

SOMMARIO

SOMMARIO

Pubblicazione 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@grafoeditor.it www.grafoeditor.it

COMITATO DI REDAZIONE

Stefano Leonardi - Giovanni Pulitanò
Antonio Spatarì - 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 Spatarì



n. 5 settembre - ottobre 2009

Medicina e persona:
l'Arcivescovo incontra i medici

Speciale l'influenza

Nominati i nuovi dirigenti della sanità siciliana

Lettera del presidente dell'Ordine: maggiore
collaborazione tra territorio e specialisti

Endocrinologi a Lisbona, protagonisti i messinesi

La dislessia colpisce il 5% dei bambini

Nefrologia, registro mediterraneo delle patologie

La Pet a Messina

Ulcer days 2009

Indice pagine web

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

Gestione del paziente violento agitato in
ambito psichiatrico di Linda Di Blasi

Bulgaria, 62° Congresso CIOR e 63° CIOMR

Per gli articoli è attiva
una nuova e-mail: messinamedica@omceo.me.it



Falso e sbagliato urlare "malasanità"

Vorrei, prima di ogni altra cosa, esprimere un profondo cordoglio ai parenti delle vittime delle sciagure che recentemente hanno colpito Messina e la sua provincia. Una ha mietuto decine di vittime nella zona sud della provincia ed ha scatenato una giusta gara di solidarietà che ha coinvolto l'intera Italia. L'altra si è verificata in una contrada della zona nord dove è collocato uno degli ospedali cittadini. In contrada Pappardo, dopo giorni di sofferenza, tra le mura del nosocomio che porta lo stesso nome della zona nella quale è collocato, è avvenuto il primo decesso in Italia causato dal virus H1N1.

Anche questo disgraziato evento ha attirato l'attenzione dell'intero paese e dei mezzi di divulgazione di massa. In questa occasione però non sono stati lanciati messaggi che stimolassero solidarietà e collaborazione ma segnali allarmistici e proclami inneggianti alla "malasanità". Le inchieste in atto chiariranno se si tratta di malasanità o di evento drammaticamente sfortunato. Drammaticamente sfortunato per l'esito infausto, una situazione che non offre nessuno spunto di consolazione a chi resta e deve trovare una lenitivo per il proprio dolore; ma comunque un fatto che potrebbe rientrare nelle statistiche. Certo che sarebbe ingiusto gridare, in assoluto, all'esercizio di malasanità all'interno di un Ospedale che aveva già diagnosticato e curato con successo parecchi casi di influenza da H1N1.

Chi se ne è vantato? Chi ne ha parlato? Chi se ne è accorto?

Credo anche che sia estremamente pericoloso che la stampa diffonda tra la popolazione un senso di sfiducia nei confronti di quelle strutture e di quei medici che dovranno affrontare l'impatto con la tanto temuta pandemia da V H1N1 (se questo forte impatto ci sarà). Certo, la notizia da "cronaca nera" attira più della normale pratica medica. Di fronte alla malasanità tutti vogliono sapere: bisogna trovare capri espiatori che esorcizzino dalle paure di una malattia dalla quale si potrebbe non guarire; se non si guarisce è colpa del medico! Malasanità! Questo fa tiratura e ascolti. Quindi un ospedale viene alla ribalta per un caso, se pur drammatico, di mancata guarigione e non per le tante guarigioni, normalità che non interessa a nessuno. Infatti, sino al momento in cui ho scritto queste righe, nulla si è detto di tutti i medici che si prodigano e si prodigheranno per il centro di ascolto contro l'influenza. Ma niente si è detto sino ad ora neanche per tutti i medici che sono intervenuti nelle zone alluvionate. Nulla si sa del servizio di assistenza primaria immediatamente organizzato in favore degli sfollati. Questa è la normalità di un servizio sanitario che si reinventa nel momento in cui è necessario. Questa è la normalità della dedizione al giuramento di Ippocrate di tanti medici che stanno dando pur restando fuori dalle luci della ribalta. Di questo vi terremo informati attraverso il prossimo numero di "Messina Medica" documentando quanto sarà stato fatto e quello che in quel momento si starà ancora facendo.

DALLA FEDERFARMA

Protocollo farmaceutico per gli sfollati

A seguito dei danni causati dal maltempo nella periferia sud della città di Messina, è stato sottoscritto un "Protocollo Farmaceutico per gli Sfollati" che purtroppo sono stati numerosi. Pertanto, al fine di consentire la continuazione dei cicli terapeutici e non fare mancare gli ausili necessari agli

sfollati, è stata concordata la seguente procedura (valida fino a revoca):

1. FARMACI DI CLASSE A - RICETTA SSN: le ricette devono essere rilasciate dai medici di turno presso i centri di alloggio. Sulle ricette devono essere indicati nome, cognome, data di nascita, luogo di residenza, Codice Fiscale (se conosciuto), timbro e firma nonché il Centro alloggio di



Sanità in Sicilia, nuovi dirigenti

Per la sanità siciliana, una piccola rivoluzione in termini di nomine. Sono stati assegnati alla carica dall'assessore alla Sanità Siciliana, Massimo Russo, i nuovi manager delle varie Aziende sanitarie provinciali di Messina. Ecco le nuove nomine: all'ASP 5: il nuovo direttore sanitario è Santo Conti medico rianimatore, mentre direttore amministrativo è stato nominato Marco Restuccia che arriva dall'ospedale San Vincenzo di Taormina dove svolgeva analoga funzione. All'ASP Papardo è stato designato nuovo direttore sanitario Eugenio Ceratti anche lui proveniente dall'Ospedale San Vincenzo di Taormina dove ricopriva il ruolo di Direttore Sanitario della struttura jonica, mentre direttore amministrativo è stata nominata Fiorenza Mugno che arriva dall'Ospedale Garibaldi di Catania. Per quanto riguarda L'ASL, Salvatore Giuffrida è il nuovo direttore che subentra a Salvatore Furnari. Armando Caruso è il nuovo manager del Papardo chiamato a sostituire l'uscente Gaetano Sirna. Caruso sarà competente anche per quanto riguarda l'ospedale Piemonte perché dal punto di vista amministrativo ormai il nosocomio di viale Europa è stato accorpato alla struttura a nord della città. Confermato al policlinico invece Giuseppe Pecoraro, già in carica come commissario della struttura universitaria, con il professor Sebastiano Coglitore in qualità di direttore sanitario. All'INPS di Messina invece sono subentrati a Luglio, il nuovo direttore Giuseppina Malaspina con Carmelo

La Malfa presidente del comitato provinciale.

Per quanto concerne invece le nomine della Sicilia orientale, all'Asp di Ragusa, sono stati designati i nuovi direttori amministrativo e sanitario aziendali: Maria Sigona e Pasquale Granata. Sigona è stata responsabile del servizio controllo di Gestione dell'Ausl 5 di Messina e dell'Ausl 7 di Ragusa. All'Asp di Siracusa è stato nominato direttore generale Franco Maniscalco, già direttore amministrativo dell'azienda ospedaliera "Sant'Elia" di Caltanissetta.

Di seguito riportiamo gli altri manager delle 6 Asp siciliane:

- Salvatore Olivieri alla Asp di Agrigento;
- Salvatore Paolo Cantaro all'Asp di Caltanissetta;
- Giuseppe Calaciura all'Asp di Catania;
- Nicola Renato Baldari all'Asp di Enna;
- Salvatore Cirignotta all'Asp di Palermo;
- Fabrizio De Nicola all'Asp di Trapani.

Questi invece, i manager a capo delle aziende ospedaliere e dei policlinici:

- Francesco Poli all'Azienda Ospedaliera Cannizzaro di Catania;
- Salvatore Di Rosa all'azienda Cervello-Villa Sofia di Palermo;
- Angelo Pellicanò all'ARNAS Garibaldi di Catania;
- Dario Allegra al Civico di Palermo;
- Ignazio Tozzo all'azienda Policlinico V.E. di Catania;
- Mario La Rocca all'azienda Policlinico di Palermo.



*L'assessore
Massimo Russo*

appartenenza e la dizione "SFOLLATI". Tale dizione esonera dal pagamento dei ticket. La farmacia, verificato quanto sopra, completa la ricetta di fustelle e timbro di spedizione. Evidenziamo che la ricetta è spedibile anche se mancante del codice fiscale e/o della copia conforme (ove necessaria).

2. FARMACI DI CLASSE C, INTEGRATORI E QUANTO NECESSARIO IN TERMINI DI PRESIDI SANITARI -RICETTA SSN O BIANCA: le ricette devono essere rilasciate dai medici di turno presso i centri di alloggio. Sulle ricette devono essere indicati nome, cognome, data di na-

scita, luogo di residenza, Codice Fiscale (secondo conosciuto), timbro e firma nonché il Centro alloggio di appartenenza e la dizione "SFOLLATI". Tale dizione consente la fornitura gratuita.

La farmacia, verificato quanto sopra, completa la ricetta di fustelle e timbro di spedizione.

Per il pagamento di dette forniture le farmacie includeranno le ricette nella distinta contabile riepilogativa, avendo cura di suddividere le ricette per tipologia (punti 1 e 2) ed inserendole in coda nell'ultima mazzetta osservando sempre la numerazione progressivi.





Maggiore collaborazione tra territorio e specialisti

*Lettera del Presidente dell'Ordine Nunzio Romeo
sull'applicazione art. 2 decr. ass. reg. Anitè dell'8 agosto 2007*

Secondo il Codice Deontologico (articolo 12) “La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico”. In esso quindi si caratterizza uno dei compiti fondamentali del medico che è rappresentato dalla prescrizione, correlandola in maniera precisa alla responsabilità professionale, con presupposti imprescindibili rappresentati da una diagnosi circostanziata o da un fondato sospetto diagnostico. È facile intuire come l'alleanza terapeutica rappresenti una importante relazione tra paziente e medico.

Nella vita professionale di tutti i medici afferenti al SSN si fa sempre più evidente il disagio lavorativo per l'incremento progressivo ed irrefrenabile degli oneri burocratici a loro carico, che comporta l'inevitabile rischio di snaturare gli aspetti più caratterizzanti e professionali dell'attività medica a livello sia territoriale sia ospedaliero.

Tutto ciò determina una scarsa gratificazione motivazionale dei medici e, cosa ancor più grave, accessi contenziosi (spesso mediati da dispute sindacali) tra i vari operatori sanitari interessati che rischiano di fare perdere di vista fondamentali aspetti professionali ed organizzativi dell'assistenza sanitaria e, soprattutto, l'oggetto principe attorno al quale dovrebbe ruotare il SSN: il paziente. La carenza di una legislazione adeguatamente chiara, unitamente a decisioni giurisprudenziali non sempre univoche, contribuisce ad incrementare il disagio, la confusione, i disservizi e le conflittualità. Da ciò consegue la necessità di un impegno concordato tra Aziende Ospedaliere, Azienda Sanitaria Locale, organizzazioni sindacali ed altri stakeholders sociali per ridimensionare questo che appare essere allo stato attuale uno degli aspetti più significativamente critici dell'attività, sia del medico di cure pri-

marie sia dello specialista delle strutture accreditate.

L'Ordine dei Medici, in questa articolata situazione, oltre a svolgere un ruolo indiretto di garanzia degli interessi della salute pubblica e della professionalità dei suoi iscritti, viene investito in qualità di garante super partes degli aspetti deontologici e delle applicazioni normative che possiedono importanti risvolti in termini di scelte organizzative condivise, con l'obiettivo globale di avviare una maggiore collaborazione tra territorio e specialisti, nell'interesse primario dei pazienti ai quali va garantito l'accesso alle cure nella maniera più semplificata possibile, con una ottimizzazione dell'uso delle risorse per la realizzazione di percorsi orientati verso una riduzione dei costi, a parità di risultati. Quest'Ordine auspica, quindi, la realizzazione di percorsi condivisi tra i vari attori della problematica in oggetto, attraverso la realizzazione di un tavolo di lavoro operativo coinvolgente l'Azienda Sanitaria territorialmente competente, le Aziende Ospedaliere insistenti sul territorio provinciale e le organizzazioni sindacali interessate. Una commissione siffatta potrebbe coordinare la realizzazione di percorsi organizzativi condivisi, finalizzati ad evitare alcune fondamentali criticità del sistema attraverso:

1) L'ottimizzazione dei percorsi seguiti dal paziente che necessita di accertamenti specialistici, attraverso il programma di cosiddetta “presa in carico del Paziente” per ottenere, da un lato, la riduzione dei costi derivanti da esami inutili e, dall'altro, la riduzione del numero di esami richiesti, con una maggiore appropriatezza e quindi qualità dei risultati. A tal proposito, si tiene a segnalare che quest'Ordine, in una precedente edizione del proprio annuale “Convegno di Primavera”, aveva auspicato tale realizzazione coinvolgendo allo stesso tavolo responsabili apicali delle Aziende Sanitarie,

Ospedaliere etc, messaggio a tutt'oggi inascoltato.

2) Una maggiore attenzione agli aspetti economici in termini di ottimizzazione delle risorse, dei percorsi organizzativi dell'utenza e della deburocratizzazione delle procedure.

3) L'attribuzione di spesa in termini di budget prescrittivo (una volta solo specifica precipuità dei Medici Ospedalieri con i centri di costo, oggi futuribile attribuzione informatizzata delle prescrizioni territoriali).

4) L'appropriatezza delle prescrizioni, sia per quanto riguarda l'appropriazione nel singolo Paziente (presenza di intolleranze o allergie, interazioni farmacologiche con altre terapia assunte, etc.), sia in termini di condizioni e limitazioni previste dalle note AIFA e di prescrivibilità o meno a carico del SSN dei farmaci eventualmente consigliati alla dimissione ospedaliera.

In conclusione, quest'Ordine, ravvedendo la presenza di criticità organizzative all'interno del SSN, specificatamente fatte rilevare dal Fiduciario FIMMG per il Distretto di Taormina Dr. F. D'Arrigo, si rende disponibile alla realizzazione di un Tavolo di Lavoro con in coinvolgimento dell'Azienda Sanitaria Locale n.5 territorialmente competente, delle Aziende Ospedaliere, delle organizzazioni sindacali e di eventuali altri stakeholders sociali coinvolti nelle procedure decisionali. Quest'Ordine si impegna altresì ad assicurare supporto logistico ed organizzativo al predetto Tavolo di Lavoro, per la realizzazione di procedure condivise che rispettino le leggi vigenti e la dignità del Paziente, operando al fine di isolare e dissuadere interessi corporativistici di l'una o l'altra fazione sindacale.

L'Arcivescovo incontra i medici

Venerdì 23 ottobre alle ore 17,30 nell'Auditorium Gaetano Martino dell'Ordine dei Medici si terrà un incontro dal titolo "Medicina e persona - routine quotidiana e coinvolgimento personale del medico". In quest'occasione l'Arcivescovo di Messina mons. Calogero La Piana incontrerà i medici. Il programma prevede: ore 17,30 apertura lavori: dott.



L'Arcivescovo
mons. Calogero La Piana

Nunzio Romeo, presidente Ordine dei Medici di Messina - Sig.ra Rosanna Morabito, presidente AMMI - associazione mogli medici italiani, Messina.

Interventi: "Valore e dignità della persona umana", S.E. Mons. Calogero La Piana, Arcivescovo di Messina, Lipari, S. Lucia del Mela - Archimandrita del SS. Salvatore.



"Il rispetto della dignità della persona nelle tecnologie della vita nascente", prof. Don Giovanni Russo, ordinario di Bioetica - preside Istituto Teologico San Tommaso - Messina.

Il dott. Antonino Campisi farà da moderatore. Infine è previsto un dibattito.

AIUTO AGLI ALLUVIONATI

Sul sito dell'Ordine www.omceo.me.it sono disponibili informazioni e modulistica relativi ai provvedimenti a favore di medici, odontoiatri o loro superstiti colpiti dai tragici eventi.



Nunzio Romeo

L'Ordine precisa: no ad inutili allarmismi

Prevenzione e informazione evitando inutili allarmismi. Questo il messaggio che l'Ordine dei Medici di Messina intende divulgare affinché il clamore di questi ultimi mesi relativo alla diffusione dell'influenza A H1N1/V non infici l'operato sia dei medici di famiglia che specialisti nella corretta procedura diagnostico-terapeutica della suddetta patologia. A giudizio del presidente dell'Ordine dei Medici, dott. Nunzio Romeo il decesso all'ospedale Pa-

pardo della sfortunata donna di 46 anni ha generato un diffuso clima di ansia in città. Questo stato di eccessiva preoccupazione, unito alle "aggressioni" portate ai medici da più fronti, rischia di minare l'attività professionale degli stessi operatori sanitari che, sentendosi sotto l'occhio del ciclone, potrebbero perdere la serenità necessaria per fronteggiare al meglio la pandemia. Niente panico, quindi, per un'influenza che nella sostanza - osserva il dott. Nunzio Romeo - non è dissimile da quella stagionale con cui tanta gente fa i conti ogni anno.

Riunione straordinaria del Consiglio

Il 5 ottobre riunione straordinaria del Consiglio dell'Ordine interamente dedicata alla pandemia influenzale.

Numerosi gli interventi che si sono susseguiti facendo il punto della situazione e tracciando una precisa linea di condotta

L'esasperata attenzione dei media ha reso la tensione altissima tra la popolazione e questo rende necessaria una particolare cura ed attenzione nell'affrontare la situazione. E' necessario innanzitutto comprendere che certi rimedi rischiano di essere peggiori del male. L'uso smodato degli antivirali ha già causato numerosi casi di epatite iatrogena. Pertanto è indispensabile formare adeguatamente il personale sanitario. Si stanno pertanto completando adeguati percorsi formativi

Questi verranno quindi posti in essere a cura della ASP per la formazione dei Medici ospedalieri. Sarà la SIMMG invece a realizzarli per i Medici di Medicina Generale.

Per favorire una corretta visione del proble-

ma pandemia e dare una adeguata informazione riguardo la corretta condotta volta a prevenire sul territorio la diffusione del virus sono già stati presi contatti col provveditorato per la realizzazione di incontri esplicativi con i docenti delle scuole e le scolaresche.

Nell'attuazione degli atti di prevenzione non si può prescindere dalla attuazione della campagna vaccinale. Al momento pare che entro i primi di Dicembre arriveranno in Sicilia quasi un milione e mezzo di vaccini. La loro somministrazione dovrebbe essere a cura delle strutture territoriali delle ASP e delle strutture Ospedaliere (salvo la realizzazione di accordi aziendali).

Inoltre, per dare adeguate risposte a tutta la popolazione, viene istituito un "call center" con numero verde. Un nutrito gruppo di medici si sono resi disponibili per dare consulenza telefonica a chiunque voglia informazioni generiche, fermo restando che la consulenza medica (diagnostica, diagnostica, terapia) rimane pertinenza dei Medici di Famiglia.

Questa iniziativa ha avuto tale risalto che è stato chiesto al Presidente dell'Ordine di Messina dall'Assessore Regionale alla Sanità, di farsi promotore affinché la stessa possa essere realizzata nelle altre province siciliane.

Un'arma in più per combattere la pandemia

La timosina, sostanza coinvolta nella regolazione del sistema immunitario riduce il rischio di infezioni virali

Un'arma in più contro l'influenza: con la sua azione stimolante sulle cellule del sistema immunitario, la timosina può certamente aumentare il livello di risposta al virus, che sta allarmando il mondo. Lo ha spiegato Allan L. Goldstein, direttore emerito del Dipartimento di Biologia molecolare della George Washington University, nel corso del "Secondo Simposio Internazionale sulle Timosine" organizzato dalla George Washington University. Secondo Goldstein "la timosina alfa 1 può aumentare il grado di protezione dal virus H1N1, in modo particolare in soggetti cosiddetti a rischio che, per la presenza di patologie concomitanti, hanno un sistema immunitario non perfettamente efficiente e quindi oltretutto rispondere meno al vaccino risultano più esposti al rischio di complicanze gravi".

Maggiore sicurezza quindi per le persone immunodepresse ed esposte al rischio di complicanze gravi: lo dimostrano i risultati delle applicazioni cliniche nel trattamento dell'epatite B e C (già approvato in 37 paesi), del melanoma avanzato e dell'infezione da citomegalovirus nei pazienti trapiantati. Temi affrontati da esperti e ricercatori provenienti da tutto il mondo, che hanno discusso dei recenti progressi e delle prospettive future sulla biologia e le applicazioni cliniche di questa sostanza. "Biologicamente attiva e fisiologicamente presente nell'organismo umano - ha ricordato il presidente di Sigma tau Claudio Cavazza - è in grado di svolgere una funzione di regolazione di molti processi biologici essenziali per il buon funzionamento del sistema immunitario (timosina alfa 1) e dei processi di riparazione

dei tessuti (timosina beta 4) danneggiati da eventi ischemici, come l'infarto del miocardio e le ulcere da insufficienza vascolare".

Presentati anche dati pre-clinici e clinici sulle possibili applicazioni terapeutiche in campo oftalmologico, angiologico e cardiologico.

"Sono estremamente compiaciuto nel vedere che ciò che abbiamo ipotizzato ed osservato in laboratorio attraverso anni di lavoro e di produzione scientifica trovi conferma in applicazioni cliniche così importanti" ha dichiarato il presidente del Simposio, Enrico Garaci, professore di Microbiologia presso l'Università romana "Tor Vergata" e presidente dell'Istituto Superiore di Sanità.

L'Italia protagonista nella ricerca: "Stiamo attivamente testando la possibilità dell'impiego della timosina alfa 1 come adiuvante della vaccinazione per l'influenza suina su modelli animali specifici e con trials clinici, con l'obiettivo di potenziare i mezzi a disposizione per fronteggiare al meglio la pandemia" - ha dichiarato Roberto Camerini, responsabile dello sviluppo clinico.



COS'È L'INFLUENZA A H1N1/v

È un'infezione dell'apparato respiratorio, i cui sintomi sono simili a quelli dell'influenza stagionale. Si diffonde più rapidamente dell'influenza stagionale. Può causare complicazioni, specie in soggetti con malattie croniche preesistenti **ma nella maggior parte dei casi si risolve con la guarigione completa.**

SINTOMI

Febbre improvvisa di norma superiore a 38°, accompagnata da tosse e/o mal di gola e/o raffreddore e da almeno un altro sintomo fra: brividi, dolori muscolari e alle articolazioni ossee, mal di pancia, diarrea o vomito.

SI TRASMETTE

Da persona a persona attraverso le goccioline di saliva: starnuti, colpi di tosse o mentre si parla, specie in ambienti affollati e poco areati, oppure attraverso il contatto con materiale infetto (mani sporche, fazzolettini...) o contatto stretto (baci...) o uso comune di bicchieri, stoviglie, lattine, sigarette...

Come proteggere se stessi e gli altri

I piccoli gesti quotidiani



- Lavati accuratamente le mani: più volte al giorno con acqua e sapone. **SEMPRE** dopo esserti soffiato il naso, tossito e starnutito.



- Butta il fazzoletto dopo esserti soffiato il naso. Dopo ogni starnuto o colpo di tosse, **NON RIUTILIZZARLO**



- Se non hai un fazzoletto starnutisci o tossisci nell'incavo del braccio o del gomito.



- Non ti toccare gli occhi e la bocca se non hai le mani pulite



- Non scambiare oggetti di uso personale: bicchieri, posate, sigaretta, lattine...

- Mantieni pulite le superfici e arieggia gli ambienti

- Evita i luoghi chiusi ed affollati

COSA FARE IN CASO DI SINTOMI

RIMANI IN CASA

- ✓ Possibilmente nella tua stanza, limitando i contatti con i familiari
- ✓ Usa la mascherina nel contatto con gli altri
- ✓ Copriti il naso e la bocca quando tossisci o starnutisci
- ✓ Lavati spesso le mani

CONSULTA IL TUO MEDICO o PEDIATRA

CALL-CENTER
Ordine dei Medici - Me
09:00-12:00 Lun-Sab
16:00-20:00 Lun-Ven

Numero Verde
800 14 50 80

nuovainfluenza@omceo.me.it

più informazione più protezione



Diffondi queste semplici indicazioni che aiuteranno tutti noi nel prevenire la diffusione del contagio

La “febbre suina” preoccupa ma senza allarmismi

Sono più i dubbi delle certezze su quella che è considerata a ragione una nuova pandemia del secolo, l'influenza A, detta comunemente “febbre suina”. E da sempre ciò che non si conosce fa paura. Siamo stati bombardati tutta l'estate da notizie più o meno preoccupanti. Poi c'è stato un silenzio rassicurante e ora nuovi allarmi inquietanti. L'ultimo, in ordine di tempo, quello lanciato dall'Organizzazione mondiale della sanità su un nuovo ceppo di influenza, più aggressivo perché in grado di colpire direttamente i polmoni. Niente allarmismi, ma preoccupa-

si è partiti riguarda la sensibilizzazione dei medici di famiglia e dei pediatri di base che sono i primi a dovere valutare l'impatto reale del virus sui pazienti. Come la più classica delle influenze può presentarsi in forma leggera o grave. Si può prevenire il contagio, oltre che con il vaccino, rispettando regole igieniche fondamentali: per esempio, coprendo con un fazzoletto naso e bocca quando si starnutisce, lavando spesso le mani con acqua e sapone dopo aver frequentato luoghi e mezzi pubblici, evitando di toccare occhi, naso e bocca con mani non pulite. Ciò che preoccupa, oggi, è anche l'impatto sociale di questa nuova influenza. C'è infatti chi teme un numero altissimo di ricoveri ospedalieri. Il presidente dell'Ordine dei Medici Nunzio Romeo a tal proposito, ha voluto sottolineare alcuni aspetti fondamentali per prevenire eventuali intasamenti nei nosocomi: *“Invitiamo i Medici di Famiglia – ha detto il Presidente – ad essere più attenti nell'ascoltare le esigenze degli assistiti, aiutandoli con giusti consigli nell'affrontare la situazione senza troppi allarmismi. Il virus è nuovo e non è così forte, ma in soggetti a rischio può provocare danni soprattutto a livello polmonare con gravi insufficienze respiratorie che necessitano un ricovero immediato.”* Verranno distribuiti dall'Ordine una serie di opuscoli informativi per sensibilizzare le persone ma si sta già stilando un provvedimento di protocollo d'intesa fra Asp e aziende ospedaliere per dare il via a corsi di formazione diretti dalla dottoressa Nina Santisi, rivolti ai medici che dovranno somministrare i vaccini messi a disposizione per i pazienti. In ogni caso la campagna prevederà un ramo per il vaccino stagionale e uno successivo per il vaccino pandemico. I primi a beneficiarne saranno gli operatori sanitari e i servizi di prima necessità: come le forze dell'ordine. Una fascia ulteriore comprende i malati cronici, affetti da patologie cardio-respiratorie, le donne in gravidanza e i grandi obesi, mentre per i giovani tra i 2 e 18 anni previsto uno step successivo nel caso le evidenze scientifiche supportino questa necessità.



L'incontro all'Ordine dei Medici

zione sì. Per questo l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Messina ha organizzato un incontro con gli operatori del settore, l'azienda sanitaria Papardo-Piemonte e del Policlinico rappresentati dai dottori Sebastiano Coglitore e Giovanni Todaro, affinché si faccia il punto della situazione. All'incontro svoltosi nell'auditorium “Gaetano Martino” dell'Ordine hanno preso parte anche la Fimmg rappresentata dal dottor Giacomo Caudo, la Federazione italiana Pediatri rappresentata dal dottor Adolfo Porto e l'Ordine dei Farmacisti con il suo Presidente il dottor Antonino Abate. Nella conferenza si sono poste le basi per formare al più presto un'unità di crisi che affronti l'eventuale diffusione del virus H1N1 (che si prevede toccherà il suo picco entro dicembre) ed il primo punto da cui

Il punto sul nuovo virus A(H1N1)

La maggior parte delle malattie virali che colpiscono l'uomo sono contagiose nel senso che si trasmettono più o meno facilmente da un individuo malato ad uno sano con varie modalità (goccioline di saliva, sangue, etc.). Più è alta la contagiosità di una malattia più facilmente si diffonderà nella popolazione colpendo molti soggetti: si parlerà allora di "epidemia". L'OMS classifica la "diffusività" delle malattie in categorie crescenti (dalla 1 alla 6) riservando il termine pandemia (malattia presente in ogni parte del globo ed altamente contagiosa) alla categoria 6.

La nuova influenza di cui tanto si parla oggi (conosciuta come influenza suina o da virus H1 N1) è stata catalogata dall'OMS nella sesta categoria. Tale assegnazione, però, non si riferisce in alcun modo alla gravità della malattia bensì alla sua capacità di diffondersi tra i vari strati della popolazione. Infatti la "nuova influenza" attualmente non si presenta più grave della classica influenza invernale, rispetto a questa, però, è molto più contagiosa. L'umanità ha già conosciuto il virus H1 N1. Nel secolo scorso (precisamente nel 1918) la temibile "spagnola" che fece 50 milioni di vittime in tutto il mondo, era dovuta proprio a questo identico virus. Allora questa alta mortalità era dovuta alla mancanza degli antibiotici per cui le complicanze della malattia non potevano essere adeguatamente curate (cosa oggi impensabile). Un'altra epidemia più circoscritta del virus H1 N1 si verificò nel 1977. Quest'ultima ha indotto gli esperti dell'OMS nel ritenere che gli adulti con più di 30-35 anni hanno una buona possibilità di avere già gli anticorpi contro questo virus ed essere pertanto immuni dalla malattia. L'attenzione, pertanto, si è spostata principalmente sulla fascia pediatrica e dei giovani adulti maggiormente a rischio di contrarre l'influenza. Tale vulnerabilità dei bambini ha spinto i vari governi ad allertare coloro che si occupano per definizione dell'infanzia (pediatri, operatori scolastici, associazioni riconosciute, etc.) sui pericoli per questa categoria. Anche in Italia il Ministero della Salute ha convocato anche il rappresentante del maggior sindacato dei pediatri (FIMP) per discutere le strategie da attuare per fronteggiare al meglio tale pandemia che, si presume, comincerà a fare sentire i suoi effetti nel periodo scolastico quando, cioè, una maggiore pro-

miscuità tra gli alunni favorirà la diffusione virale. La FIMP ha pertanto istituito un board scientifico composto da sei esperti riconosciuti a livello internazionale (due dei quali pediatri siciliani) appositamente "dedicato" allo studio della pandemia influenzale per supportare il Ministero nelle decisioni che, in base all'evoluzione della malattia, si dovranno prendere di volta in volta. Le armi a disposizione degli addetti ai lavori per combattere la nuova influenza sono la prevenzione (lavaggio accurato delle mani, evitare luoghi affollati, coprire la bocca con un fazzolettino quando si tossisce), gli antivirali (oseltamivir e zanamivir) ed i vaccini. In relazione a questi ultimi il ministero della salute ha emanato un recente comunicato (26 agosto) nel quale dà le direttive per la campagna vaccinale che prevede l'immunizzazione del 40% dell'intera popolazione italiana. La vaccinazione sarà offerta in due blocchi. Il primo blocco previsto per il mese di novembre interesserà: - i soggetti a rischio perchè affetti da patologie croniche gravi; - il personale sanitario che deve garantire le prestazioni assistenziali; - il personale che garantisce gli aspetti di sicurezza del Paese (vigili del fuoco, polizia, protezione civile, etc); - il personale che garantisce la continuità dei servizi cosiddetti essenziali (acqua, energia, telecomunicazioni, rifiuti, etc).

In seconda istanza, il vaccino sarà offerto alla popolazione dai 2 ai 27anni, fascia d'età che, dai dati sull'andamento mondiale della malattia da aprile ad oggi, risulta essere la più colpita dall'infezione e che, in tali soggetti, si trasmette più facilmente. Queste ultime direttive ministeriali non fanno altro che sottolineare l'importanza del pediatra di famiglia nella gestione della salute del bambino. Fronteggiare una pandemia, comunque, prescinde dalla gravità della malattia in oggetto. Le conseguenze di un'elevata percentuale di contagio nella popolazione potrebbero essere tali da mettere in difficoltà gli apparati burocratici. Per tali motivi è comprensibile lo sforzo delle associazioni scientifiche internazionali nel tenere alta l'attenzione verso questa nuova pandemia per "osservarla trascorrere" senza gravi danni o per poter fronteggiare tempestivamente qualsiasi "sterzata" patogena di questo virus H1N1.



Endocrinologi a Lisbona: protagonisti i messinesi



Il prof. Francesco Trimarchi

Il Congresso annuale dell'European Thyroid Association, celebratosi a Lisbona al 5 al 9 settembre ha fatto registrare l' apprezzata e qualificata partecipazione degli Endocrinologi dell'Ateneo di Messina. Il Congresso si è svolto nella prestigiosa sede del Rettorato dell'Università con la partecipazione di oltre 1000 studiosi provenienti da tutti i paesi europei, dagli USA, Giappone e America latina. Il prof.

Francesco Trimarchi (nella foto insieme al co-chairman) ha presieduto una sessione del simposio del Council Internazionale per la carenza di iodio (istituzione scientifico-operativa dell'OMS). La carenza di iodio è la problematica sulla quale Trimarchi ha condotto numerosi e qualificati studi scientifici sin dalla metà degli anni '70. Il Prof Trimarchi ha presieduto un'altra sessione scientifica del congresso, dedicata ai rapporti fra malattie tiroidee e cuore. Al simposio sulla carenza iodica è stato invitato il Prof. Francesco Vermiglio, che ha tenuto un' apprezzata relazione sui disordini neurologici e cognitivi nei nati da madri esposte a carenza nutrizionale di iodio durante la gravidanza, problematica alla quale ha dedicato oltre un decennio di ricerche ormai universalmente riconosciute in ambito internazionale. Il prof. Salvatore Benvenga è stato invitato a tenere una relazione sull'assorbimento della Levo-tiroxina, problema particolarmente rilevante, data la diffusione della terapia con ormoni ti-

roidi e le numerose condizioni morbose e la grande quantità di sostanze farmacologiche e alimentari che interferiscono sull'assorbimento del farmaco, che è anche condizionato, come dimostrato da Benvenga, dall'abitudine mediterranea di assumerlo con una tazza di caffè espresso. L'Ateneo di Messina e i gruppi di ricerca in Endocrinologia sono stati rappresentati anche in un altro simposio nel corso del quale la dott.ssa Gabriella Pellegriti di Catania, allieva del prof Riccardo Vigneri, ha presentato una relazione in un simposio dedicato alle influenze ambientali sulla tiroide, presentando i dati relativi all'influenza del Vulcano Etna sull'espressione epidemiologica e clinica del cancro della tiroide, che sono in corso di pubblicazione su una delle maggiori riviste di oncologia (JNCI) e che rappresentano i più originali risultati di un progetto, a suo tempo finanziato dal Ministero della Salute, condotto dalle tre università siciliane in collaborazione con l'azienda Cervello di Palermo e con il Dipartimento Osservatorio Epidemiologico della Regione e coordinato dallo stesso Prof Francesco Trimarchi.

Barcellona, convegno sull'appendi- cite acuta

Si è svolto al Palacongressi di Barcellona Pozzo di Gotto il convegno dal titolo "Appendice acuta - quando e come prevenire i risvolti negativi di un'affezione in continuo crescendo nei paesi occidentali", presieduto dal dott. Benedetto Bronzetti, responsabile dell'Unità operativa di Chirurgia generale. All'assise hanno preso parte il dott. Domenico Sindoni, direttore sanitario del presidio barcellonese, il dott. Giancarlo Torre dell'Unità Operativa di Chirurgia generale e la dott.ssa Francesca Parrinello, direttore sanitario del presidio di Milazzo oltretutto numerose personalità della politica, della sanità e del Foro barcellonese. In considerazione della complessità diagnostica che spesso tale affezione presenta da paziente a paziente (la sintomatologia è diversa a seconda che si tratti di bambino, giovane

Registro mediterraneo sulle patologie nefrologiche

Primo congresso della Società mediterranea

Indagini epidemiologiche disomogenee, malattie renali particolari, costi dell'assistenza ai dializzati sono alcuni dei temi affrontati dai nefrologi di tutto il mondo in occasione del Primo congresso della Società mediterranea di nefrologia a Giardini Naxos. Una tre giorni che ha visto protagonisti esperti provenienti da 12 paesi (Algeria, Bosnia Erzegovina, Croazia, Egitto, Grecia, Israele, Italia, Marocco, San Marino, Serbia, Slovenia, Tunisia), con una prima parte dedicata alla creazione del Registro mediterraneo delle malattie renali e della dialisi. Oggi i dati forniti sono incompleti e arretrati perchè risalgono al 2006: l'assise scientifica, la prima della Società presieduta dal prof. Guido Bellinghieri, è servita ad aggiornarli, con l'obiettivo comune di migliorare le aspettative dei pazienti e ridurre il rischio di diffusione di patologie oggi debellabili. Il registro infatti, non solo abbraccia un'area di 423 milioni di abitanti

adulto, donna o anziano), l'attività formativa dell'incontro barcellonese ha avuto il fine di promuovere la conoscenza di tutte le fasi diagnostiche che conducono il medico alla corretta e tempestiva diagnosi; si evitano, così sia ricoveri impropri che influiscono negativamente sulla spesa sanitaria, sia l'alto rischio di complicanze, specie nei bambini con meno di 10 anni d'età: un bambino su due rischia la perforazione, complicazione più temibile, a 5 anni (oggi il rischio di morire in seguito a peritonite da perforazione di appendice cecale si attesta intorno al 5% nel bambino e nell'anziano).

molto più estesa ad esempio rispetto a quella statunitense che sfiora i 250, ma introduce un metodo di analisi epidemiologica rivoluzionario, tale da consentire l'individuazione della cause scatenanti patologie renali con un raffronto fra le peculiarità delle zone interessate, quindi intervenire con progetti di prevenzione di li-



Il tavolo dei relatori

vello europeo. Una particolare attenzione è stata data anche agli aspetti economici da cui spesso derivano peggioramenti di malattie renali, basti pensare al costo di una dialisi. E ancora il tema dell'immigrazione: morbi come malaria, schizosomiosi, tubercolosi rischiano di contagiare nazioni ormai "immuni" visti i flussi migratori quotidiani dall'Africa verso l'Europa, che hanno acceso i riflettori sulla necessità di predisporre controlli diagnostici adeguati. All'inaugurazione sono intervenuti il Rettore dell'ateneo messinese Franco Tomasello, il preside della Facoltà medica Emanuele Scribano, il direttore generale del Policlinico Giuseppe Pecoraro, il direttore sanitario Sebastiano Coglitore e il presidente dell'Ordine dei medici Nunzio Romeo. Sul tema tossicità uremica a confronto nefrologi di calibro internazionale come Griet Glorieux e Ray Vanholder di Ghent (Belgio), Joachim Jankowski di Berlino (Germania), Geral Cohen di Vienna (Austria), Goce Spasovsky di Skopje (Macedonia), Alessandro Perna di Napoli, il preside della Facoltà di Medicina dell'Università di Bologna e il prof. Antonio Santoro dell'ospedale S. Orsola di Bologna; oltre agli specialisti messinesi e siciliani (Savica, Buemi, Fede, Mallamace, Santoro, Ricciardi).



Mancata attuazione direttiva CEE: lo Stato deve risarcire

Una recentissima sentenza della Corte di Cassazione arricchisce il panorama nazionale delle pronunce in materia di responsabilità civile dello Stato per i danni da illecito comunitario, tornando sul tema dei danni cagionati, a medici specializzandi, dall'errata attuazione da parte del legislatore italiano delle direttive n.363/75/Cee e 76/82/Cee. La novità della sentenza in argomento è quella di avere individuato il termine ordinario di prescrizione dell'azione e ciò in contrasto con le numerose sentenze dei vari tribunali che avevano comunque applicato il termine breve quinquennale. Invero la Corte ha chiarito che la pretesa avanzata come domanda di risarcimento del danno subito per la mancata attuazione di direttive Cee non va ricondotta alla fattispecie di cui all'art. 2043 c.c. per violazione del principio del *neminem laedere*, ma come illecito del legislatore di natura indennitaria atta a compensare all'avente diritto della perdita subita in conseguenza del ritardo oggettivamente apprezzabile avente natura di credito di valore, deve cioè riconoscersi un credito alla riparazione del pregiudizio subito per c.d. "fatto illecito del legislatore". La Cassazione ritorna sulla tormentata questione chiarendo l'ennesimo dubbio interpretativo circa il coordinamento della disciplina nazionale con il diritto comunitario. Il dibattito delle Corti di merito e di legittimità è stato fortemente condizionato dal bipolarismo pubblico e privato. La maggiore sensibilità dimostrata dalla giurisprudenza di merito ad affermare la regola risarcitoria dello Stato si è scontrata con un atteggiamento della Corte di Cassazione che aveva inizialmente ritenuto la liceità dell'azione legislativa dello Stato.

Invero era stato ritenuto dalla suprema Corte, secondo un primo orientamento (Cass. 01.04.03) che lo Stato non poteva essere giuridicamente responsabile per non avere esercitato la propria sovranità statale, successivamente era stato osservato che, fondamento della responsabilità è la colpa, e lo Stato non poteva essere ritenuto colpevole per non avere approvato una legge atteso che legiferare è prerogativa sovrana giuridicamente non sindacabile. Da tale sentenza era conseguito, che di fronte all'esercizio del potere politico non sono configurabili situazioni soggettive protette in via giudiziaria. Con un secondo e contrastante orientamento la stessa Corte os-

servava che se l'inadempimento dello Stato agli obblighi comunitari avesse recato un danno ai singoli, doveva riconoscersi l'illiceità del comportamento, con il conseguente diritto dei soggetti danneggiati ad ottenere un equo risarcimento indipendentemente dalla qualifica dell'interesse leso.

La sentenza in argomento evidenzia che: a) prima del loro recepimento nell'ordinamento interno, avvenuto con la legge n. 428 del 1990 e con il D.Lgs. n. 257 del 1991, le direttive CEE 362/75 e CEE 82/76, che prevedevano l'adeguata remunerazione per la partecipazione alle scuole di specializzazione afferenti alle facoltà di medicina, non erano applicabili nell'ordinamento interno in considerazione del loro carattere non dettagliato, come precisato anche dalla Corte di Giustizia CE, sentenza 25 febbraio 1999, causa C-131/97 - non consentiva al giudice nazionale di identificare il debitore tenuto al versamento della remunerazione adeguata, né l'importo di quest'ultima; b) la mancata trasposizione fa sorgere il diritto degli interessati al risarcimento del danno cagionato per il ritardato adempimento, consistente nella perdita della chance di ottenere i benefici - essenziali per consentire un percorso formativo scevro, almeno in parte, da preoccupazioni esistenziali - resi possibili da una tempestiva attuazione delle direttive medesime (Cass. 11 marzo 2008, n. 6427; 9842 del 2002); c) la suddetta attività consiste in prestazioni finalizzate essenzialmente a consentire la formazione teorica e pratica del medico specializzando e non già a procacciare utilità alle strutture sanitarie nelle quali essa si svolge, per cui gli emolumenti per esso previsti sono sostanzialmente destinati a sopprimere alle sue esigenze materiali in relazione all'attuazione dell'impegno a tempo pieno per l'apprendimento e la formazione; d) La pretesa risarcitoria azionata dai medici è assoggettata al termine di prescrizione ordinaria (decennale) perché diretta all'adempimento di un'obbligazione ex lege (di natura indennitaria), riconducibile come tale all'area della responsabilità contrattuale.

Con la sentenza in argomento sono state contemplate le due esperienze realizzando una perfetta sintesi tra orientamenti interpretativi interni ed europei in pieno spirito transnazionale che approva l'idea dell'illecito comunitario rendendo concreta la richiesta di risarcimento alla luce del diritto interno.

La dislessia colpisce il 5% dei bambini:

Week - end intensivo a Villa Laura

Si è svolto a “Villa Laura” (Me), il “3° week-end Intensivo di potenziamento delle abilità scolastiche per dislessici” al quale hanno aderito 13 bambini/ragazzi di età compresa tra 8 e i 13 anni provenienti da tutta la Sicilia. La dislessia è un disturbo neurobiologico che colpisce il 4-5 % dei bambini in età scolare. E’ una difficoltà specifica che riguarda la capacità di leggere e scrivere in modo rapido e corretto. Riguarda bambini normalmente intelligenti che però, a causa del disturbo, possono incontrare serie difficoltà di apprendimento scolastico che si ripercuotono su tutto l'apprendimento provocando talora un profondo disagio psicologico. La dislessia si accompagna quasi sempre a disortografia, tendenza a commettere errori ortografici e qualche volta a disgrafia (tratto grafico poco comprensibile). Altro disturbo specifico dell'apprendimento è la discalculia, che impedisce di eseguire i calcoli aritmetici rapidamente e correttamente. Il bambino dislessico è il primo a percepire la propria difficoltà, senza riuscire a darsi una spiegazione ragionevole. Si sente insicuro e sviluppa e il disagio può tradursi in disturbi comportamentali, atteggiamenti di disinteresse da ciò richiede impegno, chiusura in sé stessi, ecc. Tutto ciò ha ripercussioni negative sulla sua autostima e può incidere sulla formazione della sua personalità. Un ulteriore problema che intacca l'autostima è la dipendenza da altri per lo svolgimento dei compiti. Importante perciò per un dislessico in età scolare riuscire a essere AUTONOMO. Ciò significa trovare delle strategie che consentano di provvedere ai bisogni formativi senza l'intervento di una persona esterna. Da queste considerazioni, è nata l'idea di un “week-end



intensivo”, unico al sud Italia, che in un contesto comunque ludico e non scolastico, si pone l'obiettivo di rendere i bambini dislessici capaci di affrontare il percorso di apprendimento mediante l'utilizzo di tecniche e strumenti informatici.

Il “3° Week-End Intensivo”, promosso e organizzato dalle dott.sse Tiziana Calarese (Neuropsichiatra Infantile, Psicoterapeuta – Università di Messina) e Rosa Grosso (Psico-pedagogista – Università di Messina) con la collaborazione della dott.ssa Antonella Gagliano (Neuropsichiatra Infantile – Università di Messina) si è posto l'obiettivo di fornire strategie alternative, per l'applicazione di strumenti informatici e multimediali a compiti scolastici di tipo specifico e interdisciplinare. Durante tutta la durata del Campus, infatti, per ogni alunno, sono stati messi a disposizione personal computer con accesso a internet, programmi di sintesi vocale e altri strumenti “facilitatori”. Inoltre sono stati utilizzati scanner con software OCR e altri materiali informatici quali libri digitali, libri parlati, enciclopedie multimediali, ecc. Sono state dunque esercitate le abilità di scrittura, di esposizione orale, di lettura; le capacità e le strategie per la comprensione di testi e per lo studio, in vista dell'inizio del nuovo anno scolastico.

Come già noto infatti, i bambini dislessici tendono, durante l'estate a “dimenticare” tutto ciò che hanno studiato durante l'anno, pertanto la frequenza al “3° week end intensivo” è servita innanzitutto come occasione per fornire strumenti in più agli studenti con disturbi specifici dell'apprendimento, ma allo stesso tempo come graduale ma intenso riavvicinamento ai compiti scolastici.

LA COMPETENZA E LA RESPONSABILITA'

Il mondo economico è colpito da una crisi di violenza inaudita. Di fronte a tale recessione, la gente diventerà sempre più esigente e non vorrà buttar via il proprio denaro, sarà più riflessiva ed attenta e chiederà prodotti e servizi migliori.



dott. Luigi Bonanno
Audioprotesista

Quindi, far coincidere i bisogni e le aspettative del paziente con l'aspirazione di ciascun professionista di sentirsi sempre adeguato e preparato ad affrontarli e a sostenerli è la continua prova cui ognuno è chiamato a far fronte mediante la risorsa più appropriata: la Competenza.

Nel settore audioprotesico operano da tempo soltanto professionisti laureati e continuamente aggiornati e formati in Medicina (ECM)

Per condurre la popolazione ipoacusica ad un accesso più consapevole dell'utilizzo di servizi e prestazioni audioprotesiche e quindi ad un miglioramento della qualità di vita serve un mutamento culturale ed ideologico.

Questa grande sfida, avviata dal settore audioprotesico e governata dagli stessi Audioprotesisti, rende sempre più possibile l'integrazione tra l'evoluzione della nostra categoria come professionisti sanitari e la dimensione sociale del nostro ruolo.

Le vecchie mansioni in ambito sanitario ormai scomparse, sono state sostituite dalle competenze acquisite durante il corso di laurea e nello svolgimento della rispettiva vita professionale. Pertanto, oggi bisogna saper "cogliere" ed "apprezzare" quelle mutazioni che riguardano il nostro settore e valorizzarne i contenuti e le opportunità professionali.

Una di queste è la competenza, che nel nostro ambito professionale, esprime i più alti principi e pone la massima attenzione nei confronti della salute e del rispetto del cittadino-paziente.

Oggi, le nuove dimensioni del sapere e del saper fare (vedi la Piramide di Miller 1990)

schematizzano bene quali siano le esigenze in termini di competenza e di valutazione della stessa, per non limitarla solo alla pura "conoscenza".

Anche se lo sviluppo della conoscenza, che costituisce la competenza, è il motore del progresso sociale e della capacità di dare risposte alle molteplici domande di salute.

L'Audioprotesista oggi è un professionista sanitario non medico, riconosciuto ufficialmente in Italia con il DM 668 del 14 settembre 1994; e per quanto riguarda l'ambito delle competenze, dell'autonomia e della responsabilità, con Dlg n.42 del 26 febbraio 1999 confermate dalle leggi 251/00 e 43/06.

Inoltre, nell'ambito della propria attività svolta con titolarità e conseguente autonomia intellettuale, il Tecnico Audioprotesista sceglie



e propone soluzioni tecnologiche uditive-riabilitative complesse ed in continua evoluzione, secondo le norme sanitarie vigenti.

Quindi, nel contesto della piena responsabilità, l'Audioprotesista

concretizza l'assoluta titolarità nella scelta dell'ausilio, dei parametri tecnici, della fornitura, dell'adattamento e del controllo dei presidi uditivi, oltre che, nella gestione globale degli apparecchi acustici e di tutti i dispositivi progettati e realizzati per correggere il danno uditivo.

Se si considera l'innalzamento dell'indice di longevità della nostra popolazione ed il numero di persone che presentano deficit uditivi (60% della popolazione tra i 70 ed i 79 anni, il 33% quella compresa tra i 60 ed i 69 anni ed il 20% di quella con età tra i 50 ed i 59 anni) e la tendenza ad individuare precocemente e a protesizzare tempestivamente i bambini ipoacusici, si comprende come l'attività dell'Audioprotesista, figura rilevante (e d'indubbio complemento all'area Medica) nell'approccio sanitario per affrontare la deprivazione sensoriale così invalidante come l'ipocusia, si concretizzi attraverso specifici interventi, di natura preventiva, tecnico riabilitativa, relazionale ed atti intellettualmente autonomi e responsabili.



Audit e miglioramento assistenza al paziente con diabete mellito tipo 2

Progetto di buona pratica clinica in medicina generale
nella Provincia di Messina (clinical governance) renali e dialisi

Introduzione: - In considerazione della difficoltà professionali sofferte dalla Medicina Generale, in seguito alle continue disposizioni legislative, decreti, circolari che continuamente condizionano la quotidiana pratica medica creando conflittualità con i Medici specialisti, che spesso non applicano tali normative del SSN, ed i pazienti, la cui domanda di salute è peraltro ben lontana dai reali bisogni, - consapevoli che il problema possa essere affrontato e risolto solo attraverso la formazione integrata nella realtà del sistema sanitario nazionale e regionale. **La SIMG di Messina e la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi Messina**, hanno dato avvio ad un progetto di formazione continua finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche garantendo ai medici che assistono tali pazienti, ed a quelli di famiglia in particolare, una maggiore serenità nella pratica clinica. Si è data priorità alla tematica sul diabete.

Obiettivi del progetto

Come da progetto generale, l'obiettivo principale è quello di migliorare il livello assistenziale territoriale del paziente affetto da Diabete di tipo 2. Il diabete mellito è una patologia cronica ad elevata prevalenza, di rilevanza sociale. La corretta gestione della malattia diabetica e la prevenzione delle sue complicanze è in grado di modificare sostanzialmente la storia della malattia. In atto, purtroppo, in Italia, nonostante una imponente organizzazione in rete dei servizi di diabetologia non sono ancora adeguatamente controllati in un'elevata percentuale di casi i più importanti fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione diabetica. Inoltre rende molto pertinente l'argomento scelto per iniziare il progetto il ruolo che il Medico di MG riveste nella gestione del Diabete mellito tipo 2.

Strategia: In considerazione della scarsa efficacia in termini di miglioramento della qualità assistenziale, della formazione continua in ambito medico, si è pensato di fare seguire alla fase di didattica in senso stretto, una verifica continua dell'impatto della formazione, attraverso la ricerca degli indicatori della corretta pratica clinica ed il successivo Audit, per definire processi di cura condivisi con tutti gli attori. Sulla base di tali premesse si propone di realizzare un progetto pilota che valuti la fattibilità di un intervento formativo complesso, testandolo su di un campione di Medici di Medicina Generale che aderiscono in modo volontario. Sono stati reclutati 30 MMG, detti Ricercatori, in possesso di software per la gestione della cartella clinica in grado di estrarre indicatori di processo e di esito relativi alla assistenza al paziente diabetico.

I medici Ricercatori dovranno: - effettuare un percorso formativo di base sulla gestione del paziente diabetico e sulla valutazione degli indicatori di qualità; - registrare puntualmente in cartella tutti i dati clinici dei pazienti con diabete tipo 2 ed estrarre ogni mese i dati che consentano di monitorare il controllo glicometabolico, lipidico e pressorio, il rischio cardiovascolare, le eventuali complicanze; partecipare ad incontri formativi periodici finalizzati alla analisi e al miglioramento delle performances assistenziali.

Sequenza operativa e temporale: Durata 18 mesi. DICEMBRE 2008

Reclutamento dei Ricercatori: Hanno aderito 25 medici della SIMG in possesso dei seguenti requisiti:- software per la gestione della cartella clinica in grado di estrarre gli indicatori del progetto; - disponibilità di un collegamento telematico tramite linea ADSL; buona dimestichezza con la posta elettronica e l'utilizzo dei fogli excel; disponibilità a partecipare a tutte le fasi del progetto.

Formazione per l'avviamento alla ricerca: Definizione degli indicatori di processo e di esito e standard per il monitoraggio dell'impatto della formazione sulla pratica professionale. Preparazione di un software o di una serie di query per l'estrazione dati dai data base. Elaborazione di un report complessivo sugli indicatori

L'elaborazione dei dati e la realizzazione dei report avverrà da parte del Dott. Vincenzo Arcoraci dell'Istituto di Farmacologia del Policlinico; MARZO 2009: Incontro mensile con i Ricercatori per la valutazione dei problemi nella fase di inserimento dati; APRILE 2009: Presentazione del progetto alle giornate V° Giornate Messinesi; MAGGIO 2009: Presentazione del progetto e dei primi dati al V° Congresso Regionale SIMG; GENNAIO 2010 – APRILE 2010: Corsi di formazione – Audit per migliorare la gestione del paziente diabetico, utilizzando i dati osservazionali retrospettivi e prospettici, forniti dai ricercatori. Avvio di gestione integrata del paziente diabetico (come da Progetto IGEA). I corsi di formazione saranno rivolti prioritariamente ai medici Ricercatori e quindi a tutti i medici di famiglia della provincia di Messina. OTTOBRE 2010; Valutazione, attraverso i report, dei miglioramenti in termini gestionali del paziente diabetico, ed avvio di nuovi incontri per Audit. APRILE 2011: Nuova valutazione e conclusione del progetto con possibile riavvio della spirale formativa con reingegnerizzazione del progetto stesso. **Accreditamento ECM:** Le fasi formative del progetto saranno accreditate ai fini ECM nel rispetto della vigente normativa ministeriale. **Provider sarà la Fondazione Cultura e Salute ONLUS dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Messina.**

Monitoraggio del progetto: Il progetto formativo sarà monitorato, in maniera continuativa, da una Commissione Paritetica formata dai proff. Cucinotta Domenico, coordinatore, Salvatore Benvenga, dott.ri Walter Fries, Umberto Alecci, Santi Inferrera e Sebastiano Marino. **Il progetto ha ottenuto il patrocinio dell'Ordine dei Medici.**

Gli urologi del Papardo – Piemonte incontrano i medici di famiglia

Si è svolto presso l'Unità Operativa dell'Azienda Ospedaliera Papardo-Piemonte il corso interattivo Pocket-Urologist 2009 accreditato dal programma del Ministero della Salute per la Formazione Continua. L'interessante iniziativa, volta alla realizzazione di una maggiore integrazione tra le attività ospedaliere e le attività assistenziali del nostro Territorio, ha consentito ad un nutrito gruppo di Medici di Famiglia della nostra provin-

cia di partecipare "in diretta" per un giorno alla vita dell'Unità Operativa. Il corso, dall'agile struttura e dal clima estremamente informale, si è articolato in una prima sessione teorica durante la quale si sono succedute delle presentazioni interattive di esplicazione delle attività clinico-assistenziali ed operatorie del Reparto; ed una seconda sessione pratica di interventi in diretta a cui i Medici di Famiglia hanno avuto la possibilità di seguire direttamente all'interno della Sala Operatoria. L'iniziativa ha riscosso commenti entusiastici da parte dei partecipanti che ne hanno particolarmente apprezzato il taglio estremamente pratico, il livello comunicativo informale e la possibilità di interazione in real-time attraverso le tecnologie multimediali utilizzate.





Le specializzazioni in odontoiatria

Se si vuole fare il punto sulla situazione della specializzazione in ambito odontoiatrico è indispensabile dare uno sguardo unitario alle attività istituzionali effettuate, ai correttivi che la CAO Nazionale ha proposto e che sono stati recepiti e alle ultime novità giurisprudenziali e legislative.

Si deve, di conseguenza, premettere che il decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca in data 31 luglio 2006 ha individuato per l'area odontoiatrica Scuole di specializzazione cui possono accedere i laureati del CLSOPD. Il Consiglio Superiore di Sanità pur non intervenendo sulla necessità di istituire scuole di specializzazione in odontoiatria ha espresso un parere non favorevole su aspetti organizzativi evidenziando che i requisiti e gli standard proposti non erano rispondenti agli obiettivi formativi. Un ulteriore aspetto da considerare è la recente sentenza del tribunale amministrativo di Trento che ha affermato che la laurea in odontoiatria e protesi dentaria, e la relativa abilitazione all'esercizio professionale, permette l'esercizio della professione di odontoiatra, ma senza un ulteriore titolo di specializzazione nell'area dell'odontoiatria non può essere consentita la partecipazione ai concorsi per l'accesso al primo livello dirigenziale del servizio sanitario nazionale. Da questo rapido excursus appare evidente come il problema dell'istituzione di una scuola di specializzazione in odontoiatria risulti tutt'ora aperto e estremamente attuale per le ricadute normative di organizzazione della professione ed occupazionali sia in ambito del SSN come della libera professione. In primo luogo si può affermare, come, stante le voci comunque dissonanti della magistratura, è necessario definire in maniera certa come e se effettivamente il laureato in un corso di laurea specialistica che già prevede da quest'anno un prolungamento a sei anni, finalizzato all'acquisizione soprattutto di capacità pratiche, non possa accedere alle funzioni

dirigenziali del SSN senza una specializzazione.

Inoltre, se l'istituzione delle specializzazioni è legato solo a questo aspetto appare riduttivo e minimale rispetto alle finalità che una scuola di specializzazione deve possedere. Più efficace sarebbe, in questo caso, proporre un percorso legislativo che intervenga in questo ambito.

Appare invece condivisibile, con gli opportuni correttivi, il progetto di istituire scuole di specializzazione se le motivazioni sono riconducibili alla necessità di aumentare la capacità e le competenze di operatori sanitari che operano nell'ambito di una professione sempre più settorializzata ed effettivamente "specialistica" in numerose attività cliniche. Resta fondamentale il principio che non si determini pregiudizio alle competenze e alle possibilità operative riconosciute agli operatori legalmente riconosciuti in ambito odontoiatrico. In questo ambito appare importante sottolineare come le direttive comunitarie riferiscano la chirurgia maxillo-facciale come una specialità di pertinenza medico-chirurgica distinta e non sovrapponibile per competenze. La recente istituzione di un tavolo di confronto permanente tra la CAO Nazionale e il Collegio dei Docenti in Odontoiatria appare un utile e positivo presupposto per un percorso condiviso in questo ambito e per un lavoro comune nella definizione di questa ulteriore evoluzione della professione odontoiatrica. Restano in ogni caso attuali i rilievi mossi dalla CAO Nazionale della FNOMCeO formalizzati nell'osservatorio del ministero della sanità sulla riformulazione e ridefinizione del percorso formativo, degli standard e dei requisiti specifici delle istituende Scuole di Specializzazione in Chirurgia Orale, Ortognatodonzia, Odontoiatria Pediatrica e Odontoiatria Clinica Generale.

I correttivi proposti hanno avuto l'obiettivo di rendere funzionali i percorsi di specializzazione in area odontoiatrica alle esigenze di tutela della salute pubblica, istituzionalmente rappresentati

dalla FNOMCEO. In dettaglio si è fatto riferimento alla necessità di non legare la richiesta di specializzazione a una presunta e non dimostrata insufficienza di operatori sanitari in area odontoiatrica a fronte di una pletera di operatori più volte ufficialmente denunciata e unanimemente riconosciuta o ulteriori necessità formative di carattere pratico rispetto a quelle che dovrebbero essere assicurate dal CL in Od. e Protesi dentaria che si definisce specialistico, laddove il prolungamento a sei anni già istituzionalizzato è motivato da incrementare le possibilità di esercitazione pratica dello studente. Un ulteriore aspetto che abbiamo evidenziato è costituito dalla mancata previsione che alle specializzazioni non sia previsto l'accesso di tutti quei soggetti che legittimamente operano in ambito odontoiatrico. In merito poi agli aspetti tecnici che l'istituzione delle scuole di specializzazione impone, a mio parere, è necessario che la rete formativa sia individuata con una coerenza territoriale che consenta la agevole e proficua frequenza da parte degli specializzandi. Inoltre in tutte le sue articolazioni questa rete deve essere dotata di attrezzature e di docenti numericamente idonei, secondo indicatori oggettivi in analogia a quanto proposto e utilizzato in altri ambiti (accesso al CLOPD). In funzione delle necessità formative, e considerando una tempistica di realizzazione delle prestazioni per il personale in formazione dilatata, è ragionevole considerare in 1.500 il numero di prestazioni effettuabili nel complesso da uno specializzando nel corso del triennio. La possibilità di pratica clinica deve però essere attentamente monitorata evitando quelle "convenzioni" che servono elusivamente ad assicurare sulla carta il rispetto dei parametri ministe-

riali di riferimento. Già adesso delle scuole di specializzazione, come alcune ortodontiche italiane, hanno aderito a associazioni sovranazionali come il NEBEOP (NETWORK OF ERASMUS BASED EUROPEAN ORTHODONTIC PROGRAMS) che vincolano al rispetto di programmi e parametri clinici. Possono essere anche questi i presupposti per la definizione coerente delle potenzialità formative delle università Italiane interessate a questo tipo di formazione. Se queste sono le prospettive, l'analisi della situazione attuale invece è piena più di ombre che di luci. Gli odontoiatri, al momento, seguono in alcune università dei corsi banditi senza un effettivo coordinamento nazionale, un riferimento qualitativo e un riconoscimento certo.

Ritengo prioritario intervenire in questo ambito eliminando queste scuole che sono regolamentate dal nulla, rispondono a logiche autoreferenziali delle università che erogano titoli di dubbia efficacia e utilità. Al di là dell'impegno dei docenti non è accettabile che standard di riferimento della qualità, soprattutto trattandosi di formazione post-laurea, non siano individuati applicati e verificati. Un intervento deve essere assolutamente e prioritariamente programmato anche per evitare sovrapposizioni e confusioni tra titoli differenti per qualità e riconoscimento europeo. La commissione nazionale resta sempre vigile e presente nell'ottica della tutela semplicità e della coerenza contro pressapochismi e confusione per promuovere la qualità della formazione e al fine di tutelare i cittadini che hanno il diritto di conoscere in maniera univoca le competenze dei professionisti cui si rivolgono.

*Presidente Nazionale CAO- FNOMCeO



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

Gli elaborati di maggiore dimensione verranno inseriti nello spazio del sito dell'Ordine www.omceo.it dedicato al bollettino.

L'organizzazione dello Spazio Adolescenti prevede inoltre un'analisi dell'utenza, la consulenza con visita ginecologica e l'informazione in gruppo.

Gli incontri di gruppo, attraverso "l'offerta attiva" sono più facilmente realizzabili nelle scuole, con i "gruppi classe" di ragazzi e ragazze in una età compresa tra i quindici ed i diciotto anni. All'interno della scuola, per ottenere risultati positivi si è rivelata importante la condivisione e la partecipazione al progetto da parte dei docenti, in quanto le tematiche sessuali, come la contraccezione, l'aborto, le malattie a trasmissione sessuale, sono complesse e coinvolgenti. Tale attività deve quindi essere considerata tra i compiti istituzionali prioritari del Consultorio e deve essere promossa in sinergia con gli organismi scolastici. Nella scuola, inoltre, appare interessante la peer education, che attraverso lo scambio di informazioni tra studenti ed i loro leaders, promuove diffusione e condivisione di conoscenze. Gli incontri effettuati nelle scuole, in seguito alle domande poste agli studenti (definizione di sesso; definizione di verginità; definizione di abuso sessuale; descrizione di dieci valori sociali; disegno degli organi sessuali maschili e femminili interni ed esterni), hanno portato ad un dato interessante, per quanto riguarda la risposta sulla definizione di verginità, dal momento che per noi era importante insegnare la conoscenza del corpo e capirne i cambiamenti ed i bisogni.

L'età del primo rapporto sessuale si colloca tra i 15 ed i 18 anni ed in oltre il 50% dei casi, senza che venga adottato alcun metodo anticoncezionale! Altro argomento di interesse adolescenziale, è inoltre il vaccino verso l'HPV, responsabile della comparsa delle lesioni precancerose del collo dell'utero, della vagina, della vulva e dell'ano. In tal senso, è partita la campagna aziendale per la vaccinazione. Per tale motivo, mi sembra quindi opportuno introdurre, nell'ambito dell'educazione e dell'informazione sessuale nelle scuole, anche questa tematica, visto che la vaccinazione in compartecipazione, interessa anche la fascia di età tra i 13 ed i 17 anni, (fino a 26 anni costituiscono la fascia target della seconda

coorte). La prevenzione primaria interessa le dodicenni con l'offerta attiva del vaccino gratuito presso il Servizio vaccinazioni dell'ASL5. La Regione Sicilia ha voluto privilegiare due fasce specifiche di età, quella delle diciassettenni e delle venticinquenni, che potranno ottenere il vaccino in compartecipazione con l'ASL 5 al prezzo di 124 euro, tramite offerta attiva, mentre dai 13 ai 16 anni e dai 18 ai 24, il vaccino sarà somministrato solo se gli adolescenti si presenteranno spontaneamente.

La disponibilità del vaccino anti-HPV rappresenta, quindi, un'importante opportunità per l'intera comunità, d'altro canto essa impone ponderate riflessioni per l'impegno operativo che comporterà e presenta molteplici implicazioni per l'identificazione della migliore strategia da attuare.

Conclusioni

Abbiamo cercato di dimostrare come oggi, ad una sessualità molto precoce, non corrisponda un'adeguata informazione che permetta alle adolescenti di evitare i rischi legati alla disinformazione, primo tra tutti la gravidanza indesiderata e le malattie a trasmissione sessuale.

Alla proposta di informazione che i servizi già loro offrono, deve aggiungersi un importante messaggio da trasmettere alle mamme perchè accompagnino le figlie dopo la prima mestruazione, dal ginecologo consultoriale. Il primo incontro tra questi e l'adolescente non deve necessariamente concludersi con una visita medica, ma deve aprire uno spazio di ascolto e di dialogo affinché la ragazza abbia un riferimento di fiducia, diverso dai genitori o dalle amiche, al momento in cui avrà il primo rapporto sessuale.

Solo così, adulti, genitori, insegnanti, operatori, potranno aiutare l'adolescente a vivere una sessualità serena, superando l'eterno "conflitto tra sesso e castità". D'altronde l'etica della prevenzione è capire: - quale prevenzione porta maggiore beneficio alla popolazione coinvolta; quale prevenzione rispetta l'uomo e la donna nei valori e nell'autonomia delle loro scelte; quale prevenzione ottimizza l'uso delle risorse e produce destinatari soddisfatti.





La PET a Messina

Intervista al prof. Nunzio Bonanno

La PET/TC, una metodica diagnostica di Medicina Nucleare particolarmente utile in campo oncologico, è disponibile anche nella provincia di Messina in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. Abbiamo discusso di questa nuova opportunità diagnostica con il prof. Nunzio Bonanno, già Direttore della scuola di specializzazione in Medicina Nucleare dell'Ateneo peloritano e responsabile del Servizio di Medicina Nucleare della Villa Salus di Messina.

Prof. Bonanno, cos'è la PET? R. Ai progressi della medicina in questi ultimi anni ha contribuito in modo notevole l'evoluzione tecnologica della Diagnostica per immagini. La Tomografia computerizzata (TC), la Risonanza Magnetica (RM), le Indagini Ecografiche e la Tomografia ad emissione di positroni (PET), rappresentano gli stadi fondamentali di questo progresso in continua evoluzione. La PET, in particolare, è un'indagine medico-nucleare che consente di rilevare la distribuzione all'interno del corpo umano di una sostanza radioattiva, previamente somministrata. Le particolari radiazioni emesse dal farmaco, marcato con isotopi emittenti positroni, assicurano una risoluzione più elevata rispetto ad altre metodiche diagnostiche, con possibilità di individuare anche lesioni di dimensioni minimali. Inoltre l'impiego di isotopi del carbonio, del fluoro, dell'ossigeno, ecc, che rappresentano costituenti normali della materia vivente, assicura la possibilità di uno studio in vivo delle funzioni biologiche fondamentali, senza interferenza da sostanze estranee, mettendone in evidenza eventuali alterazioni utili per la diagnosi a livello dei vari organi ed apparati.

Qual è l'importanza di quest'indagine nello studio dei tumori?

L'importanza discende dal fatto che la PET permette di effettuare diagnosi quando la neoplasia è ancora in fase iniziale. L'esame PET, infatti, consente di rilevare immagini tomografiche della distribuzione del radiofarmaco nel contesto di tutto il

corpo, mettendo in evidenza lesioni focali ad elevata attività metabolica. In questo modo possono essere rilevate precocemente le lesioni tumorali che posseggono tale caratteristica.

Quali vantaggi offre la PET rispetto alle altre tecniche di diagnostica per immagini?

Ritengo opportuno sottolineare che lo studio PET non sostituisce le altre tecniche di diagnostica per immagini, ma le integra. Le indagini TAC, RM ed Ecografiche forniscono prevalentemente immagini morfologiche degli organi ed in molti casi non consentono una diagnosi di natura delle lesioni rilevate. La PET fornisce per converso immagini funzionali. Le alterazioni funzionali di un organo precedono le modificazioni morfologiche e ne precisano meglio la natura. Precocità e precisione della diagnosi sono le caratteristiche dell'indagine PET con F18/FDG nello studio dei tumori.

Finora abbiamo parlato di PET. Ma la macchina di cui disponete è una PET/TC. R. La PET/TC è una macchina ibrida che assembla insieme una PET ed una TC (comunemente definita TAC). Le immagini PET, di natura prettamente funzionale, vengono confrontate con immagini anatomiche, quali quelle fornite dalla TC. L'assemblaggio nello stesso apparecchio della tecnologia PET e di quella TC rende possibile, attraverso la fusione delle immagini ottenute nella stessa seduta e mantenendo invariata la posizione del paziente, di localizzare meglio le lesioni nelle varie strutture anatomiche e di distinguere le aree corporee che fisiologicamente presentano una maggiore attività glicidica.

In sintesi quali sono le principali indicazioni cliniche della PET/CT.

Le principali indicazioni dell'esame PET/CT con F18/FDG in pazienti con patologia neoplastica (polmone, mammella, colon-retto, melanoma, neoplasie del capo e del collo, stomaco, pancreas, testicolo, ovaio e linfomi) sono rappresentate da:

- diagnosi di natura di formazioni espansive riscontrate con altre metodiche;
- stadiazione in pazienti con lesioni primitive note;

- diagnosi differenziale tra recidiva ed esiti post-trattamento chirurgico;
- valutazione della risposta al trattamento chemio e/o radioterapico;
- ricerca di malattia in pazienti con aumento dei marcatori tumorali e quadro clinico-strumentale negativo o dubbio.
- ricerca di malattia con metastasi da tumore a sede sconosciuta.

Come vede le indicazioni sono molteplici ed i risultati appaiono molto importanti. Dall'analisi della letteratura e dall'esperienza da noi accumulata la PET/CT condiziona in modo molto significativo la diagnosi ed il trattamento terapeutico.

La PET/TC con F18/FDG trova indicazione solo nella patologia tumorale?

No. Vi sono altri ambiti dove lo studio del metabolismo glicidico in vivo è molto importante. In ambito cerebrale la Tomoscintigrafia PET/TC risulta molto utile nello studio delle demenze ed in particolare nella diagnosi precoce del morbo di Alzheimer. Infine trova impiego nello studio delle lesioni ischemiche cardiache.

Come si esegue un'esame PET/TC?

R. L'indagine PET/TC è un'indagine semplice, non invasiva, priva di rischi, che richiede solo l'iniezione di una piccola quantità di radiofarmaco. Non è necessaria alcuna preparazione specifica: è richiesto solo il digiuno da almeno 6 ore. In pazienti iperglicemici è necessario ridurre il valore della glicemia prima della somministrazione del radiofarmaco per evitare che la maggiore fissazione nei muscoli e nel cuore possa rendere meno preciso l'esame. Il paziente dopo la somministrazione del radiofarmaco resta nello stesso locale per circa 50 minuti in condizioni di riposo e massima tranquillità. L'esecuzione successiva dell'esame in sala PET/TC richiede circa 20 minuti. Donne in stato di gravidanza ed in corso di allattamento devono preventivamente informare delle loro condizioni il Medico Nucleare. Naturalmente io ed i miei collaboratori siamo a disposizione dei pazienti e degli operatori che desiderino ricevere informazioni più puntuali su questa importante metodica.

AIUC: Ulcer days 2009

L'AIUC (Associazione Italiana Ulcere Cutanee Onlus) in collaborazione con l'ASBI (Associazione Spina Bifida Italiana Onlus) organizza per il 6 e 7 novembre 2009 l'ULCER DAYS, giornate nazionali di informazione e formazione sulla prevenzione, la diagnosi e la terapia delle ulcere cutanee di varia natura e per i diritti delle persone affette da tali malattie, nelle quali i pazienti portatori di tali patologie potranno, presso i centri accreditati, sottoporsi a consulti gratuitamente. Uno di questi centri è stato istituito presso il Poliambulatorio della ASP di Messina di Via del Vespro al quale si potrà accedere il giorno 7/11/2009 dalle 8.00 alle 13.00. Si propone di far conoscere la problematica delle ulcere cutanee (venose, arteriose, diabetiche, da pressione, vasculitiche e rare), di favorire gli studi su queste lesioni e sui fenomeni di riparazione tissutale, attraverso la promozione di incontri scientifici finalizzati alla diffusione delle conoscenze sulla fisiopatologia, clinica, diagnostica e terapia delle lesioni ulcerative cutanee. Il progressivo aumento della popolazione in età avanzata e quindi della prevalenza delle patologie cronico-disabilitanti ha determinato un notevole aumento dei pazienti portatori di ulcere cutanee.

L'ULCER DAYS vuole essere un momento non solo di riflessione, ma di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e della classe politica verso questi pazienti, proponendosi inoltre di far conoscere i diritti dei portatori di ulcere cutanee, attraverso l'adeguamento alle possibilità di cura delle altre nazioni europee, come la rimborsabilità. I pazienti affetti di ulcere cutanee, durante l'ULCER DAY, gratuitamente saranno visitati e riceveranno informazioni dettagliate ed opuscoli informativi sulla terapia delle ulcere, sulle più moderne medicazioni e tecniche terapeutiche e sui diritti delle persone affette da tali malattie.

Info: www.ulcerday.it www.aiuc.it, 0903651 - e lo sportello Accettazione del Poliambulatorio di Via del Vespro, Messina.



Madri assassine: non sempre sono psicopatiche

Il più recente ma purtroppo sicuramente non l'ultimo è il caso della donna di 34 anni che ha ucciso i suoi due bambini di cinque e sei anni, li ha composti sul letto e si è suicidata. Subito i mass-media titolano "dramma della follia". Ma è veramente sempre una patologia mentale a determinare questi episodi, a far divenire realtà la tragedia di Medea che uccide i suoi due figli Mermero e Fere per vendicarsi di Giasone? Forse no. Un antico retaggio storico e culturale vuole la donna e la madre, in particolare, incapace di uccidere, se non per follia. Il delitto di Cogne con le polemiche infinite sulla capacità d'intendere e di volere della madre infanticida ne è esempio emblematico. Ne consegue la tendenza a giudicare queste sventurate "incapaci di intendere e di volere nel momento in cui hanno commesso il fatto" e quindi non punibili. L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione dello Stiviere ospita diverse madri assassine ed Adriana Pannitteri, in un suo libro, ne ha raccontato le storie. Ogni ricoverata ha un suo dramma personale. Assai arduo è quindi il compito del perito chiamato a valutare le imputate. La letteratura psichiatrica classifica diverse patologie legate alla gravidanza, al parto, al divenire madre. Winnicott ha descritto la cosiddetta "baby-blues" caratterizzata da tristezza (blues), crisi di pianto immotivate, ansia che interesserebbe, addirittura, in misura diversa, il 70% delle madri e tendente alla risoluzione spontanea in pochi giorni. Tra il 10 ed il 30% delle puerpere andrebbe invece incontro alla tanto citata "depressione post-partum, con sintomi simili alla baby-blues ma più gravi ed associati a disinteresse per il bambino. Nelle forme più serie possono emergere turbe ossessivo-compulsive con paura di poter fare del male al bambino senza volerlo. Molto più gravi ma per fortuna molto più rare le "psicosi post-partum" con agitazione, deliri, ideazione suicidiaria, tendenza all'acting-out. Quali le



cause? Per la baby-blues è stata chiamata in causa la tempesta ormonale che accompagna la gravidanza e che altera l'equilibrio di neurotrasmettitori come serotonina, adrenalina, noradrenalina etc. Verosimilmente una concausa significativa è nell'ambiente familiare e nell'atteggiamento del coniuge, nella capacità di aiutare la donna ad accettare i mutamenti del proprio corpo e la responsabilità di diventare mamma. Una recente ed agghiacciante statistica afferma che ogni tre giorni negli Stati Uniti una madre uccide i figli. Certo il dato va valutato con tutte le cautele e le riserve che ogni statistica impone ma fa riflettere. Gli USA sono storicamente il paese più potente del mondo, imperano l'individualismo, la plutocrazia, l'efficienza, l'economia. Sarà forse una coincidenza ma ho la sensazione (solo la sensazione, non la prova) che la crisi economica, la disoccupazione, l'incertezza del domani, abbiano fatto crescere i casi di neonaticidio, di infanticidio e di successivo suicidio. Qualcuna di queste madri ha ucciso il figlio perché disabile, qualche altra angosciata dai problemi economici e dalla separazione coniugale. Non ci si può non chiedere: cosa c'entra la malattia mentale in questo? Non è certo con gli antidepressivi o gli antipsicotici che si risolvono i problemi sociali. Come sempre in medicina, nel determinismo di un evento patologico si incrociano genetica, personalità, fattori organici, ambientali e sociali. Forse se qualcuno si fosse fermato un momento ad ascoltare queste madri, se imperasse meno l'imperativo categorico del correre, del produrre, dell'efficienza, economia ed efficacia, se la sanità fosse più attenta ai bisogni sociali nello strombazzato socio-sanitario e meno a numeri, dati, statistiche, carte, costi e guerre stellari per le nomine manageriali, qualche bambino sarebbe vivo e qualche madre lo cullerebbe invece di stare in carcere o nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Neoplasia prostatica where are we going?

Il carcinoma prostatico è attualmente la principale causa di morte cancro specifica nei paesi occidentali nonostante l'introduzione della determinazione dell'antigene prostatico specifico (PSA) abbia positivamente influenzato la diagnosi precoce della neoplasia. Le opzioni terapeutiche risultano piuttosto inefficaci nella malattia avanzata o in caso di recidiva dopo trattamento con intento radicale, mentre soggetti con malattia localizzata hanno buone probabilità di guarigione dopo chirurgia con tassi di sopravvivenza libera da malattia a 10 anni intorno al 90%. Questi dati appaiono incoraggianti; esiste tuttavia

una quota di pazienti che sviluppa una ripresa clinica di malattia dopo intervento chirurgico radicale per neoplasia organo-confinata. Risulta pertanto cruciale identificare le neoplasie prostatiche potenzialmente aggressive nelle fasi iniziali della loro insorgenza. A tale proposito, negli ultimi anni, sono stati sviluppati dei nomogrammi predittivi della probabilità di fallimento del trattamento eseguito, allo scopo di identificare quei pazienti che potrebbero beneficiare di presidi terapeutici adiuvanti o di un follow-up più serrato. Si avverte inoltre la necessità di avere indicazioni prognostiche il più precise possibile mediante identificazione di nuovi marcatori biologici che possano integrare e potenziare questi nomogrammi fornendo informazioni sull'aggressività biologica del tumore al momento della diagnosi e nella fase più delicata della progressione tumorale che si identifica nel passaggio dalla ormono-sensibilità alla ormono-refrattarietà. Infatti, il PSA, nonostante sia un marker eccellente nel monitoraggio della malattia, presenta alcuni limiti tra i quali va annoverata proprio la sua incapacità a distinguere le forme indolenti da quelle aggressive. A tal proposito, numerosi sono i marker biologici, in fase di studio, che sembra ricoprano un ruolo

importante nella distinzione fra queste due forme e nella capacità predittiva di insorgenza di malattia; queste fanno parte di varie famiglie molecolari, come per esempio le molecole di adesione (Caderine), le interleuchine (IL-6), i messaggeri intracellulari (SOCS-3 Soppressore del segnale citochinico); in particolare, quest'ultima famiglia di proteine sembra avere come obiettivo molecolare quello di bloccare la replicazione cellulare ed eventualmente mandare la cellula in apoptosi. In molti tipi di tumore (polmone, pancreas, stomaco, seno, melanoma, del fegato, ed altri) la quantità di SOCS-3 intracellulare sembra essere ipoespressa a causa di un meccanismo

di silenziamento genico, ovvero l'ipermetilazione del promoter del gene SOCS; ciò può portare ad una proliferazione cellulare incontrollata e quindi alla genesi della neoplasia. Sembrerebbe inoltre, secondo i nostri studi, che la quantità di proteina SOCS intracellulare sia inversamente proporzionale all'aggressività della malattia in rapporto al Gleason Score ovvero, maggiore è il grado di Gleason, minore è la quantità di SOCS3, indicando quindi un maggior grado di ipermetilazione in quei pazienti a prognosi sfavorevole. Sembrerebbe quindi importante il ruolo di alcuni agenti demetilanti già oggetto di studio su cavie murine. Seppure la ricerca stia ormai facendo passi da gigante in tal senso, il ruolo che queste molecole possano coprire nel corso della malattia non è ancora del tutto compreso pertanto è attualmente importante, a partire dai 50 anni di età, un controllo urologico con dosaggio del PSA, visita, ed eventualmente biopsia prostatica, in quei casi in cui fosse necessaria; tale limite di età può abbassarsi per quei soggetti in cui vi fosse familiarità per tale patologia. Bisogna ricordare che il tumore prostatico nella grande maggioranza dei casi è assolutamente asintomatico, rappresentando così una importante minaccia per la salute pubblica.



*Il dr. Alessandro Calarco
 e il dr. Antonino Calarco*



Angelo Petrunaro (C.I.O.M.R.).

Bulgaria, 62° Congresso CIOR e 63° CIOMR

Si è svolto a Sofia (Bulgaria) ad agosto, il 62° Summer Congress della Interallied Confederation of Reserve Officers (C.I.O.R.) e il 63° Summer Congress della Confederation Interalliée des Officiers Medicaux de Reserve

(C.I.O.M.R.).
Presenti ufficiali di tutte le armi e servizi dei Paesi appartenenti all'Alleanza Atlantica (N.A.T.O.), per l'Italia fra gli altri gli ufficiali medici: dr. Angelo Petrunaro; dr. Stefano Grande; dr. Silvano Ferracani; dr. Gaetano Di Vincenzo. Nell'ampia piazza antistante la Cattedrale Alexander Nevski, si è tenuta la cerimonia di apertura che ha visto una parata militare - comprensiva della deposizione della corona ai caduti - molto suggestiva per la presenza delle bandiere di tutti gli

Stati partecipanti portate dai soldati dell'Esercito bulgaro. Ad essa ha presenziato il Ministro della Difesa della Repubblica di Bulgaria, Mr. Nickolay Mladenov, il quale ha espresso il compiacimento di uno dei più nuovi paesi membri della N.A.T.O. - la Bulgaria appunto - di ospitare il congresso, anche perché quest'anno si celebra il 60° anniversario di fondazione della Repubblica di Bulgaria. I lavori congressuali si sono svolti: per il C.I.O.R. presso il National Palace of Culture di Sofia e per il C.I.O.M.R. presso il palazzo della Military Medical Academy della stessacapitale bulgara. L'argomento medico di quest'anno è stato il "Military Trauma Care and Tactical Combat Care" ossia il Trattamento delle urgenze traumatiche e le tattiche delle cure in ambiente militare.

L'articolo intero è disponibile sul sito dell'Ordine nella sezione dedicata a Messina medica.

DALL'ENPAM

Contributi dovuti alla "quota B" per i pensionati del Fondo Generale

Conformemente al disposto di cui all'art. 4, comma 4 del Regolamento del Fondo di Previdenza Generale, i pensionati che producono reddito professionale successivamente al compimento del 65° anno di età possono conservare, su richiesta, l'iscrizione al Fondo. La misura del contributo previdenziale dovuto su tale reddito è fissata, in via opzionale, al 2% ovvero al 12,50%.

La relativa istanza, come noto, deve essere presentata entro i termini stabiliti dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente (art. 3, comma 5 del suddetto Regolamento).

Con delibera n. 46 del 24 luglio u.s., il Consiglio di Amministrazione ha riconosciuto ai pensionati del Fondo Generale titolari di reddito imponibile presso la "quota B" la facoltà di presentare, fino al 31 dicembre 2009, l'istanza di conservazione dell'iscrizione al Fondo con la relativa opzione per l'aliquota contributiva (12,50% o 2%) con riferimento ai compensi per i quali non siano decorsi i termini prescrizionali di legge.

Il provvedimento di che trattasi intende offrire l'opportunità di corrispondere i contributi previdenziali a favore della Gestione presso la quale si è già titolari di un trattamento pensionistico obbligatorio.

In tal modo, unitamente ai vantaggi di natura fiscale derivanti dall'integrale deducibilità dei contributi previdenziali, l'Ente si propone di evitare una dispersione contributiva mediante la valorizzazione delle ulteriori somme versate con

l'istituto del supplemento di pensione. I soggetti che intendono avvalersi di tale facoltà, difatti, hanno il diritto alla corresponsione di un supplemento del trattamento pensionistico ordinario dell'Ente provvede a liquidare d'ufficio ogni triennio sulla base di tutti i contributi relativi al periodo di riferimento.

Conformemente alle disposizioni contenute nel provvedimento in parola, pertanto, i pensionati del Fondo Generale che hanno prodotto per gli anni 2004 - 2008 reddito professionale per lo svolgimento di attività medica o odontoiatrica o comunque attribuita in virtù delle particolari competenze professionali, potranno dichiarare le relative somme utilizzando l'apposito modello predisposto dalla Fondazione (DICH. P) che si trasmette in allegato (all. 1).

Gli Uffici, secondo quanto espressamente disposto nella delibera, provvederanno all'applicazione della mera rivalutazione monetaria delle somme dovute nella misura dell'incremento percentuale fatto registrare dall'indice dei "prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica fra l'anno di riferimento del contributo non versato e quello di pagamento del medesimo.



DALLA CORTE D'APPELLO DI MESSINA

Il problema dell'assenteismo nella pubblica amministrazione

Gli effetti della legge n. 133/2008 hanno prodotto, seppure in lieve misura, una riduzione del livello di assenteismo, almeno per quanto riguarda gli uffici giudiziari di cui sono dirigente.

Occorre osservare, tuttavia, che tale riduzione è da ricollegarsi più alle conseguenze economiche derivanti dal c.d. decreto Brunetta, che dal sostanziale, ed auspicato, mutamento dell'atteggiamento etico di quella parte, ancora cospicua, di dipendenti pubblici che manifestano tuttora forte insofferenza al rispetto delle regole.

Purtroppo i mezzi e gli strumenti a disposizione dei Capi degli Uffici Giudiziari e dei dirigenti amministrativi ancora oggi non appaiono sufficienti a poter arginare tale preoccupante fenomeno che, com'è noto, produce ricadute negative sull'efficienza degli uffici in più direzioni, determinando:

- peggioramento della qualità dei servizi resi all'utenza
- abbassamento del livello di produttività
- aumento dei costi
- lesione dell'immagine dell'amministrazione e di tutti coloro che contribuiscono a fare buona amministrazione.

E' fin troppo evidente che la riduzione dell'assenteismo, essendo legata anche a fatto rinviazionali, non può essere ottenuta attraverso azioni unilaterali da parte della singola ammini-

strazione (che, paradossalmente, potrebbero peggiorare la situazione), ma va affrontata in modo cooperativo e coordinato con tutti i soggetti pubblici e privati (pubbliche amministrazioni, ordini professionali, rappresentanze sindacali dei lavoratori) che, a diverso titolo, sono chiamate a supportare l'azione amministrativa per il raggiungimento del comune obiettivo di cui sopra.

Ho avuto modo di rilevare che, tra le modalità più alta frequenza in cui si manifesta il fenomeno dell'assenteismo, vi è quella del ricorso sistematico a permessi per malattia.

Proprio in riferimento a tale ipotesi di assenza, a giudizio dello scrivente, si rende necessario ed indifferibile un più efficace controllo da parte dei servizi di medicina fiscale sulle

certificazioni rilasciate dai medici di famiglia, certificazioni che non raramente appaiono del tutto incongrue rispetto alle reali patologie dei dipendenti fiscalizzati; in tali ipotesi, sarebbe quanto mai opportuno segnalare all'Ordine dei Medici tali comportamenti e, nei casi più gravi, qualora possano ravvisarsi condotte penalmente rilevanti, informare della vicenda anche gli uffici della Procura della Repubblica.

Per quanto di propria competenza, questa amministrazione, tutte le volte in cui si avrà il fondato sospetto che le certificazioni mediche siano inattendibili o quanto meno sospette, segnalerà il fatto a codeste Autorità.



Dalla Cassazione

Il professionista che usa una stanza e un computer avuti in prestito da un parente all'interno del suo studio non è tenuto al pagamento dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP).

Corte di cassazione sentenza n. 18973 del 31 agosto 2009.

Deve essere risarcito il danno riguardante la sfera affettiva e le conseguente depressione dovuta a un'operazione di chirurgia estetica al seno non riuscita e che lasci cicatrici sul corpo della donna.

Corte di cassazione sentenza n. 18805



Garante privacy linee guida su fascicolo elettronico e dossier sanitario

Sulla Gazzetta Ufficiale numero 178 del 3 agosto 2009 sono state pubblicate le "Linee guida in tema di Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e di dossier sanitario - 16 luglio 2009.

DALLA FNOMCEO

Rivalutazione rendite dei Medici colpiti da malattie e lesioni causate da raggi X e da sostanze radioattive.

Studi medici e odontoiatrici: comunicazione nominativo rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) - modifiche all'art. 18, comma 1, lett. aa) del D.Lgs 81108.

Sul sito dell'Ordine www.omceo.me.it alla data del 22 settembre gli approfondimenti delle notizie.

Psicopatologia, psichiatria e personalità psicopatiche

Mercoledì 28 ottobre 2009, alle ore 10, nell'aula dell'Istituto di Psichiatria dell'Università di Genova (Ospedale di S. Martino) avrà luogo una tavola rotonda sul tema: "La psicopatologia fenomenologica di Kurt Schneider: una svolta storica nella psichiatria contemporanea".

Per informazioni: CENTRO STUDI PER L'ANALISI DIALETTICA - ISTITUTO PER LE SCIENZE PSICOLOGICHE E LA PSICOTERAPIA SISTEMATICA - 16121 Genova: via Anton Maria Maragliano, 8/5 - tel. 010 580903 www.istpsico.it g_giacomini@libero.it