrontare la complessa problematica che gravita attorno al settore del riconoscimento degli stati invalidanti. Con quest'auspicio, insieme allo snellimento procedurale e all'uniformizzazione dei giudizi valutativi, si è concluso il convegno, in considerazione peraltro delle gravi carenze strutturali e di organico presenti all'interno degli enti che si occupano di invalidità civile. E ciò non può non costituire un fatto allarmante se si pensa che il numero dei richiedenti i benefici legati all'invalidità è destinato a crescere nel tempo (solo a Messina si è passati dalle poco più di 30.000 istanze del 2008 a una proiezione di circa 40.000 per il 2009). Impel-

lente, a questo punto, diviene l'adozione da parte del governo regionale di provvedimenti legislativi che aboliscano definitivamente il transito dei fascicoli in Prefettura, atteso che la notifica del verbale medico-legale potrebbe così, come avviene in altre Regioni, essere effettuato direttamente dall'INPS (il quale tra l'altro è pure ente pagante) una volta espletato il controllo di legge sulle visite delle commissioni di 1° istanza. Un settore da attenzionare, insomma, quello dell'invalidità civile, per la rilevanza collettiva che comporta specie in una congiuntura storica come la presente nella quale, inuti-



Un momento del convegno

le negarlo, il confine tra l'attribuzione dei benefici correlati a uno stato d'infermità e la necessità di reperire ammortizzatori sociali che contribuiscano a fronteggiare la grave crisi economica in atto appare sempre più pericolosamente sfumato. Decisivo in tal senso, comunque, rimane il ruolo dei medici certificatori, la responsabilizzazione dei quali appare fondamentale al fine di limitare ai soli casi degni di attenzione l'inoltro delle istanze di riconoscimento alle Commissioni medico-legali. Ciò onde evitare il più possibile fenomeni di iperafflusso delle domande il che, in uno con le già citate carenze strutturali e di personale, finisce per penalizzare con inevitabili ritardi e disfunzioni gli aventi effettivamente diritto alle prestazioni richieste. Ci si augura infine che l'Assessorato Regionale alla Sanità recepisca al più presto il testo delle linee-guida esitate dal comitato tecnico interaziendale inviate nei mesi scorsi alla sua attenzione e riguardanti le patologie che danno diritto alla concessione dell'indennità d'accompagnamento e dello stato di handicap grave.



## Terapia medica della stipsi

**L**a 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. E' 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 morfiniti, 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. Quest'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 accompagnandole con abbondante acqua. Il paziente deve essere invitato a dedicare ogni giorno 15-20 minuti alla defecazione, sedendo sul bagno senza premersi, sfruttando il periodo 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 dell'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 lattitelo, 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 mucosa 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%.



Antonino Arcoraci

## Il Giornata messinese del nonno

**I**l 4 ottobre 2009 la II giornata messinese del nonno con la partecipazione anche dei nipoti per dare seguito a quanto nel 2008 è stato fatto e per adempiere alla legge 159 del 31 luglio 2005 che vuole festeggiare i nonni nella giornata del 2 ottobre, data in cui la liturgia cattolica celebra la festa dell'Angelo. Il significato è riconoscere ufficialmente l'importanza del ruolo dei nonni in seno alla famiglia. Per questo viene dato loro l'immagine di angelo custode. La 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, all'art. 4 direttive da parte del Ministero della Pubblica Istruzione e dell'Università perché le scuole, pubbliche e private, provvedano, pure nell'ambito della loro autonomia, ad iniziative mirate a discutere ed approfondire il ruolo dei nonni. La stessa legge dà mandato al Presidente della repubblica di proclamare il nonno o la nonna d'Italia. L'interesse per la giornata cresce in tutta Italia. Si moltiplicano le manifestazioni. Nel 2007 le poste italiane hanno emesso un francobollo con l'immagine del nonno che spinge il nipotino sul triciclo e della nonna che tiene per mano la nipotina sui pattini. A Carmagnola è stato eretto un monumento al nonno. Anche Messina vuole partecipare. La prima manifestazione è stata fatta nel 2008 a Cristo Re, nell'area tra la Caperrina e i resti del castello di Mata e Grifone. Le Associazioni locali FEDERSPEV, ANCeSCAO, AMMI, Associazione MEDICI CATTOLICI, Associa-

zione UMANESIMO e SOLIDARIETA', Convegni di CULTURA MARIA CRISTINA di SAVOIA, FIDAPA, Fondazione BONINO-PULEJO, LIONS Club Messina Host, Movimento RINASCITA CRISTIANA-Messina, UNICEF Sez. Messina, UNIONE Pensionati, UNIVERSITA' della III^ età con il patrocinio di Provincia, Comune, Università e Ordini professionali, hanno delineato la figura del nonno non tanto come anziano, come pensionato, come capo di casa, ma come nonno nel suo rapporto più intimo con il nipote. Questo per dare una giusta chiave di lettura al rapporto nonno nipoti oggi, in una società moderna con la globalizzazione che ha portato al facile contrasto con il concetto di famiglia tradizionale e che spinge i giovani ad allontanarsi dal proprio nucleo parentale facendone perdere i contatti. Questi, possono pure restare vivi sotto l'aspetto affettivo, ma sono condizionati dalla frenetica corsa per le necessità quotidiane e specie di lavoro.

Quest'anno, la Giornata sarà riproposta il 4 ottobre con la partecipazione degli stessi organizzatori cui si aggiunge l'ARCICONFRATERNITA degli Azzurri e dei Bianchi e l'UNUCI. La motivazione è la stessa ma lo spirito è spingere ad educare alla bioetica e fare comprendere lo stretto rapporto che esiste tra bioetica, educazione e valore della persona. Il nuovo modo di vivere la famiglia porta a rivedere, anche in chiave critica, il ruolo che la famiglia ha nella educazione e nella guida dei giovani.

Per quanto possibile, la giornata vuole stimolare al recupero del concetto di famiglia come concepita nel passato, non per nostalgia del vecchio sistema, ma per ripristinarne il ruolo nel rapporto tra i componenti. Gaetano





Martino che è stato fisiologo della città di Messina, asseriva che l'organizzazione bio-sociologica dell'essere umano è strutturalmente connessa con l'ambiente in cui il soggetto vive. La famiglia prima, il mondo esterno poi, immettono nell'individuo attraverso i suoi apparati recettivi, quanto in termini informativi, egli è in grado di assimilare e che costituisce la base del suo comportamento. La dinamica relazionale, nel giovane in particolare, è legata a quanto si riesce ad inglobare come rappresentazione del mondo in cui si vive. Quello che comunemente viene chiamata educazione, è il risultato di quanto ambiente, famiglia, scuola, sono stati capaci di dare come esempio e cultura.

I genitori, nelle famiglie di oggi, spesso sono poco presenti, per vari motivi. Il giovane rischia di lasciarsi prendere dalla voluttà e dalla leggerezza del mondo esterno che gli fa perdere gli ideali e lo porta alla pratica opportunità e spesso all'arroganza. L'indebolimento culturale, legato alle più diverse ragioni: minore contatto con le proprie radici, carenza scolastica, disagio in seno alla famiglia stessa, portano il giovane ad allontanarsi. A non praticare le norme della buona educazione vista nella sua immagine tradizionale. A guardare altri riferimenti, nuovi modelli in voga e ad imitarli. In questo contesto il ruolo dei nonni è sempre più importante. Disponibili per natura e amorevoli, sostituiscono sovente 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. Memoria della famiglia. Espressione partecipata di una vita privata che è passata ma resta radice del presente. Testimoni di un vissuto che è storia e 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, portatore di qualità da emulare.

La giornata si propone anche di stimolare i nipoti al rispetto etico e sociale. A essere sensibili, 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 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. A sensibilizzare al rispetto per la propria città facendo scoprire e conoscere siti storici che la demolizione per i terremoti, per la guerra, per le nuove architetture, ha parzialmente cancellato o nascosto. Il Monte di Pietà raccoglie in se architettura, storia, leggenda, miti. Al centro della città, ha vissuto e continua a vivere da quattro secoli, gli avvenimenti tristi e lieti di un passato prossimo e remoto e di un presente in una città felice e triste, ma sempre ricca di privilegi che la natura e l'intelligenza degli uomini le ha dato. Le relazioni terranno conto anche di questo. Il programma prevede il ruolo dei nonni: nuovi nonni per nuovi nipoti (Prof. Vittorio Nicita Mauro), la relazione tra nonno e nipote tra emergenza educativa e etica (prof. Don Giovanni Russo). Il sito sarà spiegato dalla Prof.ssa Anna Paino Moleti. La partecipazione è libera. Tutta la città è invitata. La data del 4 ottobre è stata scelta per comodità, perché la prima domenica dopo il 2 ottobre, giornata della festa dell'Angelo. Per i bambini e i ragazzi è programmata una caccia al tesoro sotto la guida del gruppo scout Agesci Messina 10.

L'evento sarà sottolineato dall'annullo filatelico. E' anche aperto un concorso compositivo pubblico con tema "io e i miei nonni". Una Commissione esaminerà gli elaborati e quelli ritenuti migliori saranno premiati con la pubblicazione sul giornale Noi Magaziene. Per motivi organizzativi, coloro che vogliono partecipare sono pregati di telefonare ai seguenti numeri: 090 49467 090 340085 090 2923876.



## Onorificenza di grand'ufficiale ad Angelo Petrunaro



Angelo Petrunaro

È stata conferita al dott. Angelo Petrunaro, l'onorificenza di grand'Ufficiale ordine al merito della Repubblica Italiana (O.M.R.I.) su proposta del presidente del Consiglio dei Ministri per meriti tra l'altro relativi all'encomio solenne ricevuto, il 31 maggio 2005, dal comandante C.O.I. difesa per la direzione sanitaria nell'ambito della missione O.N.U. in Etiopia-Eritrea (U.N.M.E.E.) in cui è scritto: "Magnifica figura di ufficiale e di Professionista dava lustro all'Italia ed alle forze armate italiane nel particolare contesto internazionale". Per lo stesso motivo, in occasione dei natali di Roma, 21 aprile, l'Ordine cavalleresco dell'Aquila romana,

che riallaccia le proprie tradizioni a quelle della Roma dei Cesari, aveva concesso al dr. Petrunaro il grado di grand'ufficiale dell'Ordine.

L'ufficiale medico, qualificato alla difesa N.B.C. annovera tra gli impegni già profusi l'aver diretto il servizio sanitario nei campi profughi polacchi e della ex Jugoslavia.

Il dott. Angelo Petrunaro è anche autore dei seguenti testi: "Messina nella Storia della Croce Rossa Militare"; Intil-la Editore – Messina 1995; "La Cavalleria da Sebastopoli alla R.S.I."; Istituto Novecento Editore – Messina 2008

Al neo grand'ufficiale congratulazioni e auguri.

## Laboratorio analisi al Papardo: scelta dell'automazione

**I**l rinnovamento dell'U.O. di patologia clinica del Papardo sceglie la via dell'automazione.

Un nuovo tassello si aggiunge al processo di informatizzazione (web based) realizzato con i reparti, nell'ambito della riorganizzazione delle attività del laboratorio analisi diretto dal dott. Renato Caldarera.

Il sistema gestisce in completa automazione, la preparazione dei campioni e la distribuzione degli stessi agli analizzatori (fase preanalitica).

Questo metodo di controllo della idoneità dei campioni biologici da analizzare si aggiunge al sistema di controllo di qualità analitica, già in uso presso il laboratorio.

Per la prima volta in Sicilia, le provette, caricate a bordo del sistema, vengono centrifugate, stappate e distribuite sui diversi analizzatori del laboratorio in modo completamente automatico per oltre l'80% dei test eseguiti dal laboratorio.

La scelta dell'automazione consentirà al laboratorio di accrescere:

- la qualità delle proprie prestazioni analitiche,
- la produttività dell'intera Unità Operativa,
- la sicurezza degli operatori nell'eseguire le procedure di analisi.

L'automazione introduce, nel processo analitico, un sofisticato sistema di controllo dei campioni che valuta, in modo completamente automatico, l'idoneità dei prelievi ematici da lavorare e la presenza di eventuali interferenti sulle analisi da eseguire. Questi controlli preanalitici permetteranno di annullare tutte le possibili

cause di errore dell'intero processo analitico, accrescendo notevolmente la qualità dei risultati. La macchina, fisicamente connessa agli analizzatori,

identifica qual è il percorso più veloce per eseguire le analisi e trasferisce automaticamente le provette da analizzare. Dopo l'esecuzione dei test le provette vengono ordinate, per essere conservate o trasferite ad altre eventuali sezioni del laboratorio. Gli operatori, che si interfacciano al sistema, non devono più provvedere alla centrifugazione dei tubi e al frazionamento dei campioni in aliquote, questo riduce drasticamente la propria esposizione al rischio di contaminazione biologica da parte dei campioni da analizzare.

La cellula operativa è un innovativo metodo di lavoro, che permette di integrare tra di loro aree analitiche precedentemente separate e di ridurre le fasi di lavoro. I benefici di questa trasformazione arriveranno fino al letto del paziente, sia in modo diretto, che indiretto. Si ridurrà, infatti, la quantità di sangue da prelevare ai pazienti per la esecuzione delle analisi cliniche e i tempi di rilascio dei dati analitici. Questo permetterà ai clinici, che hanno in cura il paziente, di decidere più velocemente della evoluzione delle terapie.



*Renato Caldarera e la nuova attrezzatura*

### **Affittasi Studio**

Fittasi part-time a colleghi  
in signorile palazzo  
zona Duomo studio  
completamente arredato,  
recentemente ristrutturato  
e climatizzato.  
Telefonare al n. 333 1214853.

### **Affittasi o Vendesi Appartamento**

Appartamento particolarmente  
adatto per studio medico  
professionale o ufficio  
Viale Regina Margherita 8,  
adiacente svincolo Bocchetta.  
Metri quadrati 150 doppi servizi.  
Vani 5+2  
Prezzo orientativo per affitto:  
euro 700 con fideiussione bancaria.  
Per acquisto: euro 280.000  
Telefonare o inviare fax  
a 090 49349