

editore  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Messina

direttore editoriale  
Giacomo Caudo

direttore responsabile  
Carmelo Salpietro

vice direttore responsabile  
Stefano Leonardi

redattore capo  
Massimiliano Cavaleri

comitato di redazione  
Paquale Aragona, Luisa Rita Barbaro,  
Giuseppe Giannetto, Rita La Paglia, Giovanni Pulitanò, Rosalba  
Ristagno, Giuseppe Romeo, Giuseppe Ruggeri,  
Salvatore Rotondo, Carmelo Staropoli, Michele Tedesco

funzionario  
Giusy Giordano

segreteria di redazione  
Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri  
via Bergamo is. 47/A Messina  
tel. 090.691089 fax 090.694555  
www.omceo.me.it messinamedica@omceo.me.it

grafica e impaginazione  
Massimiliano Cavaleri - titolare Europa Due Media & Congress  
via Boner, 56 - 98121 Messina tel/fax 090.5726604  
europadue@gmail.com www.europadue.com

stampa  
Grafo Editor Srl Messina tel. 090.2931094  
amministrazione@grafoeditor.it

spedizione  
Sicilpost

tiratura 7.000 copie  
Spedito gratuitamente ai medici e odontoiatri  
iscritti all'ente, a tutti gli Ordini dei medici italiani  
e a un selezionato target di autorità

Unione Stampa Periodica Italiana



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

# ● sommario

- 2 **L'Editoriale:** l'orgoglio della professione
- 3 **Enpam** gestione primi 30 giorni malattia
- 4 **Probiotici** tra evidenze e prospettive
- 5 **La Vignetta**
- 6 **Laokonte:** Maldittu lu bisognu
- 7 Rubriche: **Indovina chi è**
- 8 Dalla **Fnomceo:** news
- 10 Enti territoriali: **manovra di Sanità**
- 11 Uno spot con la **Cucinotta** per lo screening
- 12 **Corsi ad Enna**, la CAO grida allo scandalo
- 13 La battaglia di **Renzo a 360 gradi**
- 14 La CAO scrive ai **presidenti di Enna**
- 15 Assoc. **Isole Minori**, convegno all'EXPO
- 16 Civiltà medica: **morte di un medico** in corsia
- 17 **MYO-Inositolo** per via vaginale
- 18 Medico del mese: **Biagio Bonfiglio**
- 19 **Imputabilità minori:** quale maturità?
- 20 **ARX e CDLK5** due geni dell'eurogenesi
- 22 Approfondimento: la **medicina sistemica**
- 24 Come gestire l'effetto **menopausa**
- 25 Approfondimento: l'**accidia sociale**
- 26 Pagina cultura: **Onofrio Gabriele** pittore
- 27 **Eco Color Doppler Vascolare**, corso a novembre
- 28 A **EXPO**, l'Ammi con il libro "La Ricetta del Sindaco"
- 30 Tempo libero: **EXPO** un evento
- 31 **Spigolature:** regole per le conserve alimentari
- 32 Angolo della **posta**

Manda i tuoi articoli a  
[messinamedica@omceo.me.it](mailto:messinamedica@omceo.me.it)

## CONSIGLIO dell'ORDINE

### CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTI ONORARI  
Antonino Ferrara, Antonino Trifirò  
e Francesco Trimarchi

PRESIDENTE Giacomo Caudo

VICE PRESIDENTE Giuseppe Girbino

SEGRETARIO Salvatore Rotondo

TESORIERE Filippo Zagami

### CONSIGLIERI

Santo Fazio, Gaetano Iannello, Aurelio Lembo,  
Stefano Leonardi, Giuseppe Lo Giudice, Sebastiano  
Marino, Rosa Fortunata Musolino, Mario Pollicita,  
Rosalba Ristagno, Giuseppe Romeo, Carmelo Salpietro  
Damiano, Angela Silvestro e Fabrizio Sottile

### COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE Eligio Giardina

COMPONENTI Biagio Innocenzo Bonfiglio  
Carmelo Staropoli

SUPPLENTE Emanuele David

### COMMISSIONE ODONTOIATRI

PRESIDENTE Giuseppe Lo Giudice

### COMPONENTI

Gaetano Iannello, Giuseppe Renzo,  
Antonio Spatari e Michele Tedesco



# L'ORGOGGIO della professione

*Il recente decreto sull'appropriatezza è l'ennesimo esempio di mistificazione quando si parla di sanità. Attenzione, con questa affermazione non si vuole negare la necessità di una regolamentazione delle prestazioni di diagnostica, ma solo denunciare il reale obiettivo (il risparmio in sanità) eludendo le proprie responsabilità (una seria attività programmatica) e scaricando il problema sulla classe medica, con l'aggravante delle minacce sanzionatorie e senza alcuna autorità nei processi decisionali. Tutto questo si traduce in un crescente disagio per i medici che già sono sottoposti alle difficoltà legate al surplus lavorativo, accentuato dal blocco del turnover, col risultato che avendo come interlocutori quotidiani altri operatori sanitari si genera un conflitto con essi e con i colleghi. Basta, è arrivato il momento di uno scatto di orgoglio della categoria, il momento di una grande mobilitazione; non ci si può meravigliare se di fronte ad un provvedimento che fa apparire i medici come i responsabili del problema la categoria si ribelli. Sono i medici che tutti i giorni si confrontano con i pazienti che lamentano liste di attesa e carenze organizzative, senza poter disporre di strumenti di controllo del processo di cura e di supporto decisionale. Apprezziamo le parole di Renzi e la dichiarata apertura al dialogo, ma le parole non bastano, servono fatti. Il provvedimento è sbagliato non solo nel metodo ma anche nel merito che è pieno di gravi incongruenze. La risposta principale che aspettiamo, da medici e cittadini, è sull'interrogativo: "esiste la volontà di mantenere il SSN?". La domanda è legittima perché, a fronte di un finanziamento tra i più bassi tra i Paesi Europei, continuano ad essere praticati ulteriori tagli che inevitabilmente hanno già incrinato la sostenibilità economica. I fatti propendono per il no ed il provvedimento in questione lo dimostra. Infatti, se entriamo nel merito ci accorgiamo che per eseguire*

*diversi accertamenti diagnostici occorrerebbe il "parere" di centri specialistici (risparmiamo per ora il commento su come sono stati individuati) per cui se sommiamo il Ticket per tale visita al Ticket per l'accertamento da fare scopriamo che la somma spesso è sovrapponibile al costo per eseguire l'esame. Fatti i conti, se il costo dell'esame è più o meno lo stesso e in più si risparmia il disagio di sottoporsi al controllo nel centro identificato (senza avere la certezza che si sia poi autorizzati) cosa accadrà? I cittadini si rivolgeranno al privato direttamente o attraverso assicurazioni con mutue integrative. Se così è, non sarebbe più trasparente dichiararlo? Dire apertamente quello che il SSN può garantire? Non è accettabile che questa poca chiarezza sia "scaricata" sui medici. Non si può mistificare continuando a dire che tutto viene garantito e lasciare il medico solo, con la minaccia di sanzioni che per di più saranno decise da un "arbitro di parte". In questo modo si continua ad indebolire la figura del medico, ad incrinare il rapporto medico-paziente. Infatti, se oggi il paziente si vede negato un esame richiesto potrà pensare che ciò sia dovuto al rischio della multa. Un servizio sanitario che indebolisce il ruolo del medico non avrà un gran futuro. Inoltre, l'appropriatezza è solo una modestissima faccia del problema, bisogna affrontare la questione nella sua totalità. Per questo è necessario sospendere il decreto sull'appropriatezza e lavorare su un provvedimento completo che definisca il rapporto Stato-Regioni, agisca sulla medicina difensiva e sulla responsabilità in campo sanitario, con la definizione di nuovi e reali livelli essenziali di assistenza in cui si definiscano i criteri di appropriatezza e la cui valutazione debba essere riservata ad organismo terzo composto da esperti. Gli Ordini si sono fatti promotori per una grande mobilitazione con il supporto delle organizzazioni di categorie e delle società scientifiche. ■*

## Lo Giudice subentra a Renzo nella CAO provinciale

*Il Presidente Nazionale Dott. Giuseppe Renzo ha rassegnato le dimissioni dalla Presidenza della CAO Provinciale di Messina. Subentra alla presidenza il Prof. Giuseppe Lo Giudice su indicazione della CAO provinciale. Questo avvicendamento istituzionale, ormai consueto, continua a sottolineare la condivisione di linee e progetti all'interno di tutta la profes-*

*sione odontoiatrica della nostra provincia. L'impegno del Dott. Renzo prosegue in ambito Nazionale e ENPAM nelle tante battaglie in difesa della professione odontoiatrica, spesso seguite e raccontate dal nostro giornale "Messina Medica" nelle pagine dedicate ai dentisti. Ad maiora ad entrambi per i rispettivi incarichi.*



## leonardi\*

(\*) Medico consultore del Fondo ENPAM dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale



Alla luce del nuovo Statuto, approvato dai Ministeri vigilanti con decreto interministeriale del 17 aprile 2015, l'ENPAM ha avviato un approfondimento a proposito delle tutele per la malattia, l'infortunio e le eventuali conseguenze di lungo periodo previste dal vigente ACN di categoria in favore dei medici di assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza territoriale ed ha ritenuto opportuno adottare iniziati-

Dal 1° gennaio 2016 la Fondazione assumerà la titolarità diretta di tale tutela

ve volte ad acquisire la titolarità diretta di tali tutele.

Il 2 luglio u.s. la Fondazione ha provveduto a notificare formale disdetta delle relative polizze assicurative esistenti dandone tempestiva comunicazione sia alla compagnia di assicurazioni che alle organizzazioni sindacali firmatarie.

Nella seduta del 16 settembre u.s., ha sottoposto alle valutazioni della Consulta del fondo dei medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e addetti ai servizi di continuità assistenziale ed emergenza territoriale la possibilità di un recepimento delle predette tutele all'interno del Regolamento del Fondo Medici di Medicina Generale.

La proposta, in seno al Comitato consultivo, è stata accolta con soddisfazione e sostenuta all'unanimità e, pertanto, dovrebbe diventare operativa, ricevendo nei termini temporali opportuni l'approvazione dei Ministeri vigilanti, a partire dal 1° gennaio 2016.

Da tale data quando un medico convenzionato per la MG, CA e EST, si ammala avrà come interlocutore non più una compagnia assicurativa ma direttamente l'ENPAM che gestirà, pertanto, l'intero processo e cioè sia quello relativo ai primi trenta giorni di malattia che la continuazione oltre tale periodo.

In una prima fase applicativa, le modifiche in parola dovranno assicurare la continuità delle tutele sino ad oggi garantite agli iscritti, ciò anche in considerazione della mancanza di dati sulla sinistrosità che, pur sollecitati alla compagnia in atto titolare della polizza, con nota del 2 settembre u.s., ancora oggi sono privi di riscontro.

Sulla base dei risultati di gestione, sarà successivamente possibile procedere ad una revisione delle prestazioni in un'ottica migliorativa: non avendo la Fondazione alcuna finalità di lucro, è possibile ritenere che l'attuale finanziamento delle prestazioni, a parità di garanzie, non solo sia sufficiente a coprire la relativa spesa ma consenta altresì di utilizzare eventuali avanzi per migliorare le citate tutele.

È evidente, infatti, che la gestione in ambito assicurativo, essendo effettuata con fine di lucro, riduce notevolmente i margini delle somme che possono essere effettivamente utilizzate a favore dei medici che necessitano di assistenza.

Ed infine, ma non ultima per importanza, la considerazione che quando un medico convenzionato si ammala non percepisce emolumenti e si aspetta almeno, soprattutto per patologie importanti, un sostegno solidale che difficilmente può arrivare da una compagnia di assicurazioni. ■

## All'ENPAM gestione primi 30 gg di malattia per MMG, CA ed EST



La consulta  
ENPAM

## salpietro damiano



## PROBIOTICI

tra evidenze  
e prospettive

Ippocrate 4 secoli avanti Cristo aveva ipotizzato che la morte risiede nelle viscere e che la cattiva digestione è origine di ogni male. Nei primi anni dell'800 contri-

buti di importanti scienziati come Paster hanno documentato la presenza di diversi germi vivi nel latte acido. Ma l'accensione dei fari sui probiotici spetta a Metchnikoff che dopo aver scoperto a Messina la fagocitosi (conficcando in una notte di Natale una spina in una stella marina ed osservando successivamente al microscopio il pronto afflusso di fagociti) si è trasferito in Bulgaria. Qui ha dedicato le sue ricerche ad una popolazione di ultracentenari. Dopo innumerevoli studi ha ipotizzato che

la lunga vita era correlata con l'utilizzo continuativo di un latticello acido che conteneva quello che ha chiamato *Lactobacillus bulgaricus*. Gli studi sono continuati e i probiotici sono diventati prodotti commercializzati in tutto il mondo e con un uti-

lizzo sempre crescen-

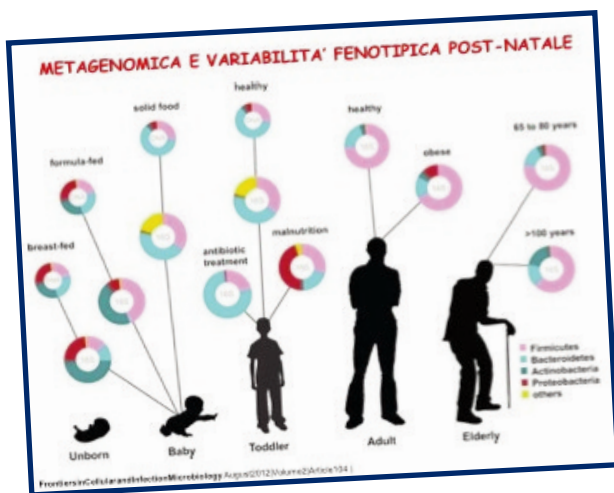
te. Nel 2012 in Italia la spesa in probiotici risulta di 325 milioni di euro. Spesso tali prodotti non vengono neppure prescritti dai medici.

Secondo la definizione ufficiale di FAO e OMS, i probiotici sono "organismi vivi che, somministrati in quantità adeguata, apportano un beneficio alla salute dell'ospite".

Con il termine di microbioma indichiamo l'insieme di microrganismi che risiedono in vari siti dell'organismo umano, tra cui la cute, il naso, la bocca e l'intestino. Esso è composto da un numero di batteri pari a 6 volte il totale delle cellule che compongono l'intero corpo umano e da almeno quattro milioni di tipi di batteri diversi e il numero di geni di tali batteri superano quelli del corpo umano di circa 150 volte. In particolare l'intestino umano ospita un enorme quantità di microrganismi che costituiscono il microbiota intestinale.

Ogni persona ha una composizione distinta e altamente variabile di microrganismi intestinali, sebbene vi sia un nucleo fisso di microrganismi comune a tutti gli individui. Questi coinquilini vivono in stretto e mutualistico contatto con le diverse mucose (intestinale, nasale, bronchiale, cutanea) interagendo attivamente con il tessuto linfoide associato alle mucose (GALT, NALT, BALT, SALT) e quindi in ultima analisi stimolano il sistema immunitario dell'organismo a livello di diversi distretti tutti correlati tra di loro. Così, per esempio, le alterazioni nel microbiota intestinale di un individuo, che possono avvenire ad esempio quando si prendono certi antibiotici, possono modificare la risposta immunitaria sistemica dell'organismo.

L'esposizione ai microrganismi inizia con la nascita, e varia seconda delle modalità di parto (vaginale/cesareo). I bambini nati attraverso il parto cesareo hanno un microbiota intestinale differente, che sembra essere associato ad un aumentato rischio di malattie, di sovrappeso e obesità nella vita futura, paragonati a quelli nati attraverso parto naturale. Sebbene il microbiota si stabilisca precocemente, può modificarsi durante la vita, cambiando con l'età, la dieta, la localizzazione geografica, l'apporto di integratori alimentari e farmaci e altre influenze ambientali. La maggior parte della ricerca sul microbiota umano si focalizza sui microrganismi nell'intestino, poichè si pensa che influenzino la salute in vari modi. E' stato documentato che le persone che soffrono di alcune malattie (ad esempio malattia infiammatoria intestinale, malattia dell'intestino irritabile, allergia) hanno un microbiota differente da quello delle persone sane, sebbene in molti casi sia impossibile dire se il microbiota alterato sia una causa o una conseguenza della malattia. Grazie agli studi di Next Generation Sequencing (NGS), di metagenomica e metabolomica è stato possibile identificare la mappa dei microrganismi che vivono nel corpo umano; si comincia a capirne le caratteristiche, il comportamento e quindi il modo in cui possono influenzare la salute umana, attraverso anche i diversi metaboliti da essi prodotti. Pertanto, traendo spunto dalla complessa interazione microbiomala malattia, i probiotici sono stati identificati come possibile e nuovo ausilio terapeutico. Quando somministrati a dosaggi adeguati, possono colonizzare l'intestino interagendosi con la flora batterica residente (microbiota intestinale), interagire con il GALT (Gut-Associated Lymphoid Tissue) e stimolare lo stato immunitario dell'organismo; possono inoltre contrastare l'azione



Metagenomica  
e variabilità  
fenotipica  
post - natale

di microrganismi patogeni per competizione a livello di specifici recettori, inibire la crescita attraverso molecole di natura proteica (batteriocine), reintegrare la flora batterica durante e/o a seguito di infezione e trattamento con antibiotici. L'alterazione del microbiota, da parte di fattori ambientali (es. dieta, uso di antibiotici) e genetici, può causare disregolazione della risposta immunitaria. Recentemente, tali specifiche anomalie sono state etichettate come "signature" ad indicare che la disregolazione del microbiota possa essere carattere distintivo di malattia. Esempi sono offerti dalla malattia celiaca, dalle malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI) e dalla diarrea acuta. Studi sperimentali in vivo, condotti su topi affetti da celiachia, contraddistinta da una peculiare microflora caratterizzata da un incremento di firmicutes, hanno evidenziato che la somministrazione di specifici ceppi di probiotici (*Saccharomyces boulardii* KK1) contrasta efficacemente l'azione patologica mediata dal glutine. Alcuni ceppi batterici probiotici risulterebbero poi utili nel regolare il rilascio di citochine pro-infiammatorie (interleuchina-4, interleuchina-10, TGF) e nell'impedire la traslocazione di batteri patogeni, ad oggi riconosciuti fattori responsabili dell'insorgenza delle MICI. In accordo con le recenti linee guida dell'ESPGHAN sulla diarrea acuta, i probiotici possono essere anche efficaci per il trattamento della stessa. *Lactobacillus* GG, *Saccharomyces boulardii* e *Lactobacillus reuteri*, ripristinando la fisiologica popolazione batterica intestinale, riducono significativamente la durata ed il rischio di recrudescenza della malattia.

Un numero sempre crescente di studi clinici rileva che i probiotici potrebbero essere efficaci anche nel contrastare le patologie infettive. In particolare, essi sono in grado di determinare una riduzione dell'incidenza di otiti, sinusiti, bronchiti e polmoniti, infezioni delle vie

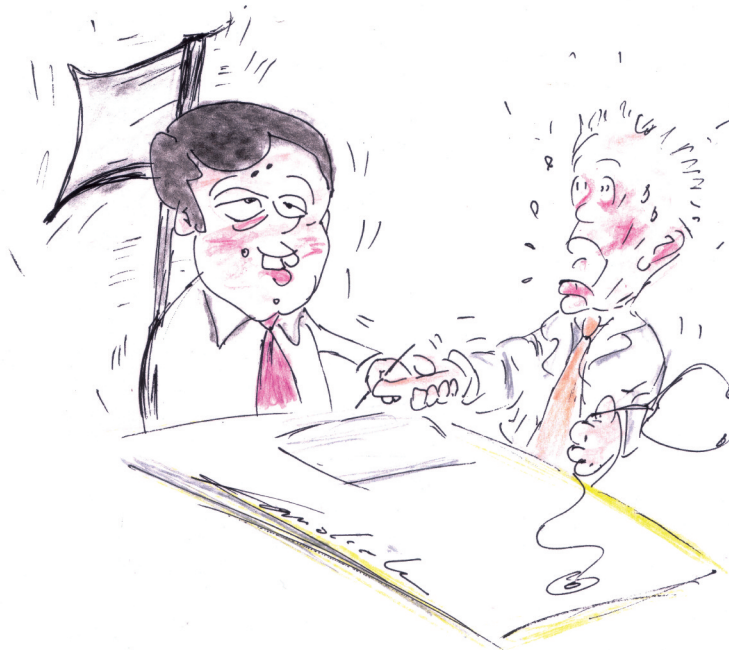
urinarie. Nuovi studi sono ad oggi in corso anche al fine di valutare i potenziali effetti benefici della somministrazione di probiotici in pazienti affetti da patologie auto-infiammatorie. L'evidenziazione di una correlazione fra artrite reumatoide giovanile ed alterata microflora intestinale, ha portato ad ipotizzare un uso efficace dei probiotici anche nelle connettiviti. È emerso che i probiotici, migliorando la permeabilità intestinale ed incrementando la risposta immunitaria locale di tipo IgA e IgM, riducono la severità dei sintomi quali dolore, tumefazione articolare e rigidità mattutina. Infine, anche pazienti affetti da pancreatite, da colite necrotica enterica, da effetti collaterali della chemioterapia e radiazione sembrano trarre beneficio rispetto alla popolazione controllo. Seppur in numero esiguo, i risultati ottenuti sono incoraggianti. Nonostante l'incremento degli studi in letteratura riguardo l'uso dei probiotici nelle varie patologie, il grado di evidenza per molti di essi risulta molto scarso.

Le nuove tecnologie genetiche consentono di fotografare la mappa del profilo microbico di bambini allattati al seno o artificialmente, di adulti sani o con patologie e di ipotizzare l'utilizzo mirato di probiotici che possono prevenire, in soggetti geneticamente predisposti, l'insorgenza di specifiche patologie, il miglioramento o la guarigione. Un esempio estremo di tali benefici, oggi convalidato da robuste evidenze, è il trapianto di feci di soggetti sani in pazienti con patologie infettive ed infiammatorie intestinali resistenti alle comuni terapie.

Le nuove tecnologie e le ricerche cliniche, oggi ancora non suffragate da evidenze definitive, consentiranno verosimilmente in futuro nuovi approcci terapeutici individualizzati con i probiotici relativamente ai ceppi, la dose, il timing terapeutico e la popolazione "prescelta". ■

## la vignetta

### DECRETO APPROPRIATEZZA MANO TESA DEL GOVERNO RENZI AI CAMICI BIANCHI



by candida

Un angolo graffiante, provocatorio ed estremizzato  
non per creare polemica o giudicare, ma che susciti un dibattito aperto



# MALDITTU lu BISOGNU



E jo ca mi cridia  
chi i sulì ereditati  
fussiru rappresentati  
da nasca a pappaiaddu  
du zuccuru 'nto sangu  
di iammi a pucciddata (1)  
da vaddira strozzata (2)

'nta 'du funnu di lettu  
'dà "bedda" cristianedda  
paria na madunnedda  
tutta 'nzavanata (3),  
na picca 'nfetacata (4)  
da quannu la cancrena  
si la manciava sana

ma cu c'annava mai  
da quannu avia li vermi  
chi ci manciaunu i iammi  
da quannu di vicinu  
ristavi senza ciatu,  
si stava in apnea  
c'era unu mi si preia (5)

ma poi mi capitò  
chi quannu l'avvucatu  
ch'io non'avìa chiamatu  
mi dissi: sarò dura. . .  
ma chista è a trovatura (6),  
senza interessi alunu  
t'assistu e ti difennu

ti curu l'interessi  
ti fazzu guadagnari  
ti fazzu rifriscari  
picchi ci l'ha lassari?  
iddi ti l'hannu addari!  
hanno l'assicurazioni  
chi paga i mal'azioni

eccu tu chà fari,  
'pi ripagari u tortu  
'pi ripagar l'affettu  
interrottu immantinenti  
nill'ultimi mumenti  
'nto lettu da cursia  
quannu circava a tia

Eccu lu Sacripanti (7)  
dicia lu Pattu Sgromu (8)  
parrannu di lu luttu  
'rringannu (9) a li presenti  
contra a sti sdillinquenti (10)  
chi invece dellu bisturi  
usaru nu fendenti

è ora sugnu ca,  
ma jo non mi cridia  
chi na malatia  
putissi rapprisintari  
l'aggiu(11) pì guadagnari  
sippuru mi nni sdegnu  
maldittu(12) lu bisognu

e dopu la denuncia  
deci anni su passati  
i tempi su canciati  
ancora non si nni parra  
ancora mancu a caparra  
ancora non mannu datu  
i sordi dillu statu

E jo chi milludia  
chi tuttu si pò fari  
chi tuttu si pò cattari  
chi basta n'ospitali  
p'aviri na cambiali  
chi poi t'anna pagari  
nu n'inghippu (13) basta truvari. ■

## LEGENDA:

- (1) pucciddata: forma di pane a ciambella che ricorda le "gambe storte"
- (2) vaddira strozzata: eria inguino-scrotale strozzata
- (3) 'nzavanata: bianca come un cencio (da "sábanas", spagnolo: lenzuola)
- (4) 'nfetacata: puzzolente (da "feter", latino: puzzolente)
- (5) c'era unu mi si preia: c'era da rallegrarsi
- (6) trovatura: tesoro
- (7) Sacripanti: Sacripante (tra l'altro "re saraceno" dell'Orlando Furioso)
- (8) Pattu Sgromu: Associazione di legali contro la malasanità <http://www.risarcimentomalasanita.net/>
- (9) 'rringannu: arringando
- (10) sdillinquenti: delinquenti
- (11) aggiu: agio
- (12) maldittu: maledetto
- (13) n'inghippu: inghippo, raggio, imbroglio ■

## Indovina CHI E'



Indovina chi è il medico nella **foto d'epoca** e scrivi la risposta a

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

Sul prossimo numero troverai la soluzione e il nome di chi ha indovinato per primo. Mandà una tua foto in bianco e nero e sarà pubblicata...

SOLUZIONE NUMERO 4: **GIACOMO CAUDO**

**ha indovinato**

**il dott. LUIGI LIPARI**

COMPLIMENTI! ■

## In Italia ogni anno 36 mila bimbi prematuri

prematuro che hanno bisogno di cure speciali per sopravvivere: le famiglie sono spesso impreparate di fronte a una nascita prematura capace di incidere sulla vita personale, di coppia e lavorativa. E' stata presentata a Roma al Ministero della Salute, la prima ricerca italiana di Medicina Narrativa: "La prematurità è un percorso tutt'oggi poco esplorato - afferma Martina Brusca, presidente Vivere Onlus Coordinamento Naz. Assoc. per la Neonatologia - che lascia la famiglia senza informazioni e adeguato sostegno. Il progetto Nascere prima del tempo, il vissuto delle famiglie con nati prematuri, realizzato dalla Fondazione ISTUD in collaborazione con Vivere Onlus e AbbVie, nasce con l'intento di raccogliere, attraverso i racconti di 149 famiglie, gli spunti relativi al vissuto, richieste, esigenze e loro aspettative". "Dopo le dimissioni dall'ospedale, è importante che il piccolo sia inserito in un programma di follow-up in grado di guidare il bambino e la sua famiglia, soprattutto in caso di patologie, nel difficile percorso riabilitativo - aggiunge Giovanni Corsello, presidente

In Italia ogni anno nascono circa 36 mila bimbi

della Società It. di Pediatria (SIP) - I bambini nati pretermine sono più problematici, in quanto risentono di uno sviluppo incompleto di alcuni sistemi e apparati, come quello respiratorio". "È necessario evitare che contraggano infezioni - aggiunge Costantino Romagnoli, presidente Società It. di Neonatologia - come quella da Virus Respiratorio Sinciziale di particolare rilievo per frequenza e gravità. La SIN ha elaborato nuove raccomandazioni sulla profilassi: in assenza di un vaccino specifico, la profilassi ambientale sommata alla somministrazione di anticorpi specifici anti VRS si è dimostrato l'unico provvedimento efficace. Da oggi poi, grazie all'introduzione di un piano terapeutico, è possibile offrire un'opportunità di scelta ai genitori: continuare la profilassi anti VRS in ospedale o a casa col supporto di un'assistenza domiciliare qualificata e capillare". "AbbVie è impegnata in programmi e partnership volti a individuare soluzioni concrete e sostenibili in favore della comunità con programmi specifici centrati sui bisogni del bambino prematuro e della famiglia come lo sviluppo di servizi di supporto domiciliare per la profilassi anti VRS" - ha concluso Fabrizio Greco, a.d. di AbbVie Italia. ■

## CURE PALLIATIVE

### criteri di certificazione

Sulla Gazzetta Ufficiale n.150 del 1-7-2015 è stato pubblicato il decreto 4 giugno 2015 recante "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, com-

ma 425". Il provvedimento è stato emanato visto l'articolo 1, comma 425 della legge 27 dicembre 2013, n. 147 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità), che prevede che "i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate". L'art. 1 del decreto (Criteri soggettivi) dispone che ai fini del rilascio della certificazione dell'esperienza professionale svolta nella rete delle cure palliative, possono presentare istanza i medici privi di specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quella di cui al decreto del Ministero della salute 28 marzo 2013, i quali alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147 erano in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate che erogano attività assistenziali di cure palliative nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale, così come individuate nell'Intesa sancita il 25 luglio 2012. Il comma 2 prevede che il medico deve aver svolto, alla data di



entrata in vigore della L. 147/2013, attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi, presso le strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate. L'art. 2 (Presentazione istanza) stabilisce che il medico inoltra l'istanza per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale alla regione/provincia autonoma di riferimento territoriale della struttura pubblica o privata accreditata presso la quale presta servizio. L'istanza deve essere presentata entro 18 mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto. L'art. 3 (Documentazione) prevede che l'istanza deve essere corredata dallo stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale delle struttura in cui il medico era in servizio alla data di entrata in vigore della L. 147/2013 ovvero da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà. L'esperienza professionale di cui al comma 2 dell'art. 1 è attestata dal direttore sanitario di ogni struttura pubblica o privata accreditata della rete stessa nella quale il medico ha svolto la propria attività. In fase di prima applicazione possono chiedere la certificazione di cui all'art. 1 anche i medici in servizio presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza per l'accreditamento istituzionale, quest'ultima documentata attraverso una attestazione del rappresentante legale della struttura o dell'ente. ■

## Medici italiani STATO di MOBILITAZIONE GENERALE

I medici italiani: "Stato di mobilitazione generale"

Giorni di fuoco in Fnomceo. Mentre a far sentire la loro voce sono state, venerdì scorso, le Società Scientifiche, oggi, in una rovente riunione ancora in corso, sono i Sindacati e Associazioni di Medici e Odontoiatri ad alzare i toni.

La parola d'ordine è una e una sola: i medici italiani, in tutte

le loro declinazioni e rappresentanze, proclamano lo stato di mobilitazione generale.

Con quali obiettivi? Intanto con quello di riaffermare con forza, nei confronti della Politica, il ruolo di interlocutori istituzionali.

E senza mezzi termini, ad un'unica voce, dichiarano: "Basta con i tagli. È l'ora che il Presi-



Sulla Gazzetta Ufficiale n.187 del 13 agosto 2015 è stata pubblicata la legge 7 agosto 2015, n. 124 recante "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

Il provvedimento entrato in vigore il 28 agosto scorso prevede tra l'altro l'istituzione del Polo Unico della medicina fiscale. L'art. 17 dispone infatti la riorganizzazione delle funzioni in materia di accertamento medicolegale sulle assenze dal servizio per malattia dei dipendenti pubblici, al fine di garantire l'effettività del controllo, con attribuzione all'Istituto nazionale della previdenza sociale della relativa competenza e delle risorse attualmente impiegate dalle amministrazioni pubbliche per l'effettuazione degli accertamenti, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per la quantificazione delle predette risorse finanziarie e per la definizione delle modalità d'impiego del personale medico attualmente adibito alle predette funzioni, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e con la previsione del prioritario ricorso alle liste di cui all'articolo 4, comma 10-bis, del decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, e successive modificazioni.

L'articolo 11 delega il Governo alla revisione della disciplina in materia di dirigenza pubblica e di valutazione dei rendimenti dei pubblici uffici. Nell'istituire il sistema della dirigenza pubblica, viene disposta la realizzazione di tre ruoli unici in cui sono ricompresi, rispettivamente, i dirigenti dello Stato, i dirigenti regionali - inclusa la dirigenza delle camere di commercio, la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale (SSN), esclusa la dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del SSN - e i dirigenti degli enti locali, in cui confluiscono altresì le attuali figure dei segretari comunali e provinciali e fermo restando il mantenimento della figura del direttore generale negli enti locali di maggiore dimensione (cui compete l'attuazione degli indirizzi e degli obiettivi stabiliti dagli organi di governo dell'ente nonché sovrintendere alla gestione dell'ente). Nel corso dell'esame alla Camera dei Deputati è stato specificato che dal ruolo unico dei dirigenti dello Stato è escluso il personale non contrattualizzato in regime di diritto pubblico. Tale personale è costituito dalle seguenti categorie: magistrati ordinari, amministrativi e contabili, avvocati e procuratori dello Stato, personale militare e delle Forze di polizia di Stato, personale della carriera diplomatica e della carriera pre-

## Nasce il **POLO UNICO** di **MEDICINA FISCALE**



fet-  
tizia, personale del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, personale della carriera dirigenziale penitenziaria, professori e ricercatori universitari, nonché di talune autorità indipendenti. Al comma 1, lettera p), laddove sono definiti i principi fondamentali di delega per la disciplina del conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, durante l'esame alla Camera dei Deputati è stata introdotta la specificazione che le disposizioni in oggetto si riferiscono anche agli incarichi di direttore dei servizi socio-sanitari, ove previsto dalla legislazione regionale. Inoltre è stata aggiunta la disposizione in base alla quale il sistema di verifica e di valutazione dell'attività dei direttori generali deve tenere conto non solo del raggiungimento degli obiettivi sanitari, ma anche dell'equilibrio economico dell'azienda. È stato infine introdotto un nuovo criterio direttivo per l'adozione dei decreti legislativi in materia di dirigenza pubblica nel settore sanitario, volto a definire le modalità per l'applicazione delle norme di cui alla presente lettera p) in particolare alle aziende ospedaliere-universitarie. È stata infine aggiunta, con la lettera q), la previsione di ipotesi di revoca dell'incarico e di divieto di rinnovo di conferimento di incarichi in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione, in presenza di condanna anche non definitiva al risarcimento del danno erariale per condotte dolose da parte della Corte dei conti). ■

dente del Consiglio, così come ha annunciato di voler cancellare IMU e TASI, dica agli italiani, una volta e per tutte, se intende o no mantenere in vita il Sistema Sanitario Nazionale - equo, solidale e universalistico - implementando i livelli di assistenza".

E tra i tantissimi temi affrontati, tre, nell'immediato, i punti su cui daranno sicuramente battaglia:

1) La modifica del Titolo V che, creando una frammentazione di competenze tra Stato e Regioni, ha fatto aumentare la spesa sanitaria e le diseguaglianze tra i cittadini delle diverse Regioni. 2) La coerenza tra il numero di iscritti alle facoltà di Medicina, gli accessi alle Scuole di Specializzazione e gli ingressi nel mondo del lavoro, a garanzia di una Formazione di qualità, e di un inserimento dignitoso dei giovani nel mondo del lavoro.

3) La netta opposizione a un definanziamento lineare del Sistema Sanitario, che si traduce in una mera riduzione delle prestazioni erogate ai cittadini e in un netto peggioramento delle condizioni di lavoro dei professionisti e della sicurezza delle cure.

"Dobbiamo lavorare per un approccio nuovo alla Sanità - ha detto il Presidente della Fnomceo, Roberta Chersevani - che non consideri più l'efficienza e l'equità come due concetti che viaggiano su binari contrapposti. Al contrario, devono procedere di pari passo, a soste-

## ENTI TERRITORIALI

### manovra di Sanità

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 188 del 14 agosto 2015 ~ Suppl. Ordinario n. 49 - è stata pubblicata la legge 6 agosto 2015, n. 125 concernente "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali". Con riferimento alle disposizioni in materia sanitaria e farmaceutica, gli articoli da 9-/)s a Q-octies sono finalizzati a conseguire consistenti risparmi in ambito sanitario. I risparmi, come concordato in sede concertativa Stato-regioni, sono pari a 2.352 milioni di euro, a decorrere dal 2015, e determinano una corrispondente riduzione del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) a cui concorre lo Stato. La riduzione consegue al contributo aggiuntivo che le regioni devono assicurare alla finanza pubblica per ciascuno degli anni dal 2015 al 2018. Per salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, le regioni possono conseguire le economie necessarie anche adottando misure alternative a quelle disposte dagli articoli da 9-Jb/s a 9-sexies, purché assicurino l'equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario. Le misure in ambito sanitario rafforzano quelle precedentemente introdotte ad opera del decreto legge n. 95 del 2012 (cosiddetto decreto spending review) e, per quanto riguarda la farmaceutica, le misure del decreto-legge n. 158 del 2012 (cosiddetto decreto Balduzzi), le quali restano ancora efficaci. I risparmi sono ottenuti attraverso misure di razionalizzazione dei processi di acquisto di beni e servizi in ambito sanitario, di dispositivi medici e di farmaci, nonché attraverso la riduzione delle prestazioni inappropriate e la rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa del personale dipendente. Per quanto riguarda l'acquisto di beni e servizi, gli enti del SSN devono rinegoziare i contratti in essere con l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto. La misura della riduzione è fissata su base annua al 5 per cento del valore complessivo dei contratti in essere. Anche per i contratti in essere aventi ad oggetto i dispositivi medici è stata prevista una procedura di rinegoziazione. Nel caso dei dispositivi, però, non è fissata una misura di riduzione ma viene introdotto il meccanismo del ripiano in caso di sfioramento del tetto di spesa nazionale, riconfermato al 4,4 per cento, o regionale. L'eventuale superamento del tetto è posto a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici per una quota complessiva pari al 40 per cento nell'anno 2015, al 45 per cento nell'anno 2016 e al 50 per cento a decorrere dal 2017. Per quanto riguarda il settore farmaceutico, PAIFA è incaricata di rinegoziare, in riduzione, il prezzo di rimborso dei farmaci a carico del SSN nell'ambito di raggruppamenti di medicinali terapeuticamente assimilabili, il prezzo di rimborso dei medicinali biotecnologici e il prezzo dei farmaci soggetti a rimborsabilità condizionata. Per quanto riguarda, invece, la riduzione delle prestazioni inappropriate (art. 9-quater), un decreto ministeriale, da adottare d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, dovrà individuare le condizioni di erogabilità e le indicazioni prioritarie per la prescrizione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. // medico dovrà infatti specificare nella prescrizione le condizioni di derogabilità della prestazione o le indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dal decreto ministeriale. Al di fuori delle condizioni di erogabilità, le prestazioni sono a totale carico dell'assistito. In caso di comportamenti prescrittivi non conformi, si applicano delle penalizzazioni su alcune componenti retributive del trattamento economico spettante ai medici. Specificatamente in caso di un comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale, l'ente richiede al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle predette condizioni ed indicazioni. In caso di mancata risposta o di giustificazioni insufficienti, l'ente adotta i provvedimenti di competenza, applicando al medico prescrittore dipendente del Servizio sanitario nazionale una riduzione del trattamento economico accessorio, nel rispetto delle procedure previste dal contratto collettivo nazionale di settore e dalla legislazione vigente, e nei confronti del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, una riduzione, mediante le procedure previste dall'accordo collettivo nazionale di riferimento, delle quote variabili dell'accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale. La mancata adozione da parte dell'ente del SSN dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore comporta la responsabilità del direttore generale. Allo stesso tempo, regioni ed enti del SSN sono tenuti a ridurre il numero dei ricoveri in regime di riabilitazione ospedaliera potenzialmente inappropriati sotto il profilo clinico e a ridurre le giornate di ricovero oltre quelle definite appropriate. In ambito sanitario vengono altresì previste misure inerenti il potenziamento delle misure di sorveglianza dei livelli dei controlli di profilassi internazionale del Ministero della salute, l'autorizzazione, per l'anno 2016, di un contributo di euro 33.512.338 a favore della Regione Lazio, finalizzato all'attuazione del programma straordinario per il Giubileo 2015-2016). ■



*Daniela Costantino,  
Maria Grazia Cucinotta  
e Massimiliano Cavaleri*

tumore al seno: "solo la prevenzione è salute, benessere e bellezza" è il messaggio lanciato dall'attrice messinese testimonial del progetto e già madrina di diverse iniziative di respiro nazionale contro il cancro. L'ASP in questi mesi ha inviato a 81.000 donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni una lettera in cui si comunica la possibilità di effettuare la mammografia di screening nell'ospedale più vicino alla loro città di residenza: un esame diagnostico, la mammografia, indolore e gratuito.

"Solo con una diagnosi precoce è possibile arrivare in tempo - ha sottolineato sul palco di Salina la dott.ssa Daniela Costantino, direttore amministrativo dell'ASP - perché la tempestività fa la differenza. Come azienda abbiamo dedicato tante risorse a questa iniziativa. Crediamo e siamo convinti che la prevenzione sia essenziale. Questa vetrina particolare - in cui si parla di cinema, di moda e di bellezza - ci offre una opportunità di comunicazione nuova e forse per questo ancora più efficace. Vogliamo sensibilizzare tutte le donne interessate ad aderire alla nostra campagna". Alla presentazione è intervenuto anche il dott. Antonello Farsaci, radiologo dell'Asp, che ha descritto il percorso che ciascuna donna potrà fare. L'esame si potrà eseguire a Messina presso la sezione di senologia del poliambulatorio di Via del Vespro e in tutti i presidi ospedalieri della provincia. "Se, a seguito dell'esame effettuato - ha spiegato Farsaci - l'esito della mammografia sarà negativo, arriverà la risposta a casa, insieme alla garanzia di essere richiamati dopo 2 anni per il successivo programma di screening gratuito. Qualora dalla mammografia emergesse un dubbio o una lesione del tessuto mammario la paziente verrà contattata telefonicamente da un operatore sanitario per concordare un nuovo appuntamento per eseguire le indagini necessarie per ottenere la diagnosi; il tutto è gratuito". "Ho accettato subito di fare da testimonial - ha dichiarato la Cucinotta, madrina anche di MareFestival - questa campagna è utilissima e andrebbe ripetuta ogni anno e in tutte le provincie italiane, perchè la prevenzione davvero salva la vita e se la mia immagine è più incisiva ed efficace nel convincere il pubblico ad andare in ospedale ad effettuare i controlli non può che riempirmi di gioia". Nel cast tecnico del video, prodotto da Europa Due, Rossella Midili (aiuto regia e montaggio), Pierpaolo Ruello (organizzazione set), Michele Catania e Fabio Sodano (musiche), Karamella (riprese). Per ulteriori informazioni riguardanti lo screening è possibile chiamare dal lunedì al venerdì mattina lo 090.3653550. ■

Uno spot che vanta la presenza dell'ambasciatrice della sicilianità e messinesità nel mondo: Maria Grazia Cucinotta è il volto scelto dall'ASP 5 di Messina per favorire lo screening mammografico in tutta la provincia. È stato presentato nella suggestiva cornice della IV edizione di MareFestival Salina - Premio Troisi, rassegna di cinema e cultura diretta dal giornalista Massimiliano Cavaleri, il video firmato dal regista Salvatore Presti nell'ambito della campagna di preven-

zione "Scegli la vita" voluta fortemente dal direttore generale dott. Gaetano Sirna.

L'Asp di Messina si conferma in prima linea nella lotta al

Presentata  
la campagna  
di prevenzione  
dei tumori  
al seno  
a MareFestival  
Salina

## ASP: uno spot con la Cucinotta per lo SCREENING



*Antonello Farsaci,  
Daniela Costantino  
e Maria Grazia Cucinotta;  
sopra con Marika Micalizzi  
e Massimiliano Cavaleri*

Il commento di Renzo sul tentativo di istituire percorsi sanitari alla KORE

La recente vicenda del tentativo di istituire presso l'università Kore di Enna dei corsi di laurea in medicina e farmacia, professioni sanitarie, gestiti da una università rumena, ha acceso i riflettori sul tentativo, ormai sempre più scoperto, di inserimento dei privati e della cattiva politica, interessati solo alla ricerca del profitto, nell'ambito della formazione universitaria.

Come correttamente enunciato nella diffida del MIUR, l'istituzione di una università e dei relativi corsi di laurea deve seguire un percorso giuridico e amministrativo preciso derivante dall'applicazione della legge. Non posso, però, non esprimere un certo tasso di preoccupata attenzione dalla lettura dell'inciso fatto dal Ministro Giannini che sulla vicenda, bocchia la forma e rinvia ad una eventuale valutazione successiva alla presentazione delle relative domande/richieste che la Kore presenterà nel rispetto dell'iter ecc.

No! Non ci siamo. Troppo spesso, infatti, utilizzando spazi collegati ad accordi privati fra università italiane e straniere (richiamo alla memoria collettiva i diversi tentativi, uno riuscito, al momento, posti in atto), si cerca di superare il quadro normativo creando aspettative negli studenti che magari non sono riusciti a superare le prove di accesso presso le università italiane.

Il Ministero e la politica, decidessero di aprire le porte al c.d. diritto allo studio eliminando, però, il valore legale della laurea e lasciando ai cultori della materia il diritto di acculturarsi. Così, si vada ad una riforma seria dell'esame di abilitazione a numero definito nel rispetto dei fabbisogni espressi dal SSN e SSR. rendendo soddisfazione ai diversi interessi oggi sul campo!

## Corsi di laurea ad ENNA la CAO grida allo scandalo



Giuseppe Renzo

Altrimenti, sia chiaro, si tratta di lucrare (terzi lucranti) sulle ansie di famiglie e giovani, sulle loro aspettative di veder realizzati sogni e le opportunità di successo.

Risulta, poi, particolarmente odioso che a beneficiare di queste iniziative siano gli studenti più abbienti che si possono permettere di pagare onerose quote di iscrizione che non sono, certamente, alla portata di altri colleghi, magari più meritevoli, che non hanno le stesse potenzialità economiche.

Occorrerà fare chiarezza una volta per tutte: o si difende, con la dovuta energia, il criterio del numero programmato per l'accesso alle professioni sanitarie o, paradossalmente, sarebbe meglio eliminarlo dal nostro contesto normativo contribuendo, però, a creare in un prossimo futuro, una enorme sacca di disoccupazione e/o di sottoccupazione.

Non dimenticandosi dell'altra criticità certificata: non tutti i corsi di laurea sono strutturati e qualificati per formare al meglio i nostri futuri medici! Alcuni Corsi di Laurea, se risultano non adempienti dopo le opportune verifiche (ANVUR: dove sei?), dovranno essere chiusi! A programmazione numerica invariata, quindi non limitandone gli accessi, si privilegino i corsi di laurea seri e si investano le poche energie, anche economiche, in progetti seri per professionisti da preparare al meglio per garantire una sanità altrettanto seria in futuro.

Il quadro attuale, invece, presenta: miopia politica, strabismo delle professioni con interessi chiari di cattedratici e rincorsa alla istituzione di università "sotto casa" a prescindere da capacità strutturali e corpi docenti per lo più inesistenti (vedi il recente caso dell'università fantasma di Salerno).

Non è più il tempo di tattiche dilatorie e attendistiche; occorre che altri soggetti, come hanno fatto i rappresentanti confluiti negli Stati Generali dell'Odontoiatria, si assumano le proprie responsabilità sapendo che le decisioni che si vorranno prendere influiranno sul futuro dei nostri giovani e, più ancora, su una vera tutela della salute dei nostri cittadini. (dalla rivista "La Professione")



Giuseppe Renzo  
Presidente CAO - FNOMCeO ■

*Ai presidenti CAO provinciali: Cari Colleghi, ritengo importante trasmettervi gli interventi ufficiali proposti dalla Cao Nazionale sulla delicata questione dell'istituzione di corsi di laurea in ambito sanitario ad Enna.*

*Il Ministro Giannini è già intervenuto a diffidare i promotori di questa iniziativa che appare in evidente contrasto con i percorsi legislativi e amministrativi che permettono di costituire con correttezza nuove università.*

*È evidente che la questione ci ha molto preoccupato e da tempo abbiamo iniziato un lavoro di moral suasion che si è tradotto, poi, nelle lettere formali che trovate allegate, che ci consentono di poter dire che, ancora una volta, abbiamo svolto con tempestività e coerenza la nostra attività.*

*E' evidente, infatti, che i problemi non devono essere affrontati dalla nostra istituzione attraverso sterili personalismi e iniziative mediatiche che, sostanzialmente, hanno il solo scopo di promuovere "l'immagine di questo o di quello".*

*Tengo a rilevare che per ora la questione "Enna" riguarda non direttamente la professione odontoiatrica ma che, comunque, appare necessario tenere alta la guardia in quanto l'esperienza del passato ci insegna che spesso il vero obiettivo è quello di creare anche i presupposti per istituire nuovi corsi di laurea in odontoiatria al di fuori di ogni logica di rispetto del numero programmato.*

*La Cao Nazionale chiede l'aiuto di tutti voi affinché, come al solito, si possano costituire punti di contatto e di monitoraggio su tutto il territorio nazionale per intervenire, come in questo caso, a denunciare iniziative scorrette e non in linea con la normativa vigente.*

Giuseppe Renzo

## La BATTAGLIA di Renzo a 360 gradi

### La lettera inviata a **MINISTRI** e **ASSESSORI REGIONALI**

*Questa Federazione non può che manifestare perplessità e preoccupazione in merito alle recenti notizie ampiamente riportate dai mass media relative ad una convenzione sottoscritta dall'Assessorato alla Salute della Regione Sicilia, dall'Assessorato dell'Istruzione e Formazione professionale della Regione Sicilia, dalla libera Università degli studi di Erma Kore e dalla Fondazione Proserpina di Erma.*

*Si tratta, in sostanza, di un'operazione non certamente trasparente che vede la possibilità di istituire, attraverso la Fondazione Proserpina, una facoltà gestita dalla Università rumena "Dunarea de Jos" di Galati in Romania.*

*Sarebbero previsti due corsi di laurea in Medicina-Farmacia e Professioni infermieristiche; gli studenti dovrebbero frequentare dieci settimane di un corso di lingua rumena, poi superare non meglio specificati test di ammissione e pagare 9 mila euro di retta annuale per frequentare i corsi stessi. Quello che preoccupa maggiormente è che l'operazione vede coinvolta direttamente la Regione Sicilia, firmataria della convenzione, che offrirebbe la fruizione delle proprie Aziende Sanitarie pubbliche, delle proprie risorse umane e professionali per lo svolgimento delle attività di tirocinio e delle attività didattiche. Sembra, quindi, potersi ipotizzare un uso assolutamente improprio delle risorse anche economiche del SSR che dovrebbero, invece, essere utilizzate per assicurare una migliore assistenza sanitaria ai cittadini specialmente in un momento così delicato per la crisi economica che continua a coinvolgere il nostro Paese.*

*E' fin troppo facile evidenziare l'incoerenza di un tale comportamento dal momento che, come giustamente sottolineato dal mondo accademico, la Regione Sicilia aveva un fabbisogno di medici pari al 50% rispetto allo scorso anno con conseguente taglio dei posti per le scuole di medicina, mentre ora la stessa Regione si rende parte attiva per istituire altri 120 posti a disposizione della "succursale" dell'Università rumena.*

*E' forse utile ricordare, anche se molti sembrano averlo dimenticato, che nel nostro ordinamento didattico, vige il principio del numero programmato che viene, però, poi palesemente aggirato attraverso iniziative come quella oggetto di questa segnalazione.*

*Che succederà, poi, quando, come facilmente è prevedibile, gli studenti di questi nuovi corsi di laurea chiederanno, magari al secondo anno, il trasferimento ai corsi di altre università italiane?*

*Riteniamo sia necessario una risposta pronta e chiara da parte delle Istituzioni per evitare un'ennesima "bèffa" nei confronti dei corsi di laurea correttamente gestiti e, soprattutto, nei confronti degli studenti che vengono utilizzati per operazioni in cui sembra prevalere l'aspetto della ricerca del profitto rispetto all'interesse pubblico correttamente inteso.*

Giuseppe Renzo ■

## La CAO scrive ai presidenti di ENNA



Giuseppe Renzo

*Ritengo che la questione debba essere approfondita in maniera urgente e affrontata congiuntamente per gli evidenti risvolti non trascurabili del caso: mi riferisco, ovviamente, alla violazione delle normative vigenti sui test di ingresso che, in questo modo, rischierebbero di essere aggirate vanificando, ancora una volta, una qualsiasi seria politica di programmazione per l'accesso alla professione (mi chiedo, infatti, perché mai uno studente italiano dovrebbe pagare una retta di 9 mila euro l'anno...?); mi domando, inoltre, se la nuova*



Antonino Carmelo Cassarà

*sembrerebbe che ad Enna stia nascendo una facoltà di medicina straniera nata dall'intesa tra la Fondazione Proserpina e l'Università statale "Dunarea de Jos" di Galati le quali avrebbero - alla fine del mese scorso - firmato una convenzione con la Regione che si impegnerebbe a dare sostegno logistico mettendo a disposizione strutture sanitarie per i tirocini e personale competente.*

*Inoltre, non sarebbe previsto alcun test di ingresso e basterebbe iscriversi direttamente on-line; due sarebbero i corsi di laurea attivati (Medicina e Farmacia; Professioni infermieristiche) e gli insegnamenti sarebbero impartiti in lingua rumena. Sulla base sempre delle notizie apprese dai mass media, quindi, la facoltà, non italiana, si configurerebbe come un'estensione sul territorio ennese della su citata "Dunàrea de Jos", ovvero, una succursale in cui insegnerebbero docenti rumeni e si parlerebbe solo rumeno.*



Renato Mancuso

*facoltà sia in grado di garantire la più completa e corretta formazione rispettando i percorsi formativi così come definiti a livello accademico e istituzionale. Sono, pertanto, a chiedervi, per quanto di vostra competenza, quanto prima possibile, ulteriori e più dettagliate informazioni per delineare un quadro più preciso della situazione.*

*La CAO Nazionale è determinata a proseguire nella sua opera di verifica sulla correttezza e serietà dei percorsi formativi per l'accesso alla nostra professione e sono certo che comprenderete l'urgenza della problematica che va affrontata con sollecitudine e decisione.*

*Vi ringrazio sin d'ora per la collaborazione e colgo l'occasione per inviarvi i più cordiali saluti. ■*

Si è svolto all'EXPO a Milano, il convegno dell'ANCIM - Associazione Nazionale Comuni Isole Minori, "Isole Minori: Un Mare di Meraviglie", in associazione con il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali. Il dott. Scirè, presidente dell'ANSPI- l'Associazione Nazionale Sanitaria delle Piccole Isole, che riunisce i medici e tutti coloro che, a vario titolo nel settore sanitario, operano nelle 40 piccole isole italiane, in situazioni davvero critiche, ha dichiarato che è un grande prestigio ed un grande onore, per la nostra associazione, essere chiamati a relazionare in un evento mondiale così importante come l'EXPO. Ed ha iniziato il suo intervento, elencando alcuni dei traguardi conseguiti dall'ANSPI: "Per quanti non ci conoscono - ha esordito- il nostro è un organismo unico nel suo genere, che raggruppa e rappresenta, a livello nazionale, il personale sanitario delle Piccole Isole d'Italia. Il primo risultato è stato l'inserimento, in finanziaria 2001, di una norma riguardante la sanità nelle isole minori e nelle comunità isolate, fatto unico mai avvenuto prima di allora. Un altro traguardo è stato la suddivisione delle piccole isole in isole di tipo a-b e c, secondo un criterio da noi adottato, e riconosciuto dal Ministero della Salute e dall'ISS - Istituto Superiore di Sanità, che teneva conto di alcuni parametri, quali: distanza dalla terra ferma, stato dei collegamenti, numero di abitanti, presenza di ospedale o di altre strutture sanitarie, presenza o meno di servizi sanitari territoriali, presenza di pista per elisoccorso (allora, erano tante ancora le isole prive di una pista per elicotteri). Anche il sottosegretario agli interni di allora, il Sen. Antonio D'Alì - ha proseguito Scirè-, ha accolto il nostro appello perché venisse almeno garantita l'emergenza, in certe isole prive di pista per elicotteri, disponendo un finanziamento del Ministero degli Interni per la realizzazione di dette piste in tutte le isole. L'ANSPI, con i suoi convegni nazionali ed europei, si è fatta conoscere dal mondo scientifico e dalle Istituzioni." Con la costituzione della nostra Associazione - ha evidenziato Scirè - le "Isole Minori" che di minore hanno solo il nome, sono per tutti diventate

"Piccole Isole" le nostre "Piccole Grandi isole"! "Non è possibile - continua Scirè - che le isole minori siano considerate nei piani sanitari regionali alla stregua di ogni altro territorio; né è possibile che, mentre si realizzano poli ospedalieri di straordinaria efficienza e centri sanitari di

eccellenza sulla terra ferma, da noi strutture sanitarie inadeguate e servizi insufficienti mortificano la qualità della vita delle popolazioni insulari residenti e non garantiscono la sicurezza, non soltanto delle comunità isolate, ma anche dei milioni di turisti che ogni anno, da tutto il mondo, visitano le nostre Piccole e meravigliose Isole." Il turismo è la risorsa di queste isole! Il turismo nelle isole vuol dire: sole, mare, termalismo, natura, accoglienza, sana alimentazione, prevalentemente a base di pesce fresco e di prodotti tipici delle isole che, essendo sempre state crocevia di civiltà, hanno elaborato, nell'ambito della dieta mediterranea, recentemente dichiarata patrimonio immateriale dell'umanità, una cucina tradizionale povera di grassi, gustosa e salutare. La salute è, per ognuno di noi, il bene più prezioso, e per questo deve essere tutelata e difesa. Una buona sanità nelle piccole isole è soprattutto una sicurezza anche per il turista, una garanzia di recarsi in un contesto dove non deve temere che la più banale delle emergenze possa trasformarsi in un evento drammatico; garanzia anche per il paziente cronico che, in questi luoghi stupendi e salutarissimi, possa essere assistito e curato. Nel corso del primo convegno nazionale - ha confessato il presidente Scirè - ho detto che avevo un sogno per le nostre piccole e meravigliose isole: proprio per la loro esigua concentrazione abitativa, dovrebbero sempre più essere considerate una sorta di "cliniche naturali" e, in un'ottica europea, dovrebbero sempre più proiettarsi verso un'utenza affamata ed assetata di "sole, mare e natura", oggi aggiungerei con assoluta convinzione, anche il cibo, cioè l'utilizzazione dei prodotti e delle specialità tipiche locali, in cui si possono trovare delle nicchie di eccellenza capaci di offrire, sia prestazioni di tipo sanitario che vanno ben oltre l'ordinario, sia stili di vita sani, ormai rari in buona parte del pianeta! Insomma sanità e turismo diventano un binomio inscindibile. Riteniamo, inoltre che il turismo, accompagnato da una "buona sanità" e da "buoni stili di vita", sia il volano di una grossa fetta di ricchezza, e non soltanto delle piccole isole. L'occasione che ci offre questa esposizione universale e il contenuto della "carta di Milano" sui temi delle risorse alimentari e della nutrizione, offrono l'opportunità, a chi come noi, si occupa di "piccole isole" o di "isole minori", di aggiungere l'alimentazione, la buona alimentazione basata su prodotti e ricette locali, come elemento essenziale per costruire un nuovo progetto sulle isole della salute e del benessere! Progetto che è il nostro sogno e la nostra ANSPI mission: trasformare questi splendidi luoghi da isole dei disagi in isole della salute. Certamente ciò richiederà una peculiare politica di investimenti, - ha concluso il dott. Scirè - ma noi siamo sempre più convinti e lo sosteniamo sin dalla nostra fondazione, che "non c'è spesa, non c'è investimento che non valga la vita di una persona!". ■

## Associazione Isole minori convegno all'EXPO



*Il tavolo  
dei relatori;  
sopra, Nino Scirè  
con Tessa Gelisio*



La triste vicenda di Filippo Minieri, primario del Cardarelli di Napoli

Mentre il governo si affanna a distribuire tagli di qua e di là per riequilibrare il sinistrato bilancio statale, vale la pena di ricordare la triste vicenda di Filippo Minieri, primario di chirurgia endovascolare dell'ospedale "Cardarelli" di Napoli, il quale, avvertito un malore in corsia, entra in coma senza mai più riprendersi, muore. Tutto ciò avviene dopo aver effettuato, da operatore, un intervento chirurgico durato ben undici ore.

Sul fatto ha subito indagato la procura locale che ha disposto l'esame autoptico sulla salma del dottor Minieri. Durissima, a riguardo, la posizione del presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli Gabriele Peperoni, il quale ha ribadito come "la morte di

Filippo Minieri non può lasciare indifferenti. E' assolutamente necessario rivedere i carichi di lavoro dei medici per evitare ulteriori tragedie".

*Gabriele Peperoni,  
presidente dell'Ordine  
dei Medici di Napoli*

## Morte di un MEDICO in corsia



Insomma, una vera e propria "morte bianca" quella del collega Minieri, simile a quante ne sono avvenute – e continuano purtroppo ad avvenire – su luoghi di lavoro sempre meno soggetti ai controlli di sicurezza in nome di una necessità di "economizzare" che fa decisamente a pugni non soltanto con la qualità dei servizi ma anche e soprattutto, come nel caso presente, con la stessa sopravvivenza dei lavoratori che vi operano.

Organici ridotti al lumicino e turni sempre più massacranti che caratterizzano le strutture sanitarie pubbliche sono oggi all'origine dell'elevatissima incidenza di casi di "burn out" lavorativo, cioè di quella sindrome da profondo disagio sul luogo di

lavoro che si manifesta con gradi crescenti di

demotivazione e depersonalizzazione che giungono fino all'esaurimento emotivo.

Tutto questo non può che ripercuotersi sui servizi che hanno come unico destinatario il paziente. Il nuovo approccio alla sanità dunque deve necessariamente essere caratterizzato da un equilibrio sostanziale tra efficienza ed equità, economia ed etica.

La morte di Minieri dimostra come il prezzo da pagare per conseguire tali obiettivi si sia innalzato fino a superare ogni limite di tollerabilità. ■





## barbaro



In Italia circa il 20% delle coppie che vuole avere un figlio non riesce ad ottenerlo dopo più di un anno di rapporti non protetti. Le probabilità di concepire un figlio dipendono non solo dalla buona qualità dell'ovocita e dello spermatozoo ma anche dall'ambiente cervico-vaginale. Il muco cervicale, nel periodo periovulatorio, presenta composizione e pH modificati proprio per facilitare l'incontro dello spermatozoo con l'ovocita.

Le cause, pertanto, di infertilità possono essere rintracciate nel partner maschile (30%) o nel

femminile (30%), in entrambi (20%) ma nei restanti

casi (20%) può rimanere sconosciuta la causa.

Alcuni studi scientifici in vitro dimostrano l'efficacia del myo-inositolo (MI) nel migliorare la qualità spermatica. Il MI è un polialcool ciclico a 6 atomi di carbonio, tra i 9 differenti stereoisomeri scoperti finora, esso risulta essere il più abbondante in natura. Campioni di seme provenienti da uomini oligoastenoteratospermici dopo incubazione con MI presentano significativi miglioramenti sia nella morfologia (ispessimento della guaina mitocondriale) che della motilità (incremento della motilità totale e progressiva) spiegabili con la capacità del MI di aumentare i livelli di  $Ca^{2+}$  intracellulari.

L'efficacia del myo-inositolo in vitro si riscontra in vivo, tramite una nuova soluzione: MI in ovuli vaginali. Tale supporto incrementa, grazie ad una gestione programmata dei rapporti sessuali nel periodo periovulatorio, le possibilità di una gravidanza. Infatti recenti evidenze cliniche dimostrano come il MI, usato per via vaginale in coppie infertili per fattore maschile migliori la motilità spermatica ed incrementi le chance di gravidanza, sono state riscontrate al termine dello studio, 2 gravidanze dopo un singolo tentativo di concepimento. In conclusione per tutte le coppie che desiderano avere una gravidanza ma che non ci riescono, il supporto a base di MI si presenta come una nuova opportunità di facile utilizzo, senza effetti collaterali, per aiutare la coppia nel proprio impegno procreativo. ■

**Il 2% vuole un figlio ma non lo ottiene dopo un anno di rapporti non protetti**

## Aiuto per la coppia: **MYO-Inositolo** per via vaginale



**Responsabile  
Flebologia Chi-  
rurgica del Poli-  
clinico e titolare  
di un'azienda  
agricola**

"Per avere saputo coniugare la missione della medicina con una lodevole attività imprenditoriale e di recupero delle tradizioni facendo apprezzare fuori dalla nostra provincia vini di qualità Made in Sicily": questa la motivazione scelta dal Comitato di redazione di Messina Medica per la pergamena di medico del mese al collega Biagio Bonfiglio. Il dott. Bonfiglio infatti ha il merito di essere un imprenditore di vini senza aver mai trascurato l'attività di medico. Nato a Reggio Calabria, classe '60, dopo aver conseguito la maturità classica, si è iscritto nell'Anno Accademico 1979/80 alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Messina. Ha frequentato, in qualità di Allievo Interno, l'Istituto di Discipline Chirurgiche Generali e Speciali diretto dal Prof. Ubaldo Brancato.

Nell'86 ha conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia con lode. Nel '91 la specializzazione con lode in Chirurgia Generale; ha prestato la propria opera professionale come Medico Universitario con qualifica di "Elevata Professionalità" presso la Chirurgia di Pronto Soccorso diretta dal prof. B. Micali; presso la Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico diretta dal Prof. G. Navarra e oggi presso la Chirurgia Vascolare diretta dal Prof. M. Monaco dell' A.O.U. Policlinico "G. Martino" di Messina ove è responsabile della Sezione di Flebologia Chirurgica e del centro "SOS Flebite". Nel 2005 nasce la sua azienda agricola tra Giampileri e Briga: coltivazione a bassa meccanizzazione, limitata alla sola aratura del suolo; potatura, diradamento e raccolta delle uve rigorosamente manuali; innovazione e tecnologia in

cantina per una ditta certificata BIO sono le caratteristiche dell'attività. Nonostante i danni dell'alluvione del 2009, ha reagito volendo ancor più fortemente realizzare dei prodotti d'eccellenza, riconosciuti sia in territorio nazionale sia internazionale, che, ad oggi, sono il vino DOC Faro "Beatrice" e l'IGT Rosato "Terre Siciliane". Il primo è il prodotto di punta e nasce dall'accostamento di cinque uve quali: Nocera, Nerello Cappuccio, Nerello Mascalese, Nero D'Avola e Sangiovese. Il secondo, il Rosato "Terre Siciliane", nasce dall'accostamento di uve di Nerello mascalese e Nocera, vinificate per ottenere un vino rosato, fresco e ricco di profumi. Ad maiora a Biagio Bonfiglio e alla sua poliedrica carriera. ■



## Biagio Bonfiglio MEDICO e IMPRENDITORE

*Cincotta, Bonfiglio,  
Caudo, Rotondo  
e Gugliotta  
durante la consegna  
della pergamena.  
In alto,  
Biagio Bonfiglio*





**RUSSO**



Il nostro Codice Penale all'art.85 sancisce che "nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se al momento in cui l'ha commesso, non era imputabile. E' imputabile chi ha la capacità d'intendere e volere". Senza soffermarmi su tutti gli altri casi di vizio parziale o totale di mente che inficiano l'imputabilità, vorrei soffermarmi sulla questione dell'imputabilità dei minori. Per l'art.97 dello stesso Codice non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i quattordici anni".

Il minore di anni 14, insomma, è ritenuto *ius et de iure* non imputabile. Recentemente non poche polemiche sono sorte su quest'articolo, in considerazione del fatto che il minore di quattordici anni di oggi non è quello di vent'anni fa. I mass-media, l'uso talora smodato delle tecnologie informatiche, i social network danno una tale messa d'informazioni che certamente sposta i tempi della sua formazione socio-culturale. Purtroppo la cronaca anche recente

attenzione minori rei di delitti efferati.

Tuttavia resta dubbia la capacità del minore di discernere disvalori e di regolare e controllare le proprie pulsioni. Per il minore infradiciottenne il legislatore (art.18) afferma "E' imputabile chi, nel momento in cui aveva compiuto i quattordici anni ma non ancora i diciotto, se aveva capacità d'intendere e di volere ma la pena è diminuita." Per il minore infradiciottenne la legge subordina l'imputabilità alla maturità psichica emotiva ed affettiva.

La capacità di autodeterminazione del soggetto non riguarda solo la sfera intellettuale ma al perito neuropsichiatra è affidato un compito più complesso: valutare se il minore possieda un grado di maturità tale da rendersi conto del disvalore sociale del fatto. Su questo punto gioca un altro fattore di estrema importanza, la cultura familiare ed il gruppo dei pari. Infatti il forte legame che si crea nel gruppo, con il riconoscimento di leader e gregari fa sì che la capacità di autocontrollo sul proprio operato è in gran parte superata dalla personalità prevalente di chi ha dettato le regole ed i criteri di valutazione. Le dinamiche del "branco", insomma, sopraffanno la volontà e la personalità individuale. E' evidente che non sarà sufficiente fare uno o più colloqui psichiatrici né saranno dirimenti i test di personalità.

La valutazione è complessa e multidimensionale investendo non solo la sfera personale, il livello cognitivo e le modalità comportamentali, ma il back ground familiare, la cultura del gruppo, l'ambiente di vita e di lavoro. Diventa molto più difficile che nell'adulto valutare la capacità d'intendere cioè di compiere un adeguato esame di realtà e di volere cioè di autodeterminarsi. Esiste poi un altro aspetto: la possibilità, prevista dall'art. 86 dello stesso codice penale, che il minore sia stato messo da altri in condizione d'incapacità d'intendere e volere. E' prevista anche per l'adulto, ma è evidentemente più facile in qualche modo "circuire" un minore. Come si vede è arduo, in questi casi, il compito del Magistrato giudicante ma non è meno arduo il compito del perito neuropsichiatra eventualmente chiamato a valutare situazioni così complesse. ■

La società  
è cambiata:  
il 14enne non  
è quello di  
20 anni fa

## Imputabilità MINORI quale maturità?



\*Ricercatore Universitario  
Dipartimento di Scienze Pediatriche, Ginecologiche,  
Microbiologiche e Biomediche UOC  
di Neuropsichiatria Infantile  
Policlinico Universitario G. Martino

di rosa



L'individuazione di oltre 200 geni causativi codificanti ha aperto nuove prospettive

L'International League Against Epilepsy (ILAE) definisce le encefalopatie epilettiche come quelle condizioni in cui i processi epilettogenici contribuiscono per sé al disordine delle funzioni cerebrali cognitive e sensorimotorie. Essi costituiscono disordini long-lasting e compromettono globalmente il percorso neuroevolutivo del bambino con grande onere assistenziale e riabilitativo per i pazienti e le loro famiglie. Nell'ultimo decennio, l'avanzamento delle tecniche di indagine diagnostica genetico-molecolare ha consentito di individuare specifici gruppi di geni associati ad esordio precoce della sintomatologia neurologica e deterioramento progressivo, che intervengono indipendentemente dal pattern epilettiforme. L'individuazione nel corso degli ultimi anni di oltre 200 geni causativi codificanti per subunità di canali ionici, recettori per neurotrasmettitori e proteine implicate nei processi sinaptogenetici, ha quindi aperto la strada a nuove prospettive patofisiologiche in tali disordini. Le mutazioni di questi geni "critici" per il neurosviluppo costituirebbero già un elemento etiopatogenetico determinante della condizione neurologica, indipendentemente dall'entità del quadro epilettologico che poi si va ad osservare, dimostrandosi quindi certamente necessaria la pronta correzione farmacologica del pattern clinico o elettroencefalografico, ma non poi così determinante.

Tra le epilessie severe ad esordio nel primo anno di vita, la classificazione ILAE annovera diverse condizioni neonatali o infantili, incluse l'encefalopatia mioclonica ad esordio precoce, la sindrome di Ohtahara e la sindrome di West. Quest'ultima è la più comune sindrome epilettica associata a compromissione del neurosviluppo nella prima infanzia, talora genericamente etichettata con il termine di "spasmi infantili", implica in realtà un quadro sintomatologico piuttosto complesso che, accanto a questa peculiare tipologia di crisi,

prevede anche l'evidenza di un ritardo o una regressione di sviluppo psicomotorio ed un pattern elettroencefalografico patognomonicamente caotico e scarsamente organizzato, noto con il termine "ipsaritmia" (Fig.1). Come spesso accade nei disordini neurogenetici, oltre ai quadri nosograficamente definiti, si osserva che molti pazienti eludono queste entità elettrocliniche per presentare quadri simili, ma con caratteristiche eterogenee e talora a se stanti, tali da suggerire l'esistenza di altre condizioni sindromiche, monogeniche, degne di connotazione propria. Due geni, nel corso degli ultimi 10 anni, sono stati oggetto di grande attenzione da parte della comunità scientifica epilettologica, entrambi associati a quadri clinici di epilessia severa ad esordio precoce, con sintomi neurologici maggiori e un profilo neuroevolutivo globalmente disfunzionale. Essi sono noti come cyclin-dependent kinase-like 5 (CDKL5; \*300203) e aristaless-related homeobox (ARX; \*300382), originariamente riportati come responsabili di forme familiari di sindrome di West o spasmi infantili X-linked ma successivamente descritti in pazienti con altri disordini del neurosviluppo, ritardo mentale o disturbi dello spettro autistico, e anche condizioni più peculiari come varianti atipiche della sindrome di Rett. ARX e CDKL5 sono direttamente coinvolti nei processi precoci, intrauterini, dello sviluppo corticale. ARX è un gene homeobox

localizzato su Xp22.13. Il prodotto proteico del gene contiene un tratto costituito da 4 sequenze di polialanina dei quali il primo e il secondo sono siti cruciali di mutazioni correlate a fenotipo clinico caratterizzato da epilessia severa e vari gradi di ritardo mentale. I primi quadri fenotipici descritti variavano da spasmi infantili X-linked o altre forme severe di epilessia, talora associati a malformazioni corticali e dei genitali in soggetti maschi (sindrome X-linked lissencephaly with abnormal genitalia-XLAG), o a forme di ritardo mentale più o meno grave, variabilmente associate ad epilessia.

Il ruolo del gene ARX appare correlato alla genesi e allo sviluppo di un pool di interneuroni corticali GABAergici, la cui assenza o disfunzione svolge un ruolo nel meccanismo patogenetico della sindrome di West. Le variazioni patologiche del gene ARX sono state

riportate quasi esclusivamente in pazienti di sesso maschile, mentre le femmine, emizigote, sono in genere descritte come asintomatiche o con quadri clinici piuttosto sfumati. Tuttavia, dall'analisi effettuata sul gene ARX su 50 soggetti, femmine, affette da encefalopatia epiletti-

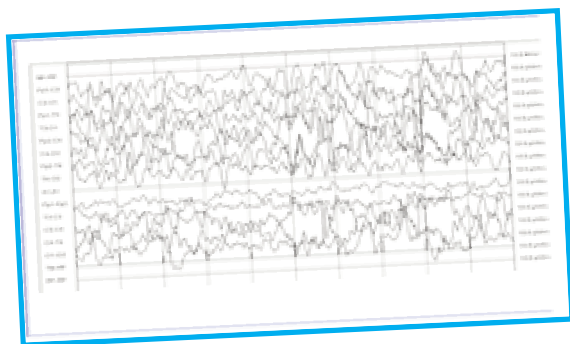


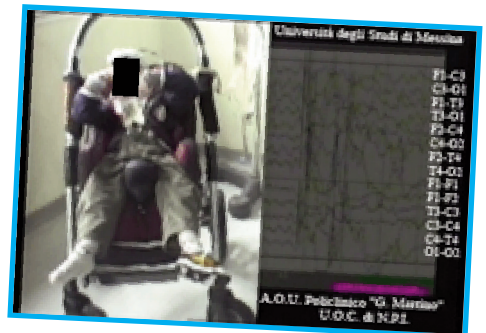
Fig. 1. Pattern EEG di ipsaritmia

ca ad esordio precoce non definita sul piano eziologico, reclutate in centri di riferimento nazionali, è stata identificata una nuova mutazione a carico della regione codificante del gene proprio nella paziente reclutata presso la nostra Neuropsichiatria Infantile ( Bettella E&Di Rosa G et al. *Clinical Genetics*, 2013). Questo riscontro, accanto all'evidenza di una epilessia severa e marcata disfunzione del neurosviluppo in una femmina, conferma la poliedricità del fenotipo associato. Il gene CDKL5 è localizzato sul cromosoma Xp22.3 e la sua espressione nel cervello murino appare in overlap con quella del gene associato alla sindrome di Rett classica, MeCP2 (\*300005), forse coinvolto in meccanismi di regolazione dell'espressione genica, critici durante la maturazione neurale e la sinaptogenesi fetale. CDKL5 possiede attività kinasica, è capace cioè di autofosforilarsi e, al tempo stesso, di mediare la fosforilazione del gene MeCP2, processi per i quali i due geni potrebbero appartenere al medesimo pathway molecolare. Evans et al (2005) hanno descritto 14 pazienti con mutazioni CDKL5 che presentavano all'esordio crisi toniche neonatali e/o spasmi infantili ed ipsaritmia e successivamente epilessia generalizzata con crisi tonico-cloniche e mioclonie. Contrariamente al gene ARX, non sono riportate malformazioni cerebrali in pazienti con mutazioni del gene CDKL5. Le mutazioni del gene CDKL5 nei soggetti di sesso femminile sono state descritte recentemente in associazione a varianti della sindrome di Rett, con encefalopatia epilettica a esordio precoce; rari casi di maschi con mutazioni del gene CDKL5 sono comunque descritti in letteratura. Il nostro gruppo di ricerca, per la prima volta, ha riportato il caso di un paziente maschio, ma con cariotipo 47,XXY, con grave cerebropatia ed epilessia severa, ad esordio precoce, avente un'ampia mutazione che compromette la regione COOH-terminale del gene, cruciale per l'appropriata localizzazione sub-cellulare della proteina (Sartori S& Di Rosa G et al. *American Journal of Medical Genetics Part A*, 2009). Il paziente è attualmente in follow-up presso il centro di riferimento per la Rett della nostra unità operativa, in atto 12enne, gravemente compromesso, riuscito a sopravvivere a questa deleteria mutazione, "grazie" al suo X sovrannumerario.

Collaboriamo in un ampio studio multicentrico nazionale, coordinato dall'Università di Padova e disegnato allo scopo di investigare il ruolo patogenetico dei due geni, ARX e CDKL5, in pazienti reclutati in 5 centri italiani di Neuropsichiatria Infantile e Neurologia Pediatrica, compreso il nostro, per definire gli aspetti clinici ed elettroencefalografici più salienti.

Su 80 soggetti analizzati, 6 hanno presentato una mutazione del gene CDKL5, 5 femmine ed un maschio 47,XXY, della nostra unità operativa. In 3 soggetti maschi è emersa una mutazione del gene ARX. I quadri clinici riscontrati nei pazienti con mutazioni del gene CDKL5 comprendevano forme di epilessia severa ad esordio neonatale o infantile con crisi polimorfe includenti sia spasmi infantili che crisi cloniche o toniche focali o generalizzate tonico-cloniche, con marcata compromissione neurologica ed ipotonia. In alcuni pazienti emergeva, come nel nostro, un fenotipo Rett-Like con stereotipie manuali e disordini autonomici. Anche il quadro elettroencefalografico ha mostrato caratteristiche costanti nella popolazione in studio, tali da configurare un pattern complesso ed evolutivo che non può essere semplicemente descritto come ipsaritmico, ma come un tratto distintivo, altamente suggestivo, di mutazione del gene CDKL5. I pazienti infatti esordivano con tracciati normali o con isolate anomalie focali e successivamente mostravano progressivo deterioramento elettrografico, entro i primi 2 anni di vita, con comparsa di anomalie periodiche, ipervoltate, diffuse (Fig.2). Per quanto riguarda invece i 3 pazienti con mutazione del gene ARX, di questa stessa ampia serie, tutti avevano presentato esordio neonatale e quadro compatibile con una forma severa di encefalopatia epilettica, detta sindrome di Ohtahara; diversamente dalla nostra paziente, descritta in un altro report, che aveva presentato esordio infantile del quadro elettroclinico (Sartori S et al. *Pathogenic role of the X-linked cyclin-dependent kinase-like 5 and aristaless-related homeobox genes in epileptic encephalopathy of unknown etiology with onset in the first year of life. J Child Neurol*, 2011).

Acquisiti i punti chiave del fenotipo, clinico ed elettroencefalografico, associato a questi due geni, supportati anche da altri report presenti in letteratura, abbiamo stabilito quali potessero essere le indicazioni cliniche allo studio molecolare in pazienti, maschi e femmine, indirizzandone in maniera specifica il profilo diagnostico. Il modello offerto da questi due geni, come è già avvenuto per altri, più noti e ormai definiti da oltre un decennio, è esemplificativo di come rapidamente proceda l'identificazione di nuovi fenotipi in questa sezione delle neuroscienze. Nei prossimi anni infatti la prospettiva potrebbe essere quella di disporre di plurime possibilità diagnostiche e di counseling prenatale, al fine di preconstituire interventi di presa in carico e di trattamento nei pazienti con problematiche neuroevolutive complesse. ■



*Fig. 2 Video-EEG critico registrato in corso di spasmi tonici ai 4 arti in un paziente con sindrome di Rett variante e mutazione del gene CDKL5*



*\*medico, ricercatore e docente.  
Opera presso diversi Poliambulatori;  
presidente dell'Associazione Italiana di Medicina Sistemica*

Salute significa  
stabilità  
dinamica

# La medicina SISTEMICA

La medicina sistemica® suggerisce un innovativo modello della relazione salute/malattia/guarigione e una revisione strategica dell'orientamento diagnostico-terapeutico, particolarmente utile nelle patologie croniche.

Nella visione della medicina sistemica l'essere umano è un insieme complesso di cellule tra loro funzionalmente interconnesse, integrate e organizzate in diversi livelli gerarchici di complessità, dove ogni livello mostra proprietà emergenti che non esistono a livello inferiore. Cellule organizzate a formare tessuti, tessuti a formare organi e funzioni, organi a formare organismi, organismi a generare sistemi sociali ed ecosistemi. Sistemi cellulari complessi in collaborazione e comunicazione continua, finalizzata al mantenimento di un obiettivo comune rappresentato dalla sopravvivenza.

La vita e la salute, per la medicina sistemica, sono il risultato di una condizione di stabilità dinamica generata dalla nostra capacità di adattarsi costantemente agli stimoli ambientali interni ed esterni e di mantenere la stabilità dei sistemi fisiologici per mezzo del cambiamento (allostasi).

La risposta adattativa allo stimolo stressogeno ambientale (cibo, respiro, relazioni con ecosistema, dialogo interiore, rapporti sociali) si basa sui fisiologici meccanismi di reazione infiammatoria che comportano sia variazioni dell'assetto neuroimmunoendocrino sia influenze sui processi metabolici di produzione energetica e di ricambio plastico con modificazione nel tempo anche dello

stato nutrizionale. In risposta alle sfide dell'ambiente la reazione infiammatoria può assumere caratteri fisiologici (stato allostatico e carico allostatico) oppure disfunzionali (sovraccarico allostatico) sia in sede locale che a livello sistemico (infiammazione cronica sistemica di basso grado).

Se accade che uno stimolo stressogeno persista oppure che molteplici stimoli deboli si sommino nel tempo, la reazione infiammatoria cronica comporta progressive alterazioni flogistico-metaboliche (FLOGOTIPOLOGIA®) e dello stato nutrizionale (BIOTIPOLOGIA DISNUTRIZIONALE®).

Riassumendo: nella visione della medicina sistemica il modello di riferimento diagnostico è direttamente correlato alla identificazione della fase di reazione e regolazione infiammatoria.

Per questi motivi, la Medicina Sistemica raccomanda una pratica medica che non si limiti ad operare sulla fisiologia periferica o sul "tipo" di elementi del sistema (struttura genetico-costituzionale), ma che proponga inter-

venti "sistemici", cioè sulle proprietà dell'intero "sistema-uomo", in grado di agire sui processi: interazioni con l'ambiente (metabolismo), adattamento (sistema psico-neuroimmunoendocrino), relazioni (apprendimento, rappresentazioni e memoria, emozioni e modello cognitivo), "input" esterni (stressori) ed energia fornita (alimentazione, respirazione).

[www.medicinasistemica.it](http://www.medicinasistemica.it) ■





Urge la creazione di un percorso per promuovere stili di vita salutari

Vampate, insonnia, cattivo umore, fragilità ossea, scarso desiderio sessuale, ipertensione....la transizione menopausale segna un momento di svolta nella vita delle donne. Un momento che non era naturale per le nostre antiche ave, che mediamente morivano in epoca post-fertile ma che oggi consideriamo fisiologico.

Un evento che non è sperimentato da tutte nello stesso modo poichè i molteplici aspetti psicologici,biologici,socioculturali,lavorativi sembrano aver ragione della diversità della popolazione.

La qualità di vita in terza e quarta età oggi sappiamo essere il risultato di scelte di vita operate già nell'infanzia: ambiente, dieta, attività fisica, esercizio mentale, prevenzione delle malattie, farmaci, tempo per l'amore e le amicizie influenzeranno il nostro benessere. Il management del periodo perimenopausale e menopausale sembra esse-

re il fattore chiave per un invecchiamento sano delle donne.

Raramente si analizza l'impatto della sintomatologia del periodo di transizione menopausale sulla società, sia in modo diretto che in modo indiretto.

Una gran parte della popolazione femminile in età menopausale è

oggi inserita nel mondo del lavoro e deve continuare a lavorare mediamente per ulteriori 15 anni prima di poter giungere all'età pensionistica. L'impatto della sintomatologia da estrogeno-privazione, finora considerata solo nell'ambito del peggioramento della qualità di vita della donna o al massimo della coppia, ha un risvolto importante anche sul ruolo lavorativo, alterando l'efficienza e la produttività: si stima che la produttività possa essere ridotta fino al 20% in epoca peri/post menopausale. Ciò acquista particolare importanza in considerazione del fatto che un adolescente di oggi ha la possibilità di vivere circa la metà della sua vita in menopausa.

Urge allora la creazione di un percorso "salute in peri/postmenopausa", che abbia come target le donne alla fine della età riproduttiva e abbia, come obiettivo generale, il miglioramento della qualità di vita, la promozione di stili di vita salutari e la prevenzione dei tumori oltre che delle patologie non

comunicabili quali ad esempio la patologia cardiovascolare, oggi considerata il maggior Killer delle donne.

Obiettivo specifico è quello di incrementare il numero delle donne che possa accedere ad un counselling specifico aderendo ad una offerta attiva sul territorio e partecipando a "Corsi di accompagnamento alla Menopausa", per contenere l' "aspettativa di malattia" che rischiano oggi le "nuove donne".

Ciò rende necessario una redistribuzione delle risorse ed una riorganizzazione dei servizi socio-sanitari che devono considerare la donna, non un contenitore di organi da sottoporre a screening, ma una donna nella visione olistica della persona, per pianificare strategie terapeutiche personalizzate. Necessita, identificare ed eventualmente creare, sul territorio dei centri di riferimento per la prevenzione e la personalizzazione delle cure necessarie alle donne in epoca peri/postmenopausale, assicurando una assistenza integrata e continua. La promozione di "Corsi di accompagnamento alla menopausa" costituisce un'opportunità di innovazione culturale e professionale, rappresenta un campo di sfida sulle politiche sanitarie del prossimo futuro, e può mantenere vivi i presupposti di equità ed etica che hanno contraddistinto il sistema sanitario italiano. Superare vecchi stereotipi e pregiudizi ed imparare l'arte di invecchiare oggi rappresenta una necessità sociale. ■



## Come gestire L'EFFETTO MENOPAUSA



**lisciotto\***

\*Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana

Sentimento  
povero e che  
rende i giovani  
poveri

Molti ragazzi oggi soffrono di accidia, un sentimento povero o che li rende poveri, una condizione che annienta la mente e fa scivolare, chi la subisce, in uno stato di confusione e passività. L'accidia è più che noia, più che apatia, è piuttosto uno stato in cui i desideri sembrano irrimediabilmente imbalsamati.

Non è difficile, interrogando gli adolescenti, avvertire che sono attraversati da un pervasivo stato d'inazione che li blocca e li disorienta. Da non confondere con la perplessità, col dubbio che, viceversa, hanno la qualità di sviluppare la capacità di pensare, di produrre conflitti a carattere evolutivo e possono sprigionare la creatività, l'accidia è un sentimento "morto". Affetti da accidia i "figli" del nostro tempo, sembra abbiano una grande difficoltà a riconoscere l'aspetto più vitale e sconvolgente della loro esistenza, anche quello drammatico. Tutto sembra per loro ininfluente.

La loro vita, infatti, procede senza scossoni, senza entusiasmi, senza passioni, dentro scatole virtuali (i vari network, i giochi virtuali, gli scambi di chat).

Le loro comunicazioni sembrano si riducano a dei twitt, cinguettii virtuali e i loro scambi vengono veicolati da un "mi piace" anonimo che, tuttavia, diventa specchio dell'accettazione del gruppo virtuale, spesso sconosciuto e irraggiungibile. Una new generation che viene lanciata, quasi "sparata" nello spazio, come l'immagine, triste e patetica, della circense donna cannone, spinta verso obiettivi fantasmagorici, da raggiungere ora e subito, prima che sia troppo tardi, prima che si perda un posto d'eccellenza nell'Europa della globalizzazione. Nonostante le apparenze, la nostra società, sempre più, sembra avere tutte le caratteristiche di un sistema antidemocratico, nel quale "passa" un messaggio subliminale, (ed è questo l'aspetto insidioso), un messaggio illusorio, di cooperazione e confronto. Piuttosto vince la rivalità senza scrupoli, mentre manca, il più delle volte, la valorizzazione delle unicità dell'individuo e prevale la massificazione dei talenti, secondo le esigenze del sistema economico. Una globalizzazione, sì, dei sentimenti.

Come agisce tutto ciò nell'organizzazione della personalità degli adolescenti?

Da un punto di vista clinico, a mio parere, l'accidia si trova a metà strada tra lo stato depressivo e una problematica dello spettro narcisistico. La società, come già sottolineato, col suo assetto depressivo o maniacale, spesso "chiama" l'individuo, implicitamente e esplicitamente, a rispondere ai bisogni narcisistici del Sistema (efficienza, produttività, potere, successo a ogni costo, eccellenza).

Uno degli aspetti dell'accidia è anche il timore di non essere all'altezza delle richieste e delle aspettative della società. L'accidia diventa allora una forma difensiva che l'adolescente pone in essere per sottrarsi alle richieste di un Sistema avvertito come vampirizzante il proprio sé. È una soluzione parziale che li solleva dal confronto e dal giudizio, una maniera per sottrarsi dalla valutazione alla quale, i ragazzi, non si sentono pronti o che sopravvalutano. Aggiungo che, effettivamente, le richieste della società, attuale, contengono, molto spesso, un messaggio alienante e ambiguo. Se da un lato si continua a ribadire l'esistenza di una crisi economica ai piedi della quale cade ogni aspirazione giovanile e crolla qualsiasi progettualità, dall'altro si alimenta l'idea di diventare manager strapotenti e straricchi. L'accidia diventa allora l'unico modo per proteggere e mettere in sicurezza la parte segreta del sé, le proprie aspirazioni, l'originalità delle proprie idee, a costo di non farli mai venire alla luce. In questo caso, l'accidia potrebbe collocarsi tra i sintomi clinici e divenire un vero e proprio stato mentale che, gradualmente e insidiosamente caratterizza l'organizzazione della personalità di molti adolescenti e ne rende adulti irrisolti senza che abbiano potuto (o voluto) misurarsi con la gioia e la sofferenza. L'"accidia sociale" è pertanto il risultato di una società che sembra, oggi, intubare i propri figli attraverso un transito di messaggi, concreti e subliminali, non spendibili per un progetto di benessere e di realizzazione. Piuttosto accade che subentra in loro una rinuncia non solo a coltivare le loro passioni ma anche a frequentarle. Pur tuttavia, l'accidioso soffre... come se fosse abortita la sua stessa esistenza. E a questo, noi tutti, dobbiamo prestare ascolto. ■

## L'accidia **SOCIALE**







Cominciò a lavorare giovanissimo a Roma, Napoli e in Calabria. A lui è dedicata una via

Abbiamo scritto precedentemente su Antonello da Messina, pittore che da sempre ricorda la nostra città con il suo nome e la sua indubbia bravura. Altresì è anche giusto ricordare in questa rubrica, sempre in maniera sommaria, il pittore Onofrio Gabriele nato a Gesso, villaggio collinare di Messina nell'aprile del 1619 da Giovanni, medico e giurista e da Francesca Sardo. Nello stesso paese è nato Ettore Castronovo, già citato in un numero precedente, luminare della Radiologia. Essi sono esempi di ritrovati valori storico-culturali della nostra provincia. Il giovane Onofrio fu indirizzato dal padre verso gli studi letterari e giuridici, ospite di uno zio a Messina, ma con scarsi risultati. Seguendo la sua inclinazione artistica frequentò per sei anni la bottega di Antonio Alberti, detto il Barba-longa, collaboratore del Domenichino. Il nostro artista cominciò a lavorare giovanissimo

## ONOFRIO GABRIELE

### Pittore messinese



Un dipinto di Onofrio Gabriele

in Calabria e poi a Napoli ed a Roma, dove si stabilì, entrando nella famosa scuola di Pietro da Cortona, collaborando con, Nicola Poussin, pittore francese. In quel periodo il senato Messinese gli commissionò una pala d'altare, andata perduta "La Vergine della sacra lettera che benedice la città di Messina", prima esposta a Roma nella chiesa di Santa Maria d'Istria, sede della comunità messinese nella capitale e poi collocata nel palazzo senatorio di Messina. Andò a Venezia facendo sodalizio con un altro pittore messinese, Domenico Maroli, del quale si conserva nel museo regionale di Messina una tela "Estasi di S. Pietro d'Alcantara" di ottima fattura. A Padova il Gabriele entrò a servizio del Conte Antonio Maria Borromeo in qualità di maestro di pittura dei figli.

Dipingere in questo periodo una meravigliosa tela "Elia fa scendere dal cielo il fuoco miracoloso" esposta nella chiesa di Santa Maria del Carmine a Padova. Ritornò a Messina nel 1651 dando inizio ad un periodo di intensa attività pittorica, anche se molti suoi dipinti andranno perduti. Realizzò "La Madonna del Soccorso" per la chiesa di San Francesco di Paola, attualmente ospitata nel Museo Regionale. A Messina si può ammirare nella Chiesa parrocchiale Stella Maris di Minissale "Il martirio di Santa Margherita" di notevole bellezza e "San Giorgio e il drago" ed "San Francesco di Paola" esposte in due chiese di Monforte S. Giorgio nel messinese. Altre opere si trovano in chiese di Milazzo, Siracusa, Randazzo, e nel Veneto (Padova, Venezia, Cittadella, Montagnana). Fu costretto ad andare in Francia per la repressione spagnola a Messina dove ritorna dopo tante peregrinazioni. Veramente artista prolifico e di alta qualità meritava maggiore notorietà, negata anche per la dispersione dei suoi quadri, la conoscenza del GABRIELE resta affidata esclusivamente alle opere di carattere religioso. Ma comunque l'artista costituisce un precedente arcadico della pittura messinese del primo settecento e come scriveva il suo grande bibliografo SUSINNO "operava lasciando da per tutto... memorie del suo pennello".

Morì a Gesso il 26 Settembre 1706 e fu sepolto nella chiesa del convento di San Francesco di Paola.

E' intitolata una via a suo nome sopra Piazza Castronovo. ■

## La Medicina tra aforismi massime e pensieri

a cura di **Vittorio Nicita Mauro**

Fortunato quel marito che ha una donna gentile: avrà lunga vita.

Bibbia, Siracide

\*

Siccome una giornata bene spesa dà lieto dormire, così una vita bene usata dà lieto morire.

Leonardo da Vinci, pittore e scienziato, 1452-1519

\*

Il nostro tempo è limitato, per cui non lo dobbiamo sprecare vivendo la vita di qualcun altro. Non facciamoci intrappolare dai dogmi, che vuol dire vivere seguendo i risultati del pensiero di altre persone. Non lasciamo che il rumore delle opinioni altrui offuschi la nostra voce interiore.

Steve Jobs, imprenditore e informatico statunitense, 1955-2011



A Messina dal 5 al 7 novembre presso le aule del Centro Congressi dell'A.O.U. Policlinico "G.Martino" si svolgerà il I corso laboratorio di eco color doppler vascolare, Il corso, che vuole rappresentare un momento di aggiornamento professionale di alto livello è accreditato per ECM ed è aperto a medici di medicina generale, angiologi, cardiologi, neurologi, internisti, chirurghi generali e vascolari.

Si tratta di un corso laboratorio di eco-color doppler vascolare dedicato all'insegnamento delle indagini diagnostiche più

recenti per le patologie delle carotidi e delle vertebrali e per le malattie arteriose e venose degli arti inferiori.

Il corpo docente è coordinato dal Prof. Giuseppe Navarra (Direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale, Oncologia e Anatomia Patologica dell'Università di Messina). I responsabili Scientifici del corso sono il Dott. Biagio Bonfiglio (A.O.U. di Messina), la Dr.ssa Angela Conti (Cosenza) e il Prof. Federico Annoni (Università di Milano).

Scopo del corso teorico-pratico di eco color Doppler vascolare è un aggiornamento professionale sull'esecuzione e l'interpretazione dei dati morfologici ed emodinamici forniti dall'esame e sulla compilazione di un referto corretto. Le sedute scientifiche del corso sono divise in due parti. Una prima parte si terrà in aula e tratterà con alcune lezioni gli aspetti clinici ed applicativi degli esami eco Doppler. Nella seconda parte della seduta i corsisti verranno divisi in gruppi e seguiranno i relatori ed altri esperti nell'esecuzione degli esami proposti nella parte teorica.

La parte pratica riguarderà il settaggio dell'apparecchiatura, il posizionamento della sonda, la scelta del piano di scansione, l'acquisizione delle informazioni ecografiche, del Doppler pulsato e della mappa a colori del flusso. A conclusione della seduta, si compileranno i referti tipo per le varie patologie.

Verranno trattati argomenti di grande attualità scientifica tra cui la diagnostica delle lesioni ischemiche degli arti inferiori, le stenosi carotidee e le sue conseguenze, l'ischemia transitoria e l'ictus, individuando le possibilità della terapia medica, della chirurgia e dei trattamenti endovascolari con stent.

Un altro argomento a cui verrà dedicata molta attenzione è quello della malattia venosa cronica, delle trombosi venose e dell'embolia polmonare, alla luce di una diagnostica doppler sempre più efficace e capace non solo di sostenere la terapia, ma anche di ottenere migliori risultati nella fase preventiva.

Per informazioni e iscrizioni contattare la segreteria organizzativa FC EVENTI s.r.l. Vicolo Posterla 20/2A - 40125 Bologna - Tel. 051.236895 - Fax 051.2916933 e-mail: info@fc-eventi.com www.fc-eventi.com. ■

Il 5, 6 e 7 al  
Centro Congressi  
del Policlinico  
il primo aggiorn-  
amento  
professionale

## Eco Color Doppler Vascolare corso a novembre



Angela Conti, sopra  
Biagio Bonfiglio  
e Federico Annoni;  
in alto, Giuseppe  
Navarra

Presentato a Milano  
il volume curato  
da Massimiliano  
Cavaleri



A.M.M.I.  
Sez. di Messina



Il 4 Settembre all'Expo di Milano, nell'ambito delle iniziative promosse dal Parco dei Nebrodi, è stato presentato dalla Sezione di Messina dell'Ammi, guidata dalla

Presidente  
Avv. Fran-  
cesca De  
Domenico  
Leonardi,  
il volume  
di ricette  
che rac-  
chiude le

## A EXPO l'Ammi con il libro "La Ricetta del Sindaco"

migliori prelibatezze autoctone descritte dai 108 Sindaci, improvvisatisi cuochi per un giorno.

E' stata pubblicizzata la Sicilia e le sue tradizioni gastronomiche, strettamente legate alla tipicità del territorio ed all'arte culinaria della cucina nebroidea, sobria ed essenziale e

particolarmente legata alle produzioni tipiche locali, che presentano alcune eccellenze come i prodotti caseari ed i derivati dal suino nero.

Particolarmente gradita è stata la ricetta del Sindaco di Sinagra, il cosciotto del suino nero, degustato dal numeroso pubblico presente che ha plaudito l'iniziativa

complimentandosi con il cuoco.

La ricetta è stata presentata anche in lingua inglese dalla Vice Presidente della sezione messinese dell'AMMI, Prof.ssa Rosellina Zamblera Crisafulli,



Francesca De Domenico  
Leonardi e Rosellina  
Zamblera Crisafulli.  
In alto, con  
Giuseppe Antoci





*Francesca De Domenico Leonardi intervistata da Onda Tv. In alto, De Domenico e Crisafulli col cuoco coinvolto*

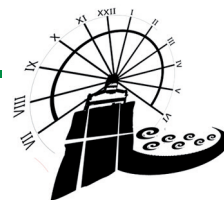
al fine di soddisfare anche le esigenze dei visitatori stranieri.

Particolarmente soddisfatto il Presidente del Parco dei Nebrodi, Dott. Giuseppe Antoci, che si è complimentato con l'AMMI per aver permesso, con la presenza del sodalizio messinese, la rappresentanza della Città peloritana all'Expo ma anche per aver trasformato i Sindaci in cuochi per un giorno, iniziativa molto gradita al numeroso pubblico presente. Le ricette presentate, raccolte nel libro "La ricetta del Sindaco", curato dal giornalista Massimiliano Cavaleri, per la prima volta in Italia legano i Primi Cittadini all'arte culinaria descrivendo le migliori prelibatezze autoctone: 108 comuni, 108 sindaci e 108 ricette.

Le pietanze, nel volume di Cavaleri, sono solo un pretesto per intraprendere un percorso di conoscenza dei borghi, un viaggio nel patrimonio storico e culturale, tra sapori e costumi di tanti piccoli Paesi siciliani.

Il libro racconta la provincia di Messina attraverso la tradizione gastronomica e, grazie all'iniziativa dell'AMMI di Messina, è stato presente anche all'Expo di Milano, dove, in un contesto internazionale e multietnico, sono state messe in luce le migliori e più rappresentative prelibatezze della nostra Sicilia, dove il cibo "non è solo un alimento ma rappresenta una vera e propria identità". ■





Grande occasione di confronto tra popoli e culture

Un evento è sempre un evento e aldilà delle ragioni dei detrattori che hanno puntato il dito sulla corruzione, sulla cementificazione, sulla precarietà dei posti di lavoro, sugli investimenti e sulla scelta degli sponsor, (che meriterebbero un discorso a parte), Expo rappresenta una grande occasione di confronto tra i popoli e l'opportunità unica di allargare i nostri orizzonti culturali diventando una piattaforma di confronto, di idee e soluzioni condivise sull'alimentazione. Il tema "Nutrire il pianeta, energia per la vita", rappresenta una scommessa su cui può giocarsi il futuro dei nostri figli, è l'occasione per discutere sulle contraddizioni del nostro mondo, sulla qualità e la sicurezza del cibo, su come eliminare sete e fame, malnutrizione e obesità, è l'occasione per rilanciare tradizioni alimentari, sostenibilità, biodiversità e biotecnologie. Il sito con i suoi 1,1 milioni di metri quadri, rappresenta un'esposizione-giardino con più di 12 mila alberi, giochi di acqua e un canale che circonda tutta l'area. Su i due grandi viali principali, il Decumano e il Cardo, si affacciano i padiglioni dei paesi partecipanti; le costruzioni realizzate da oltre 500 architetti, che hanno fatto a gara per lasciare un segno di originalità, seguono criteri di efficienza energetica e sostenibilità e, smontabili possono essere riutilizzabile alla fine dell'evento. Visitarlo per bene forse ci vorrebbero dai tre a quattro giorni, quindi cercherò di darvi delle indicazioni di massima per affrontare questa armoniosa maratona lungo i viali dell'Expo. Scarpe comode, piccola borraccia che potete riempire con acqua naturale o frizzante dai numerosi dispenser presenti, e molta, molta pazienza. Tutto è un tripudio di colori, forme, suoni e odori. I padiglioni sono molto belli e fare una classifica rischerei di essere parziale o di dimenticarne qualcuno. Quindi sono solo consigli di metodo: visitare molti padiglioni con poca fila oppure puntare su quelli più gettonati e belli dove però le file a volte sono veramente lunghe (1-2 ore di attesa). Obbligatorio visitare Padiglione Zero, che racconta la storia dell'uomo sulla terra attraverso il suo rapporto con il cibo; Il Padiglione Italia che mette in mostra le eccellenze italiane: la cultura e le tradizioni nazionali legate al cibo; il padiglione è ricoperto da un cemento prodotto da Italcementi che ha proprietà fotocatalitiche: a contatto con la luce del sole cattura gli inquinanti presenti nell'aria e li converte in sali inerti, e la malta utilizza per l'80% aggregati riciclati. L'Albero della Vita, da un disegno di Michelangelo che realizzò un pavimento dalla struttura complessa e simbolica che, partendo da un disegno a losanghe, culminava in una stella a dodici punte indicante le costellazioni; da questo disegno il direttore artistico di Padiglione Italia, ha mutuato la forma dell'Albero della Vita in una grandiosa costruzione a metà tra monumento, scultura, installazione, simbolo della Natura Primigenia. Il padiglione Cinese che riproduce le onde di grano con un tetto realizzato in bambù da cui filtra la luce naturale. Aree multimediali che danno significato alla cultura e alle produzioni agricole del paese. Il padiglione degli Emirati Arabi con un ingresso di 140 metri e un muro di 12 metri (una sorta di canyon di sabbia) che con l'uso di tablet che consegnano all'ingresso si può animare oggetti lungo il percorso; un'oasi di tre piani tra palme e acqua con un orto nel tetto. Il padiglione del Brasile, uno dei più visitati, che con la sua rete, che obbligatoriamente bisogna percorrere/arrampicarsi per entrare, è dotata di sensori che riproducono i suoni della foresta amazzonica. Il padiglione del Regno Unito che con la realizzazione di un gigantesco alveare in metallo e in collegamento con un vero alveare situato in Inghilterra, sottolinea l'importanza delle api per tutto l'ecosistema. Il padiglione del Giappone con un percorso che dura un'ora, colpisce per quei 17.000 pezzi di legno che fanno filtrare la luce in modo molto particolare. E poi ancora Argentina, Messico, Francia, Kazakistan, Russia, Thailandia, Kuwait e tanti e tanti altri ancora da far girare la testa. Ognuno con le sue prelibatezze e i suoi ristoranti tipici. E così mentre i miei amici sono in fila nel padiglione dello Zimbabwe per assaggiare la carne di coccodrillo, io lungo il Decumano mi gusto, da una bancarella dell'America del Sud, il "Frutto della Passione" o Maracujà. Io all'Expo ci sono stato e ci ritornerei volentieri perché fare il giro del mondo in una giornata è davvero entusiasmante. ■



## EXPO un evento

Frutta esotica all'EXPO; in alto, Carota è vita





La preparazione domestica di conserve alimentari è un'abitudine diffusa nel nostro Paese che affonda le radici nella tradizione rurale e rivive oggi, attingendo al bagaglio delle conoscenze tramandate di generazione in generazione, un momento di felice riscoperta da parte soprattutto dei giovani che con la voglia di cimentarsi nella sperimentazione di nuove soluzioni, si azzardano in nuove ricette "light".

Queste pratiche prevedono un utilizzo di dosi più basse di agenti protettivi come lo zucchero, l'aceto, il sale in nome di una alimentazione più "leggera" ritenuta, in questo caso a torto, protettiva nei riguardi delle malattie. Una sorta di "avventurismo gastronomico che porta all'uso di pratiche di conservazione e trasformazione ad alto rischio igienico, dal crudismo alle "cotture" a freddo, dagli ingredienti etnici, agli additivi acquistabili anche in centri commerciali" (Antonello Paparella).

Le conserve preparate in casa o artigianalmente, se non rispettano le misure igieniche "elementari", che sono alla base della prevenzione, possono essere causa di tossinfezioni alimentari, tra cui il botulismo gravissima malattia dove la tossina prodotta dal batterio Clostridium botulinum, provoca disturbi gastrointestinali e quadri neurologici di paralisi, che possono causare la morte del paziente per il blocco dei muscoli respiratori.

Ogni anno, in Italia, si verificano 20-30 casi di botulismo, per i quali sono necessari trattamenti in terapia intensiva, con respirazione assistita, e con la somministrazione del siero antitossinico, che il Ministero della Salute acquista e distribuisce agli ospedali, alla notifica di un caso sospetto.

"Linee Guida per una Corretta Preparazione delle Conserve Alimentari in Ambito Domestico" sono state approntate dal Centro Nazionale di Riferimento per il Botulismo (CNRB) presso il Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con il Ministero della Salute, la facoltà di Bioscienze e Tecnologia Agro-alimentari e Ambientali dell'Università degli Studi di Teramo e con il Centro Antiveneni di Pavia, e sono scaricabili dal sito [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2176\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2176_allegato.pdf).

Se ne raccomanda una attenta lettura e divulgazione! ■

"Il recupero delle antiche tradizioni alimentari e culinarie non può prescindere dalla sicurezza, intesa come valutazione ed eliminazione del rischio" (Dino Mastrocola)

## REGOLE per le Conserve alimentari



## Indovina e VINCI

Gioca con i nostri enigmi

43) La prima sorse nel cinquecento mentre la seconda fu edificata nel seicento, ma l'attuale forma è del novecento dopo che il sisma portò distruzione e sgomento. Il Samperi raccogliendo un'antica tradizione ci racconta l'origine di tale devozione, un vascello bloccato da un'insolita corrente aveva un quadro scampato agli iconoclasti d'Oriente. L'imbarcazione poté continuare a navigare solo quando il simulacro sulla terra si poté fermare, e sistemata in una grotta vicino alla marina divenne luogo di culto per i pescatori di Messina.

Il tempio per tre volte fu edificato con un corpo aggiunto su un lato conservando però la forma rotonda e rimanere altera sulla "cresta dell'onda". Nel seicento l'icona greca della tradizione cedeva il posto a pastori in adorazione, che del Maroli furono la punta dell'espressività facendone un capolavoro della Natività. Recentemente vestito ha cambiato non più il carminio ha indossato, oggi risplende con il suo bianco candore facendosi faro all'occhio del pescatore.

RISULTATI NUMERO QUARTO / 2015

42) EREMO MADONNA DI TRAPANI ■



*Desidererei avere informazioni su una nota esplicativa del Ministero della Salute successiva alla pubblicazione delle Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica. Grazie*

### Email firmata

*Il Ministero della Salute il 16 giugno u.s. ha pubblicato una nota esplicativa inerente alla "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica" emanate con decreto dell'8 agosto 2014 e pubblicate sulla G.U.R.I. n. 243 del 18 ottobre 2014. Dall'esame della nota si rileva che nulla è innovato rispetto alle sopracitate Linee guida. Permane l'obbligo della certificazione per:*

- 1. gli alunni che svolgono attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalle scuole al di fuori dall'orario di lezione*
- 2. coloro che fanno sport presso società affiliate alle Federazioni sportive nazionali e al Coni (ma che non siano considerati atleti agonisti)*
- 3. chi partecipa ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.*

*La nota risponde alle richieste di chiarimenti in ordine alla sussistenza o meno dell'obbligo della certificazione per coloro che svolgono attività sportive non agonistiche organizzate dal Coni, da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate e agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal Coni.*

*La nota specifica che per "coloro" si intendono le "persone fisiche tesserate" e che le "definizioni riguardano esclusivamente i tesserati in Italia". Appare importante sottolineare che, ad ogni buon conto il Coni provvederà entro il 31 otto-*

*bre 2015 a fornire idonee indicazioni alle Federazioni sportive nazionali per distinguere tra le diverse tipologie di tesseramento, in modo da limitare l'obbligo di certificazione ai "tesserati che svolgono attività sportive regolamentate" ed esonerare i tesserati "che svolgono attività sportive che non comportano impegno fisico" e quelli che "non svolgono alcuna attività sportiva".*

*Rimane, confermato che i medici che possono rilasciare i certificati medici per l'idoneità all'attività sportiva non agonistica sono i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, relativamente ai propri assistiti, o i medici specialisti in medicina dello sport ovvero i medici della Federazione medico sportiva italiana del Comitato olimpico nazionale italiano.*



*Si ribadisce, inoltre, che non sussiste obbligo di certificazione per chi esercita attività ludico-motoria.*

*Più precisamente - precisa la nota - per attività ludico-motoria si intende l'attività praticata da soggetti non tesserati alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal Coni, individuale o collettiva, non occasionale, finalizzata al raggiungimento e mantenimento del benessere psico-fisico della persona, non regolamentata da organismi sportivi, ivi compresa l'attività che il soggetto svolge in proprio, al di fuori di rapporti con organizzazioni o soggetti terzi. ■*