

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, Antonino Fiumanò,
Giuseppe Giannetto, Rita La Paglia, Giovanni Pulitano,
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

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

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
Sicilia Post SRL

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



sommario

- 2 L'editoriale
- 4 Infezioni da **meningococco** e prevenzione
- 6 **La Cartografia di Laokoonte**
- 7 Intervista al nuovo direttore del **Policlinico**
- 8 **Terapia antalgica** all'IRCCS Neurolesi - Piemonte
- 9 **"Medici in scena"** artisti per solidarietà
- 10 Correlazione tra **HMGB1** e stress **ossidativo**
- 13 Il vissuto nella **malattia oncologica**
- 13 **La Vignetta**
- 14 **Cefalee e depressione:** risvolti clinici e sociali
- 15 Dall'uomo delinquente alle **neuroscienze**
- 16 Nasce lo Statuto per le **società scientifiche**
- 16 **Pubblicità sanitaria** deve essere onesta e corretta
- 17 La legge Bersani favorisce il **turismo sanitario...**
- 18 Il percorso assistenziale della **coppia infertile**
- 19 **Slow medicine:** fare di più non significa fare meglio
- 19 **Indovina chi è**
- 20 Redazionale: **celiaci sì, ma con gusto**
- 21 Il cibo è salute: la **patata**
- 22 Cultura: **Andrea Calamech** architetto scultore
- 23 Trattamento con **PRP** in Ortopedia e Med. dello Sport
- 23 Galati Mamertino, encomio per **Domenico Buda**
- 24 **Urologia** esperti a confronto a Erice
- 25 **Cure palliative a domicilio**, nodo di svolta
- 25 **Carcinoma prostata:** focus sulle innovazioni
- 26 **Attività oncologiche:** consuntivi e prospettive
- 27 L'angolo della **poesia**
- 28 Ammi, presentato il libro **"Vieni a prendermi"**
- 29 FederSpev, **assistenza all'anziano**
- 29 **Mazzeo neo-presidente** AIDM Messina - Peloro
- 30 Tempo libero: **camper**, una libertà ritrovata
- 31 Spigolature: il supervampiro cioè il **superbatterio**
- 32 Angolo della **posta**

Manda i tuoi articoli a
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

Occidentali's dramma

"L'evoluzione inciampa
La scimmia nuda balla"
Occidentali's dramma



Uhm...uhm...



No, lo Stato ha un proprio percorso che quale che sia la realtà temporale non gli consente di abdicare e percorrere l'arbitrio, così come per chi ha attraversato il giuramento d'Ippocrate, non può recedere guidato dalla Pietas.

Non si può combattere per restituire la vita, per difendere i confini della Patria e impunemente fare parte della compagnia dei sicari della buona morte, durante la notte della ragione.

Lo Stato non ha il Ruolo per togliere, complice, la vita a nessuno, esso è la barriera che lo Spirito dell'Uomo ha eretto contro la barbarie sanguinaria, di chi non fa prigionieri, per risparmiare sul mantenimento, per non doversi vergognare di sostenere lo sguardo di chi, ferito, ti direbbe "finiscimi, ma non mi lasciare".

Ecco la vera Pietas, anche del laico, l'inginocchiarsi e tenere la mano e sostenere anche la famiglia del ferito, comunicandogli quella speranza che non ha più, comunicandogli la gioia di non essere solo in questa avventura sulla Terra, il mondo che abbiamo vestito noi di umanità per crescere accanto agli altri, accanto allo Spirito degli altri, non sulle spoglie degli altri.

Abbiamo la Legge, con i suoi strumenti, abbiamo anche gli uomini che cercano lavoro, che opportunamente preparati, in assenza di altre possibilità lavorative potranno contribuire, con un salario particolarmente studiato, al sostenimento di soggetti fragili, ponendo in opera i dovuti controlli e garantendo le interfacce gestionali con il mondo della sanità.

Ecco che compaiono le 100, 1.000, 10.000, 100.000 ore lavorative che necessitano per garantire il sistema.

Non l'elemosina di Stato, ma un lavoro onesto sul vero terribile, grande, nuovo, fronte di guerra: la retroguardia dei feriti a morte dal destino.

M. Cinquegrani ■

La vicenda del San Camillo ha animato le coscienze determinando un vivace ed intenso dibattito nazionale che non può essere affrontato con superficialità perché necessita di profonda riflessione: la sacralità della vita è inviolabile? E' intangibile, intoccabile?

Infatti, quando i diritti del singolo, specie se riguardano argomenti eticamente sensibili che colpiscono la coscienza individuale, confliggono con i diritti della collettività non sorprende che i toni si alzino fino a formare due schieramenti fortemente contrapposti.

Non fanno eccezione i medici che si dividono anch'essi e pretendono conferme alle loro tesi da parte della Istituzione ordinistica, garante per missione dell'etica professionale (a dimostrazione allego all'interno di questo editoriale due lettere ricevute che sono rappresentative).

Ma quale può essere la risposta "giusta"?

Si può accettare una selezione concorsuale "discriminante" in base alla propria legittima convinzione morale o il rischio per i colleghi, poi assunti, di essere ingabbiati nella progressione di carriera?

D'altronde si può negare alla donna l'accesso all'IVG, tenuto conto che tale intervento può praticarsi solo presso strutture pubbliche e che alcune di esse non possono garantirlo per mancanza di medici non obiettori? Possiamo accettare che le donne vedano questo diritto non pienamente garantito? Lo stesso diritto del medico all'obiezione deve essere considerato incondizionato? O, piuttosto, l'obiezione di

coscienza deve essere regolamentata in modo tale

da non discriminare sia i medici obiettori che

non, perché viene spontaneo domandarsi

se il numero elevato di obiettori sia

solo frutto di intima convinzione?

Diversi Presidenti di Ordine han-

no assunto una posizione net-

ta, mentre la Federazione

Nazionale mantiene un

atteggiamento moderato.

Francamente non sono

in grado di dare cer-

tezze ai molti quesiti

giuntimi, ma ringra-

zio sentitamente

chi ha chiamato o

scritto. Perché di

una cosa, invece,

sono sicuro:

quando le posi-

zioni sono così

radicalizzate, la

discussione, il

confronto, le

emozioni ed il

trasporto nel

sostenere la pro-

pria tesi, anche

se non riescono a

portare ad una

soluzione condivisa,

aiutano a compren-

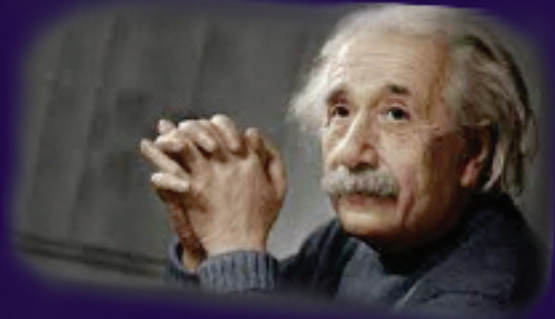
dere le ragioni dell'al-

tra parte.

Alimentate il dibattito e

soprattutto: aiutatemi!!!

■



Abbiamo assistito in questi giorni alla ripresa di una polemica sulla legge 194/98 che credevamo risolta. Ricordo che l'obiezione di coscienza dei medici relativamente alla interruzione volontaria di gravidanza è prevista anche dal vigente Codice Deontologico che tuttavia precisa come questa "si esprime nell'ambito e nei limiti dell'ordinamento e non esime il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti la relazione di cura nei confronti della donna".

Il diritto della donna di fruire di una normativa che, inoltre, ha condotto a una drastica riduzione del numero delle interruzioni volontarie nel nostro paese, può esercitarsi, ai sensi della predetta legge 194, solo e soltanto nelle strutture del servizio sanitario pubblico. Pertanto le Regioni e le ASL hanno l'obbligo di garantire alle donne l'esercizio di questo diritto adottando gli opportuni provvedimenti relativi all'assunzione di personale medico, pur nel rispetto della libertà di coscienza dei singoli. È obbligo etico e deontologico evitare il riaccendersi di pretestuose polemiche col rischio di veder riaffiorare il dramma dell'aborto clandestino.

A. Panti ■

salpietro*

Con la collaborazione
di Katia Cuppari e Sara Manti

Ogni anno oltre 1000 persone contraggono la meningite e 1 su 2 è colpita da meningite meningococcica

Infezioni da meningococco e prevenzione

Secondo i dati epidemiologici dell'Istituto Superiore di Sanità, ogni anno in Italia oltre 1000 persone contraggono la meningite e, di questi, circa una persona ogni due viene colpita da meningite meningococcica. Sempre secondo questi dati, la meningite meningococcica provoca il decesso nell'8-14% dei pazienti colpiti e, in assenza di cure adeguate, il tasso di mortalità può arrivare al 50%. L'agente responsabile è la *Neisseria meningitidis*, noto come meningococco, un diplococco Gram-negativo, aerobico, ossidasi-positivo, che può essere capsulato o non. I ceppi di *Neisseria meningitidis* che causano la malattia invasiva generalmente sono capsulati; la capsula polisaccaridica rappresenta un importante fattore di virulenza, la sua presenza infatti impedisce la fagocitosi, la lisi complemento-mediata e maschera le proteine della membrana esterna, impedendo così la risposta anticorpale dell'ospite una volta che il meningococco ha raggiunto il circolo ematico. La stessa capsula, mascherando le adesine e le invasive della superficie batterica, impedisce inoltre il processo di adesione alle cellule epiteliali. Le *Neisserie* patogene nel tempo hanno dovuto elaborare sofisticati meccanismi di difesa per evadere la risposta immunitaria (sia naturale che indotta dal vaccino) dell'ospite con conseguente modifica ("switching") del fenotipo capsulare.

Sulla base della diversità antigenica dei polisaccaridi capsulari, i meningococchi possono essere classificati in 13 sierogruppi (A, B, C, D, 29E, H, I, K, L, W-135, X, Y, Z); sei di questi (A, B, C, X, Y, W-135) sono riconosciuti come responsabili della quasi totalità di casi di malattia invasiva da meningococco.

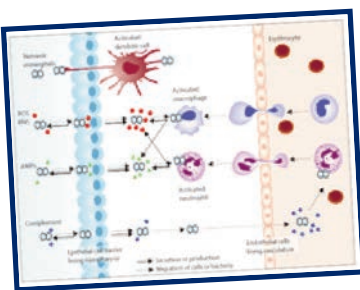
In Europa la maggior parte dei casi di meningite è causata dal meningococco di tipo B e C, negli Stati Uniti risulta importante anche il sierogruppo Y, mentre il ceppo A è responsabile delle epidemie in Asia. Per quanto riguarda il continente africano le epidemie sono state associate soprattutto ai gruppi A e C del meningococco, per le quali esiste una vera e propria fascia di meningite radicata - chiamata "cintura della meningite" - in cui la stagione secca favorisce la diffusione della malattia. In Italia i sierogruppi B e C sono particolarmente diffusi.

Il sierotipo B, oltre ad essere particolarmente aggressivo con altissima letalità, è responsabile da solo di circa l'80% dei casi di meningite in età pediatrica, con una massima incidenza soprattutto nel primo anno di vita, tra il 4° e l'8° mese. Il meningococco di tipo C, invece, è stato causa in Italia di 36 decessi negli ultimi quattro anni. Tuttavia, considerando tutti i ceppi di meningococco responsabili di meningite, non si supera il 10% della letalità e, al momento in Italia, non esiste alcuna situazione epidemica; nonostante l'allarmismo recente, infatti, l'incidenza di malattia è in linea con la media degli ultimi anni. La trasmissione avviene per contatto da persona a persona attraverso secrezioni respiratorie. Il periodo di incubazione può variare da 1 a 10 giorni (in genere meno di 4 giorni). Dal punto di vista clinico, nel neonato i segni sono variabili e non specifici: irritabilità, difficoltà ad alimentarsi, ipo/ipertermia, letargia, vomito, fontanella pulsante, spesso segni di sepsi (ipotensione, ittero, distress respiratorio). Nel bambino più grande: febbre, cefalea, vomito, fotofobia, segni di irritazione meningea (Kernig, Brudzinski), rigidità nucale, convulsioni (20-30% dei casi), lesioni neurologiche focali (15% dei casi), atassia, deficit auditivi, alterazioni dello stato di coscienza.

La meningite meningococcica ha come carattere differenziale dalle altre meningiti batteriche quello di presentare nel 70% dei casi manifestazioni emorragiche cutanee (petecchie). Circa il 40% dei pazienti con malattia meningococcica sviluppa inoltre una meningococcemia acuta, forma setticemica senza meningite (la vecchia sindrome di Waterhouse-Fridrichsen): accanto a forme di media entità vi sono forme acutissime con il quadro dello shock settico (meningococcemia fulminante) che può portare all'exitus in poche ore. La diagnosi definitiva è laboratoristica: esame del liquor (biochimico, citologico, culturale), emocoltura, indici di flogosi, emocromo. Esami strumentali: ecografia trans-fontanellare nel neonato e nel lattante con fontanella aperta, TC/RMN. Per quanto concerne il trattamento consiste nella somministrazione di cefalosporine di terza generazione (Ceftriaxone 100mg/Kg/die, max 4g, e.v. in due dosi; Cefotaxime 200mg/Kg/die, e.v. in sei dosi). La vaccinazione, rappresenta, ad oggi, una delle misure preventive più efficaci contro il meningococco, con un rapporto rischi/benefici particolarmente positivo. L'efficacia dei vaccini è da correlare alla loro abilità di generare la memoria immunologica contro gli antigeni vaccinali. La vaccinazione simula il primo contatto con l'agente infettivo per stimolare il sistema immunitario e aumentare la concentrazione di cellule e anticorpi specifici in modo che, nel caso in cui il microorganismo dovesse essere realmente incontrato, esso possa essere prontamente neutralizzato. Similarmente all'infezione, la vaccinazione causa una risposta immunologica specifica. A livello del centro germinativo linfonodale, infatti, le cellule B, in collaborazione con le cellule T e le dendritiche, proliferano rapidamente ed inducono uno switch isotipico selettivo per l'antigene che ha indotto la reazione. Dopo circa due settimane, contrariamente al centro germinativo linfonodale che va incontro a regressione, si assiste ad un aumen-



Sierogruppi di meningococco nel mondo (J prev med hyg 2015; 56; E116-E120)



Risposta innata contro *N. Meningitidis* (Lancet Infect Dis 2009; 9: 418-27)

to, dapprima, e mantenimento, in seguito, dei livelli sierici di anticorpi altamente specifici (cellule B memoria e plasmacellule) che garantiranno protezione dell'organismo dalle re-infezioni. Sfruttando tale meccanismo, ogni vaccinazione genera una memoria immunologica rappresentata da plasmacellule long-lived e cellule B della memoria, in grado di produrre, in maniera continua e/o in seguito a stimolo specifico, gli stessi anticorpi. Nell'eventualità di un secondo incontro con patogeno noto, gli anticorpi circolanti e già presenti nel siero costituiranno la difesa immediata limitante l'infezione già nello stadio iniziale; gli anticorpi specifici di neo-sintesi, raggiunto il titolo anticorpale ottimale, elimineranno definitivamente il microrganismo.

Il presidio preventivo rappresentato dalla vaccinazione è disponibile per le classi di età a rischio e per le persone che presentano rischi particolari di contrarre una malattia invasiva grave.

Abbiamo a disposizione tre tipi di vaccino anti-meningococco:

- vaccino contro il meningococco di sierogruppo C (MenC), che è il più frequentemente utilizzato e protegge solo dal sierotipo C
- vaccino tetravalente contro i sierogruppi A, C, W e Y
- vaccino contro il meningococco di tipo B

Tali vaccini possono essere polisaccaridici e coniugati. I primi non conferiscono una memoria immunologica né conferiscono una protezione prolungata; essi stimolano una risposta attenuata con dosi ripetute e non contribuiscono all'effetto di herd immunity (o immunità di gregge). I vaccini polisaccaridici in commercio sono:

- MENOMUNE (Sanofi Pasteur): vaccino bivalente A/C
- MENOMUNE (Sanofi Pasteur): vaccino tetravalente A,C,Y,W135
- MENCEVAX ACWY (GSK): vaccino tetravalente A,C,Y,W135

I vaccini coniugati invece sono costituiti da polisaccaridi capsulari coniugati con proteine altamente immunogene [anatossina difterica, anatossina tetanica, proteina della tossina difterica Cross-Reactive Material CRM197 (non tossica, ad alta immunogenicità)]. Essi conferiscono una memoria immunologica con una protezione prolungata, hanno inoltre un effetto booster e contribuiscono all'effetto di herd immunity. I vaccini coniugati in commercio sono:

- MENINGITEC (Wyeth): vaccino coniugato con CRM197 contro il meningococco C
- MENJUGATE (Novartis): vaccino coniugato con CRM197 contro il meningococco C
- NEISVAC-C (Baxter): vaccino coniugato con tossoide tetanico contro il meningococco C
- MENVEO (Novartis): vaccino tetravalente coniugato con CRM197 contro sierogruppi A,C,Y,W135

Trattandosi di vaccini coniugati, e non semplicemente di un polisaccaridico, la loro efficacia nell'indurre una significativa risposta immunitaria si riscontra anche tra i bambini più piccoli nei quali il sistema immunitario è ancora immaturo per sviluppare anticorpi contro i polisaccaridi di membrana. Da pochi giorni è a disposizione il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019, che prevede una singola somministrazione di vaccino contro il meningococco C eseguita per coorte al 13°-15° mese di vita. Per la seconda coorte a 12-14 anni, si prevede una dose di vaccino Men ACWY coniugato da effettuare sia ai soggetti mai vaccinati in precedenza, sia ai bambini già immunizzati nell'infanzia con Men C o Men ACWY, in quanto la persistenza della protezione è legata a un elevato titolo anticorpale battericida, che tende a diminuire nel tempo. Nei soggetti a rischio inoltre, la vaccinazione contro il meningococco C può iniziare dal terzo mese di vita con tre dosi complessive, di cui l'ultima, comunque, dopo il compimento dell'anno di vita. La somministrazione delle 3 dosi iniziali del vaccino anti-meningococco B (raccomandata per tutti i nuovi nati) deve essere effettuata nel primo anno di vita. Dal momento che la somministrazione simultanea del vaccino meningococcico B con altri prodotti determina aumento della frequenza di febbre di grado moderato/elevato, è opportuno evitare la co-somministrazione con altri vaccini previsti in calendario. Inoltre l'immunizzazione con vaccino antimeningococco coniugato è raccomandata a determinate categorie di soggetti che presentano patologie quali:

- Emoglobinopatie (talassemia e anemia falciforme)
- Asplenia funzionale o anatomica e candidati alla splenectomia in elezione
- Immunodepressione congenita o acquisita (in particolare in caso di trapianto d'organo, terapia antineoplastica o terapia sistemica corticosteroidica ad alte dosi)
- Diabete mellito di tipo 1
- Insufficienza renale/surrenalica cronica
- Infezione da HIV
- Epatopatie croniche gravi
- Perdite di liquido cerebrospinale da traumi o intervento
- Difetti congeniti del complemento (C5 - C9)
- Difetti dei Toll like receptors di tipo 4
- Difetti della properdina
- Soggetti conviventi con soggetti affetti dalle patologie sopraelencate

La vaccinazione antimeningococcica è altresì raccomandata per tutti i viaggiatori che si recano in aree con epidemie in atto. ■

The table 'Il calendario vaccinale' lists various vaccines and their administration schedules. Key entries include:

- DTaP**: Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV**: Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (second entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (third entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (fourth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (fifth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (sixth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (seventh entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (eighth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (ninth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (tenth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (eleventh entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (twelfth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (thirteenth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (fourteenth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (fifteenth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (sixteenth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (seventeenth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (eighteenth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (nineteenth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.
- DTaP-IPV** (twentieth entry): Administered at 3, 4, and 5 months, and a booster at 11-14 months.

Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019



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

Laokoonte fa un viaggio nel tempo e si ritrova sul pianeta Arret...

Nei primi anni del terzo millennio si veniva a sviluppare un'anomala capacità di amministrare la cosa pubblica. La gestione di quest'aspetto veniva manipolata a livello politico attraverso procedure ideate e mantenute in piedi da una dilagante cleptocrazia e finalizzate verso la privatizzazione dei ricavi e la socializzazione delle perdite.

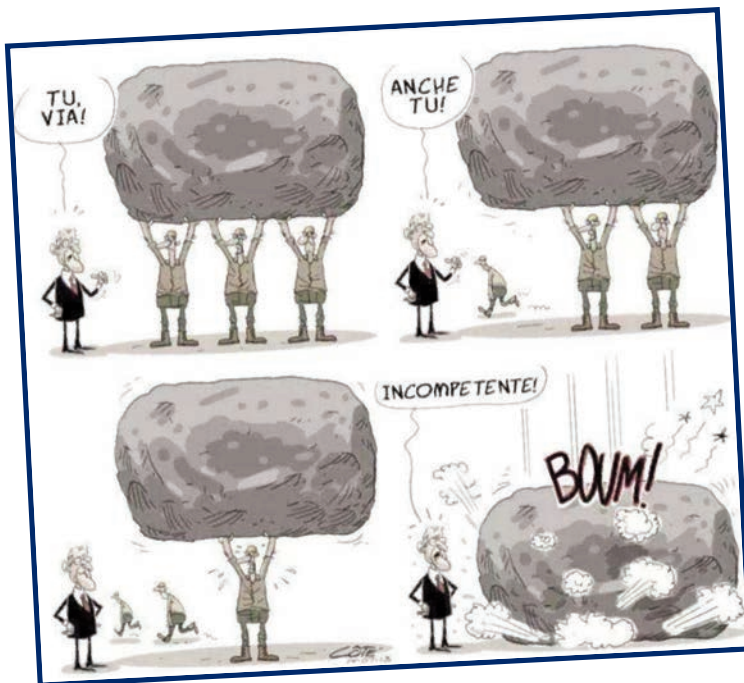
Il sistema, nel mondo sanitario, era tenuto in piedi da figure che, selezionate nel corso degli anni, garantivano il potere costituito lasciando ad esso la possibilità di operare corposi risparmi al fine di garantire spese a dir poco creative.

Queste figure ricordavano il ruolo svolto, alcune decine di anni prima nel corso della seconda guerra mondiale, dai kapò. A questi si affidavano funzioni di comando, di mantenimento dell'ordine e,



in generale, di sorveglianza sugli altri dipendenti, garantendo loro dei trattamenti di riguardo. Alla stessa stregua di coloro i quali decidevano, nei campi di concentramento, le sorti dei detenuti a essi sottomessi, attraverso una stretta adesione alla politica di gestione del campo adottata dalle SS e l'assoluta assenza di ogni forma di pietà nei confronti dei detenuti. Il fine ultimo era reprimere sul nascere qualunque idea di rivolta interna con lo scopo di consentire il perfetto funzionamento della "comunità" carceraria.

La CARTOGRAFIA di LAOKOONTE



Questa nuove figure intermedie cui si assegnava il compito di organizzare il lavoro - ad esempio - infermieristico garantivano turni di servizio costanti. E quando la progressiva riduzione del personale non consentiva ad esempio la presenza di due infermieri per turno, avevano escogitato la poco sagace idea di effettuare turni di servizio di un elemento infermieristico associato a un ausiliario e talora a un ausiliario in formazione. Si era realizzata la tanto temuta "assistenza sanitaria attenuata".

Di contro, nell'organizzazione, si ricercava apparentemente sempre più la perfezione, avendo cura di dimostrare di essere i più fedeli esecutori delle regole, ma in effetti seguivano solo un credo di apparenze e di facciata. Un metodo per sentirsi a posto con le direttive era quello di produrre tutta una serie di procedure e protocolli (spesso generati da copia e incolla creativi) tali da sembrare in grado di prevedere qualunque situazione troppo spesso non perseguibile con le risorse a disposizione. Tutto al fine di porre in mora chiunque si fosse trovato in una condizione di criticità e non avesse potuto dimostrare di essersi comportato in modo aderente alle indicazioni riportate, che spesso era impossibile seguire per evidenti

carenze strutturali. Ed era proprio la dovizia di particolari e di dettagli che consentiva di complicare tanto la cosa da renderla spesso, irrealizzabile.

Qualche decennio prima già Jorge Luis Borges aveva ironizzato sul paradosso della cartografia, probabilmente riprendendolo da altri scritti di Josiah Royce e ancor prima di Lewis Carroll. Dove si esplicitava la metafora propria del vecchio detto popolare <<Il troppo è nemico del buono>>: "I Collegi dei Cartografi fecero una Mappa dell'Impero che aveva l'Immensità dell'Impero e coincideva perfettamente con esso. Ma le Generazioni Seguenti, meno portate allo Studio della cartografia, pensarono che questa Mappa enorme era inutile e non senza Empietà la abbandonarono all'Inclemenza del Sole e degli'Inverni".

Chi ci andava di mezzo erano sempre gli operatori sanitari seri i quali, invece di scansare il problema, lo affrontavano con i pochi mezzi messi a loro disposizione spesso esposti a maltrattamenti, critiche e denunce. Ma poi le cose cambiarono... ■

Abbiamo intervistato il commissario straordinario del Policlinico Universitario G. Martino di Messina, dott. Giuseppe Laganga.

Quali sono gli obiettivi strategici dell'AOUP per il 2017?

Il 2017 rappresenta per l'AOU un anno di svolta. Nel corso del 2017 si concluderanno una serie di interventi strutturali e di investimenti già pianificati e programmati negli anni precedenti, che daranno una nuova luce al policlinico universitario.

La sinergia tra l'AOU, l'Università degli Studi di Messina e l'Assessorato Regionale della Salute, ha permesso di mettere in cantiere delle attività di miglioramento ed efficientamento dell'Azienda, consentendo di predisporre un piano di investimenti, nel periodo 2016/2018, di circa 71 milioni di euro.

Gli investimenti riguarderanno interventi strutturali per circa 42 milioni di euro e tecnologia per circa 29 milioni di euro. Si tratta di un piano di investimento

avente già copertura finanziaria attraverso fondi del bilancio dell'AOU, dell'Università di Messina e dell'Assessorato Regionale della Salute.

Inoltre, sempre nel corso del 2017 verranno eseguiti degli interventi di miglioramento di alcune aree assistenziali, tra le quali:

- l'accorpamento del Dipartimento Materno Infantile, attraverso il trasferimento al pad. NI della Ginecologia e Ostetricia
- la riorganizzazione logistica e funzionale del Pronto Soccorso Generale che si aggiunge alle attività già fatte per il pronto Soccorso pediatrico;
- l'avvio del progetto "Autismo 0-90" che prevede in una prima fase la destinazione di alcuni posti letto assegnati alla UOC di Neuropsichiatria Infantile ai pazienti affetti da disturbo della spettro autistico;
- l'ampliamento dell'offerta per patologie neuromuscolari nel contesto del progetto NEMO SUD
- il trasferimento di alcuni reparti (psichiatria, nefrologia e dialisi, farmacia) nei nuovi locali ai padd. B e C nonché l'attivazione dei posti letto di cardiologia presso il pad. C.

Quali sono le iniziative per la stabilizzazione dei medici precari?

L'Azienda già nella dotazione organica approvata nel 2016 e ad oggi vigente, ha tenuto conto di quanto previsto dal Decreto Legge sulla stabilizzazione dei precari. Infatti, nella predisposizione della stessa sono stati previsti i posti in organico per tutti coloro che erano in possesso dei requisiti previsti dalla normativa in materia. Questo è stato possibile in quanto, gli indicatori stabiliti dalle linee guida regionale in materia di dotazione organica (Posti Letto, attività ambulatoriale, ...), hanno permesso di prevedere e rendere disponibili, per le discipline interessate alle procedure di stabilizzazione, un numero di punti organico sufficienti, non solo a evitare eventuali esuberanti ma da poter mettere a concorso posti riservati per i precari.

In occasione degli incontri con i tecnici dell'Assessorato Regionale della Salute per la definizione della nuova rete ospedaliera, l'AOU ha chiesto il mantenimento dei posti letto già assegnati dalla precedente e, in atto vigente, rete ospedaliera, supportando la richiesta con dati numerici evidenti, come ad esempio, l'indice di occupazione dei posti letto, al fine di non modificare la dotazione organica e garantire l'avvio delle procedure di stabilizzazione, non appena autorizzati dalla Regione Siciliana.

Qual è il ruolo attuale e prospettico dell'AOUP nella gestione delle emergenze di Messina e provincia?

Nella nuova ipotesi di rete regionale per l'emergenza - urgenza, l'AOU è stata individuata come DEA di II livello. Questo è un riconoscimento importante per il Policlinico, che conferma la posizione di assoluto rilievo che presenta nel panorama regionale e nazionale. L'AOU è pronta per affrontare questa sfida per migliorare ancora di più la qualità dei servizi, mettendo, concretamente, al centro di tutto il paziente. Gli investimenti programmati e le iniziative per il miglioramento assistenziale hanno questo obiettivo. L'AOU deve diventare un'azienda di riferimento per la gestione delle emergenze, per la città di Messina e provincia e non solo. ■

POLICLINICO, il direttore LAGANGA: "Emergenze e precari sono le PRIORITÀ"



*Il commissario straordinario
Giuseppe Laganga*

Terapia antalgica all'IRCCS Neurolesi - Piemonte



Dino Bramanti,
direttore del Centro
Neurolesi - Piemonte

In Europa il dolore cronico interessa il 19% dell'intera popolazione, ma se si considera la popolazione di ultrasessantacinquenni, sfiora il 50%, cioè una persona su due soffre di dolore persistente e cronico. Inoltre la maggior parte dei pazienti ne soffre almeno da due anni

ed un quinto di essi soffre di dolore persistente o cronico da almeno 20 anni, ciò determina enormi ripercussioni sulla spesa sanitaria farmaceutica ed assistenziale. Questi dati si riferiscono a pazienti che non sono affetti da dolore neoplastico, ma a pazienti affetti da cosiddetto dolore cronico benigno cioè da dolore che non è più un sintomo di una malattia, ma è esso stesso divenuto malattia (malattia dolore).

Le cause che determinano dolore sono, principalmente, malattie degenerative, come l'osteoartrosi, la patologia degenerativa del rachide, oppure alcune fasi della malattia neoplastica, ma anche come conseguenza di malattie cardiovascolari e dismetaboliche del diabete.

Questo è un concetto che abbiamo compreso meglio con la scoperta della "plasticità del sistema nervoso centrale". Il nostro Sistema nervoso centrale (SCN) ha la capacità di sapersi adattare agli input algogeni esterni determinando delle modificazioni strutturali.

Da tutto ciò si evince che la cura del dolore non consiste nella semplice somministrazione di farmaci antidolorifici o nell'eseguire blocchi nervosi nel distretto interessato come si fa normalmente nel trattamento del dolore acuto postoperatorio, ma bisogna rivolgersi ad una nuova classe di specialisti. L'Algologo deve porre una diagnosi patogenetica del dolore (diagnosi algologica), correlarla con i meccanismi patogenetici identificati ed eseguire la scelta terapeutica adatta a contrastarli.

L'Algologo si assume la responsabilità di affrontare il dolore come malattia a se stante.

Questo è uno dei motivi che ha spinto l'IRCCS Neurolesi "Bonino Pulejo" - Ospedale Piemonte, ad istituire, dal primo luglio dello scorso anno, un servizio di Terapia Antalgica presso l'Ospedale Piemonte, del quale è responsabile il dott. Francesco Cerra, dotato di una équipe di quattro Medici Anestesisti che hanno scelto di dedicarsi anche alla Terapia Antalgica. Il servizio prevede quattro posti letto dedicati già attivi dal primo ottobre 2016 ed una Sala Operatoria in allestimento. E' stato istituito un ambulatorio aperto al pubblico al quale si può accedere con impegnativa del MDMG mediante prenotazione presso il CUP dell'Ospedale Piemonte. L'attività chirurgica prevede tre sedute operatorie settimanali.

La Terapia Antalgica dell'IRCCS Neurolesi - Ospedale Piemonte tratta tutte le forme di dolore persistente e cronico:

1. Diagnosi e trattamento del dolore da patologia degenerativa del rachide lombare e cervicale;
2. Esiti da pregresso intervento chirurgico al rachide;
3. Trattamento del dolore oncologico;
4. Tutte le forme di dolore neuropatico (Nevralgia trigeminale resistente, Nevralgia postherpetica, Neuropatia diabetica, Algodistrofia, ecc.);
5. Trattamento delle cefalee che non rispondono alla terapia farmacologica;
6. Dolore dovuto alla spasticità grave. Vengono utilizzate tutte le tecniche a disposizione dalle più semplici alle più complesse:
 1. Terapia farmacologica specialistica;
 2. Infiltrazioni e cateterismo peridurale;
 3. Trattamento con radiofrequenza pulsata di nervi periferici;
 4. Denervazione in radiofrequenza delle faccette articolari
 5. Radiofrequenza pulsata midollare lombare e cervicale;
 6. Decompressione percutanea discale con LASER lombare e cervicale;
 7. Peridurolisi;
 8. Termorizotomia trigeminale;
 9. Neurostimolazione midollare e periferica;
 10. Impianto di pompe intratecali per la somministrazione continua di farmaci (Baclofen, Morfina);
 11. Cifoplastica e vertebroplastica;
 12. Endoscopia spinale diagnostica ed operativa (periduroscopia).

Dal 1° luglio dello scorso anno sono già stati eseguiti i seguenti interventi, molti dei quali ad alta complessità: Radiofrequenza Pulsata midollare cervicale (4); Radiofrequenza Pulsata midollare lombare (31); Radiofrequenza Pulsata dei nervi periferici (10); Test al Baclofen per la spasticità grave (1); Decompressione discale cervicale con LASER (4); Decompressione discale lombare con LASER (6); Cifoplastica (2); Epidurale antalgica continua (13); Impianti di pompa spinale al Baclofen per la spasticità grave (4); Sostituzione di pompa spinale al Baclofen (3); Rimozione di pompa spinale (1); Impianto di neurostimolatore midollare provvisorio (15); Impianto di neurostimolatore midollare definitivo (12); Sostituzione generatore di impulsi di neurostimolatore midollare (5); Impianto di neurostimolatore per il nervo Grande Occipitale per cefalea intrattabile (1); Impianto di neurostimolatore midollare ad alta frequenza provvisorio (2); Impianto di neurostimolatore midollare ad alta frequenza definitivo (1); Espianto di elettrocateri di neurostimolatore midollare (2): Totale: 117

L'Equipe è costituita da: 1. Dott. Francesco Cerra (Responsabile); 2. Dott.ssa Daniela Florida; 3. Dott.ssa Maria Pizzimenti; 4. Dott.ssa Lucia Salmeri; 5. Dott. Giuseppe Guzzo.

PER PRENOTAZIONI: Numero Verde 800.33.22.77 da telefono fisso o 0941.536681 da cellulare. PER INFO: daniela.flordia@irccsme.it ■

Suggerisci anche tu un medico, che si sia particolarmente distinto in ambiti non strettamente professionali, inviando un'email a messinamedica@omceo.me.it



La scelta di questo primo numero del 2017 di Messina Medica per la rubrica "Medico del mese" ricade sui colleghi che hanno fatto parte del cast

Protagonisti dello spettacolo promosso dall'AMMI di Messina al Palacultura

dello spettacolo "Medici in scena", promosso al Palacultura dall'AMMI sezione di Messina, presieduta dall'avv. Francesca De Domenico Leonardi. La presidente ha scelto per la IV edizione dell'evento di beneficenza il tema dell'imitazione di grandi artisti italiani e stranieri, liberamente ispirato al programma tv "Tale e Quale Show": così alcuni medici si sono trasformati per una sera in cantanti, attori e ballerini di fronte ad un auditorium gremito di gente. Saro Grasso (Roby Facchinetti), Francesco D'Arrigo (Adriano Celentano), Francesco Calogero (Franco Battiato), Giovanna Genitori (Anna Magnani), Rita La Paglia (Marilyn Monroe), Salvatore Signorino (Francesco Renga), Luisa Barbaro (Michael Jackson), Carmelo Peditto (Nino Manfredi), Pippo Iannelli (Angelo Branduardi), Katia Bevacqua (Maria Callas), Massimo Pulitanò e Nino Celona, (Righeira; e anche curatori della regia): tutti colleghi "che hanno saputo mettersi in gioco, interpretando l'arte medica di concerto con l'arte creativa, ironica e scanzonata", come recita la motivazione delle pergamene consegnate a

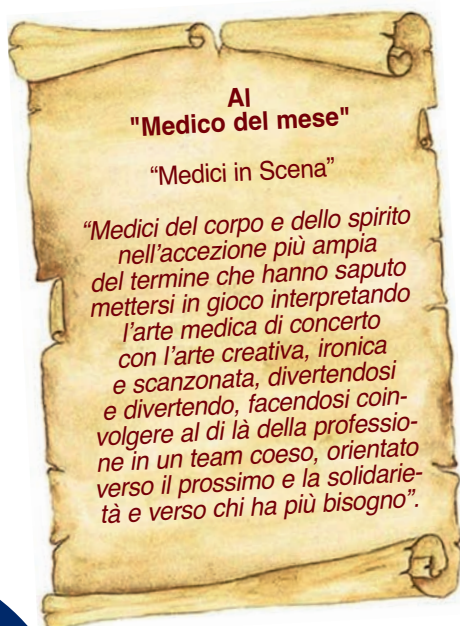
"Medici in scena" ARTISTI per solidarietà

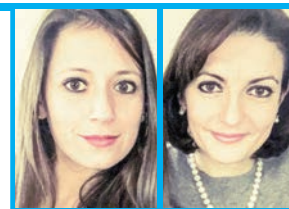


ciascuno di loro. Per la prima volta questa rubrica non riconosce il titolo di "medico del mese" ad una sola persona, ma ad un gruppo di 12 medici capaci di fare spettacolo, divertendosi e facendo divertire il pubblico incuriosito dallo "smascherare" chi si celava dietro i panni di un volto famoso.

Una serata, presentata dalla giornalista Letizia Lucca e arricchita dalla presenza del comico televisivo Gennaro Calabrese, noto imitatore, e all'insegna della beneficenza: infatti il ricavato è stato donato dall'AMMI all'AISLA (Associazione Italiana Sclerosi laterale amiotrofica) con un assegno consegnato sul palco al presidente Giuseppe Caristi; una parte è stata destinata invece all'acquisto di un defibrillatore per una squadra di calcio giovanile cittadina, l'Asd Gescal. ■

La consegna dell'assegno da parte dell'AMMI all'AISLA. Sopra, i dodici medici premiati da Giacomo Caudo, Stefano Leonardi e Rosalba Ristagno. In alto, i medici "trasformati" in artisti famosi





Sempre maggiore interesse della scienza per l'SO che colpisce le donne in gravidanza

Negli ultimi anni la ricerca ha dimostrato sempre maggior interesse verso lo Stress Ossidativo (SO) ed i danni ad esso correlati. Durante la gravidanza la donna è soggetta ad un marcato SO per gli intensi e costanti sbalzi ormonali correlati ai dislivelli nella produzione di estrogeni, influenzando anche la salute del feto, che subisce l'attacco dei radicali liberi (RL). Innovativi biomarkers di SO, campionabili nel cordone ombelicale o nelle urine dei neonati, costituiscono l'evidenza di danno ossidativo a lipidi tissutali e cerebrali (isoprostani e neuroprostani) a proteine (prodotti avanzati di ossidazione proteica) o al DNA (8-desossi-guanosina) e consentono di sviluppare strategie di prevenzione o persino di trattamento dei processi di sofferenza cellulare conseguenti a SO. Esistono numerosi test per la valutazione dello SO, alcuni dei quali stanno progressivamente entrando nella pratica clinica. Il più diffuso prevede la determinazione per via fotometrica sia della capacità ossidante totale (d-ROMs test) sia della barriera antiossidante plasmatica (BAP test) in campioni biologici. La proteina High Mobility Group Box 1 (HMGB1), precedentemente nota come amfoterina, è, in condizioni fisiologiche, un fattore architetturale non istonico del DNA, ma in condizioni di stress si comporta come una citochina pro-infiammatoria, fuoriuscendo dal nucleo e venendo secreta attraverso un meccanismo Ca^{2+} dipendente. Una volta rilasciata nello spazio extra cellulare è capace di attivare la cascata flogistica ed i meccanismi di riparazione tissutale. Questi effetti sono successivi al legame dell'HMGB1 con i suoi specifici recettori, che includono Toll-Like Receptors (TLR)-2, 4 and 9 così come RAGE. Negli ultimi anni sono sbocciati nella letteratura scientifica internazionale numerosi lavori riguardanti l'analisi della concentrazione dell'HMGB1 nel liquido amniotico per valutare possibili correlazioni con variabili quali l'epoca del parto, la tipologia di parto e la presenza o meno del travaglio. Recentemente è stato dimostrato che le concentrazioni di HMGB1 nel siero materno sono maggiori nelle gravidanze con ridotti movimenti fetali, sebbene non fosse evidenziata alcuna correlazione con travaglio e/o nascita prematuri. E' stato, inoltre, dimostrato in vitro che l'HMGB1 può indurre una risposta infiammatoria nelle membrane corionamnionitiche e potrebbe innescare il travaglio prematuro e la nascita pretermine nei topi, fornendo pertanto una possibile spiegazione alle concentrazioni maggiori di questa allarmina in donne sottoposte ad un travaglio ed ad un successivo parto spontaneo.

Correlazione tra HMGB1 e stress ossidativo in epoca neonatale

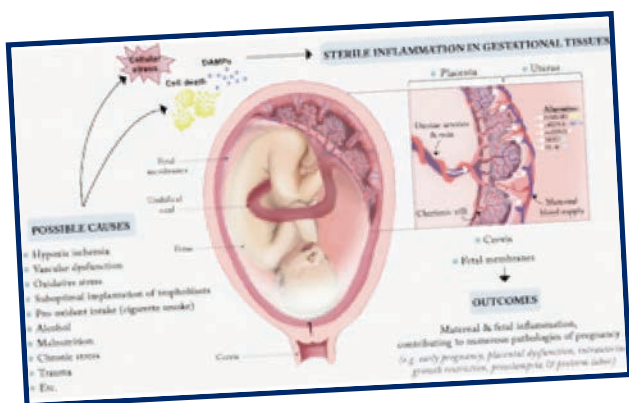


Fig. 2. Nadeau-Vallée M, Obari D, Palacios J, Brien MÈ, Duval C, Chemtob S, Girard S. Sterile inflammation and pregnancy complications: a review. *Reproduction* 2016; 152(6):R277-R292.

Fig. 2: Network di segnali rilasciati dalle membrane fetali

Lo studio è stato condotto tra Maggio e Ottobre 2016 con la collaborazione dell'UOC di Patologia e Terapia Intensiva Neonatale diretta dalla Prof.ssa Eloisa Gitto, l'OUS di Neonatologia diretta dal Dott. Alessandro Arco, UOC di Pediatria Medica d'Urgenza con PS ed OB diretta dal Prof Carmelo Salpietro, UOC di Biochimica diretta dal Prof. Riccardo Ientile, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino" di Messina.

In tutti i neonati arruolati è stato eseguito il prelievo di campione ematico dal cordone, attraverso tecnica di spremitura.

Dai dosaggi dell'HMGB1 è emersa la presenza di una correlazione statisticamente significativa in rapporto al tipo di parto, con livelli sierici maggiori nei parti spontanei rispetto ai parti cesarei, sia elettivi che d'urgenza (p 0,047). Inoltre, nei casi di travaglio spontaneo sono stati rilevati valori medi più elevati di HMGB1 rispetto al travaglio indotto. Abbiamo anche evidenziato la presenza di una correlazione statisticamente significativa (p 0,044) tra i livelli di d-ROMs in rapporto al tipo di parto, con livelli sierici maggiori nei parti spontanei rispetto ai parti cesarei, sia elettivi che d'urgenza. Le analisi eseguite hanno inoltre documentato una correlazione positiva, direttamente proporzionale, con l'epoca gestazionale, mostrando livelli

sierici maggiori dei metabolici reattivi dell'ossigeno nel neonato a termine rispetto al pretermine (p 0,028). Infine, livelli significativamente più alti (p 0,015) sono stati rilevati nelle gestanti con un incremento ponderale durante la gestazione sopra i ranges medi, supportando l'ipotesi di un marcato SO derivante dall'eccessivo adiposo accumulato. Non sono, invece, emersi risultati significativi dal dosaggio dei BAP. I nostri dati potrebbero supportare l'ipotesi del ruolo dell'HMGB1 come mediatore d'allarme ed iniziatore del parto giunto ormai a termine. Infatti il sovraccarico flogistico potrebbe triggerare l'avvio del parto ed i segnali infiammatori sembrerebbero mediare sia sul versante materno che fetale. Questi segnali materno-fetali determinerebbero pertanto la transizione del miometrio da uno stadio quiescente ad uno stadio attivo.

È ormai risaputo che le membrane fetali non sono tessuto "morto" al momento, nè subito dopo il parto. Al termine della gravidanza infatti, le membrane possono mandare segnali infiammatori sterili, aumentando il carico infiammatorio nella decidua, nel miometrio e nella cervice, determinando le modifiche iniziatrici al parto (Fig. 2).

I segnali infiammatori nel versante materno possono progredire in modo indipendente dal compartimento fetale, creando una demarcazione importante, ma è solo la sinergia tra i due comparti a portare al parto. Il contributo delle membrane amniotiche fetali, come "organismi individuali", di vita media di nove mesi, sta via via emergendo, essendo tessuti sottoposti a divisioni cellulari, dotati di specifiche funzioni secretorie, e con una senescenza dipendente dai telomeri. Una volta impiantate infatti raggiungono pian piano la disfunzione terminale in risposta ai ROS generati al termine della gestazione con un progressivo invecchiamento derivante da specifici segnali ossidativi ed infiammatori che culmineranno nell'innesco del travaglio ed in conclusione nell'evento parto (Fig. 3).

Pertanto, l'invecchiamento delle membrane fetali e i cambiamenti biochimici e funzionali correlati alla senescenza possono essere interpretati come "segnali di avvio al parto". Questa ipotesi potrebbe trarre ulteriore conforto anche dai nostri dosaggi dei d-ROMs, che mostrano una correlazione positiva, direttamente proporzionale con l'epoca gestazionale, essendo maggiori nel neonato a termine rispetto al pretermine (p 0,028), come se il termine cronologico della gravidanza corrispondesse al culmine dello SO, raggiunto al fine di innescare il travaglio e portare al momento conclusivo del parto. Sempre nella medesima ipotesi scientifica conducono i dati relativi alle correlazioni tra livelli HMGB1/presenza e modalità di travaglio: i valori medi più elevati di HMGB1 nei casi di travaglio spontaneo rispetto al travaglio indotto suggeriscono il ruolo di questa allarmina come possibile protagonista del pathways di segnali flogistici, anche a possibile produzione locale dalle membrane coriali, al fine di innescare le modifiche deciduali per condurre all'evento nascita.

Di certo, ulteriori studi sono necessari al fine di verificare questa ipotesi e spiegare i meccanismi infiammatori determinanti gli outcomes legati alla gravidanza. Inoltre, dosaggi di molecole "chiave", quali l'HMGB1, su campioni più numerosi, potrebbero aiutare a svelare la pleiotropicità di questa allarmina e le sue potenziali innumerevoli correlazioni sia con variabili cliniche materne e neonatali, che con il regolare decorso di gestazione, travaglio ed infine evento nascita.

BIBLIOGRAFIA

1. Jauniaux E, Burton GJ. The role of oxidative stress in placental-related diseases of pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2016; 45(8):775-785.
2. Romero R, Chaiworapongsa T, Alpay Savasan Z, Xu Y, Hussein Y, Dong Z, Kusanovic JP, Kim CJ, Hassan SS. Damage-associated molecular patterns (DAMPs) in preterm labor with intact membranes and preterm PROM: a study of the alarmin HMGB1. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011; 24:1444-1455.
3. Gomez-Lopez N, Romero R, Plazyo O, Panaitescu B, Furcron AE, Miller D, Roumayah T, Flom E, Hassan SS. Intra-Amniotic Administration of HMGB1 Induces Spontaneous Preterm Labor and Birth. *Am J Reprod Immunol.* 2016; 75(1):3-7.
4. Arguelles S, Machado MJ, Ayala A, et al. Correlation between circulating biomarkers of oxidative stress of maternal and umbilical cord blood at birth. *Free Radic Res* 2006; 40:565-570.
5. Mehmetoglu I, Kart A, Caglayan O, Capar M, Gokce R. Oxidative stress mothers and their newborns in different types of labour. *Turk J Med Sci* 2002; 32:427-429.
6. R. Menon. Human fetal membranes at term: Dead tissue or signalers of parturition? *Placenta* 2016; 44:1e5.
7. Ciucci A, Gabriele I, Percario ZA, Affabris E, Colizzi V, Mancino G. HMGB1 and cord blood: its role as immuno-adjuvant factor in innate immunity. *PLoS One.* 2011; 6(8):e23766. ■

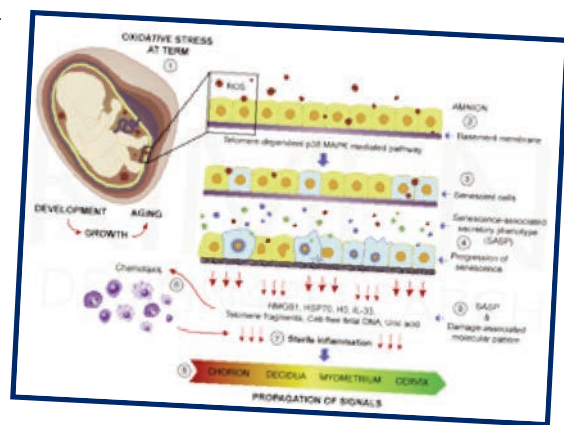


Fig. 3. R. Menon. Human fetal membranes at term: Dead tissue or signalers of parturition? *Placenta* 2016; 44:1e5.
Fig. 3: Pathways infiammatori ed ossidativi responsabili delle modifiche delle membrane fetali.



ruggeri

IL "VISSUTO"

nella malattia oncologica

L'esigenza di "fare sistema" nella gestione delle malattie oncologiche è emersa nel corso della 1° Giornata Siciliana del Malato Oncologico, svoltasi nell'Auditorium dell'Azienda Ospedaliera "Papardo" di Messina. Anchorman e mente scientifica dell'evento Vincenzo Adamo, ordinario di oncologia medica e Direttore dell'U.O. Oncologia Medica di "Papardo" ma soprattutto infaticabile organizzatore di eventi ed iniziative aventi per oggetto l'assistenza e il supporto dei pazienti tumorali e delle loro famiglie.

Non a caso, ad aprire l'evento è stata l'inaugurazione della sala biblioteca allocata nel DH del reparto, frutto della donazione di migliaia di volumi che la cittadinanza ha dedicato ai ricoverati nel corso di una raccolta allestita a Piazza Cairoli nei mesi scorsi.

La F.A.V.O. (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) riunisce oltre 500 associazioni con 25.000 volontari e 700.000 iscritti a vario titolo; dai dati snocciolati dal presidente Laura Dal Campo risulta che la Sicilia, nel 2014, è stata tra le Regioni a più bassa percentuale di posti in Hospice per 100.000 abitanti, un dato da implementare se si vuole assicurare ai pazienti oncologici terminali un "caregiving" adeguato alle loro condizioni.

Prioritario, ovviamente, il ruolo di una giusta informazione, affinché i soggetti affetti da malattie neoplastiche raggiungano un grado di "empowerment" tale da consentirgli di gestire con discreta autonomia il loro problema; tale aspetto è stato particolarmente attenzionato dalle moderatrici della tavola rotonda, la giornalista Marina Bottari e la psicologa Alba Chiarlone. Un aspetto peculiare del "vissuto" oncologico, poi, quello narrativo, cioè il racconto della malattia oncologica così come emerge dalla moderna cinematografia, tema di cui si è occupato il Dott. Virzi, psichiatra.

E' emerso infine che un'informazione di qualità - in uno con un ottimale rapporto medico-paziente - vanno in ogni caso anteposti alla tendenza, purtroppo sempre più invalsa, di ricerca di risposte a quesiti diagnostici nel web, con correlata mancanza dei necessari "filtri" e conseguente crescente e preoccupante distorsione dei contributi scientifici da parte del pubblico. ■

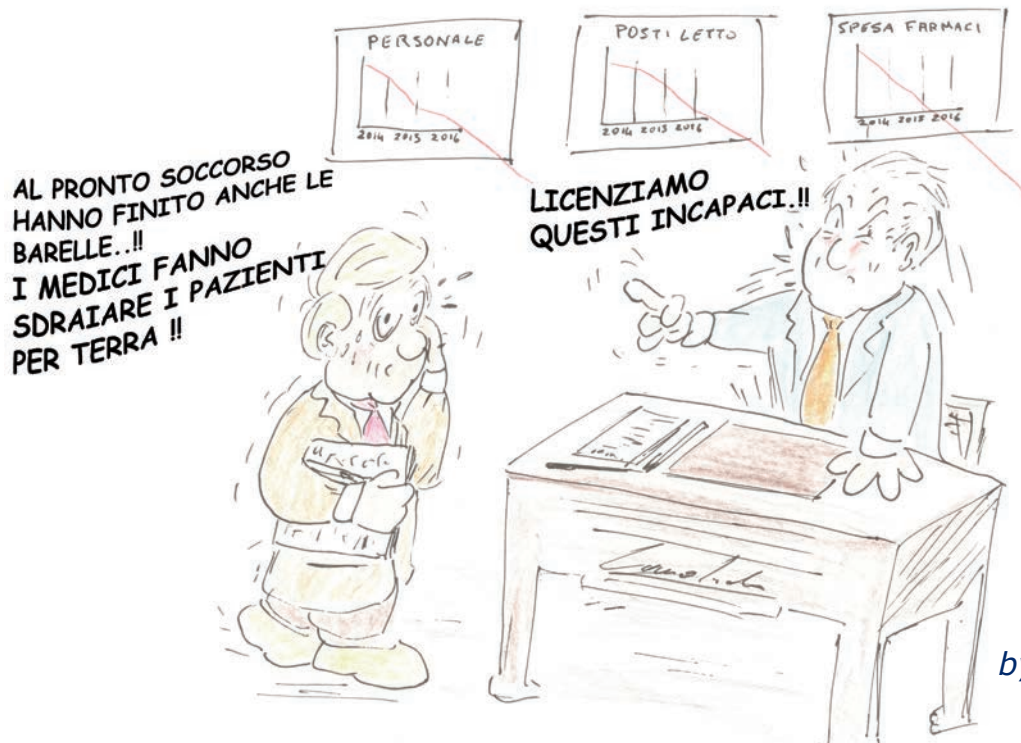
In occasione dell'inaugurazione della sala biblioteca al Papardo dedicata ai ricoverati



Un momento dell'incontro

la vignetta

DIREZIONE STRATEGICA



by candida



staropoli

Dall'esperienza clinica risulta essere sempre maggiormente rilevante una crescente comorbilità tra cefalee e depressione del tono dell'umore. E' un rapporto dualistico complesso, largamente constatato e spesso condiviso sia dai neurologi che dagli psichiatri. Sono entrambe patologie di ampia diffusione, che spesso passano misconosciute e, se possibile, ancor peggio, sono fonte di frequenti autoprescrizioni farmacologiche da parte dei pazienti sia per "sentito dire" che per acquisizione di nozioni (o pseudo tali) attraverso il web. Invero, nella pratica quotidiana solo il 50% circa dei pazienti cefalalgici si rivolgono al medico di MMG ed, ancora meno, direttamente allo specialista. I dati riportati in letteratura, invero, ci indicano come la tempistica di presentazione sintomatologica suggerisce una relazione bidirezionale in cui, ad esempio le forme emicraniche favoriscono l'esordio della depressione e viceversa. Questo elemento è indicativo di un meccanismo neurobiologico comune.

E' noto, infatti, come alla base del legame depressione-emicrania e della progressione di quest'ultima verso la forma cronica, ci sarebbe un meccanismo pro-infiammatorio, che determina alterazioni nel metabolismo del triptofano, nella trasmissione serotoninergica e nell'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. L'emicrania nel paziente depresso si può sviluppare nel 22-47% dei casi, peggiorando comunque l'outcome del quadro depressivo. Di contro, la prevalenza di un evento depressivo è di 3 - 4 volte maggiore nei pazienti emicranici rispetto a quanto osservato nei non emicranici. La depressione del tono dell'umore rappresenta, invero, un fattore di rischio aggiuntivo per la cronicizzazione dell'emicrania stessa. Proprio la qualità di vita è indubbiamente inficiata da tale associazione per un effetto, che potremmo chiamare di "sommazione", in quanto già ciascuna manifestazione clinica rappresenta di per sé un'entità destabilizzante e socialmente limitante. I risvolti pratici sono quelli ben conosciuti del deterioramento progressivo dei rapporti interpersonali intra/familiari, le difficoltà di integrazione e partecipazione all'ambito lavorativo. E' ampiamente dimostrato come nei casi di patologia cefalalgica cronica e contemporaneo disturbo depressivo aumenti significativamente il rischio suicidario.

Il problema di fondo è quello di porre una diagnosi corretta e precoce. Per far questo è basilare un'accurata e dettagliata anamnesi ed un altrettanto accurato esame neurologico e psichiatrico, effettuando tutt'al più, lì ove dovessero sorgere dubbi, indagini neuroradiologiche (RMN o TC) suppletive. Tutto inizia dalla individuazione del paziente, preventivamente selezionato dal MMG ed a secondo delle situazioni cliniche di volta in volta preponderanti, affidato allo specialista più idoneo di riferimento. Il paziente a quel punto va sottoposto ad una "informazione dettagliata" sulla propria patologia, sulla comorbilità e sulle tematiche ad essa connesse. Da questo procedimento virtuoso non vanno esclusi i familiari, che hanno un ruolo di pungolo, di stimolo, ma anche di controllo sulla ricezione e sull'acquisizione da parte dell'interessato dei consigli e delle indicazioni avanzate dal personale sanitario coinvolto. La sensibilizzazione e la partecipazione attiva della triade " medico/paziente/familiari" è garanzia di una buona gestione della problematica con risultati clinici soddisfacenti. Bisogna pertanto maggiormente sensibilizzare il MMG verso quel variegato corredo sintomatologico di confine, che spesso costituisce un campanello di allarme, un sentore di problematiche sottosoglia, che comunque sono indice di uno stato di malessere se non di malattia franca. Gli specialisti, infine, da parte loro, devono favorire la tanto decantata (ma poco attuata) multidisciplinarietà, come fattore imprescindibile per ottenere soprattutto un'ottimale gestione delle criticità collegate alle suddette patologie. ■

Il problema di fondo è quello di porre una diagnosi corretta e precoce. Per far questo è basilare un'accurata e dettagliata anamnesi ed un altrettanto accurato esame neurologico e psichiatrico, effettuando tutt'al più, lì ove dovessero sorgere dubbi, indagini neuroradiologiche (RMN o TC) suppletive. Tutto inizia dalla individuazione del paziente, preventivamente selezionato dal MMG ed a secondo delle situazioni cliniche di volta in volta preponderanti, affidato allo specialista più idoneo di riferimento. Il paziente a quel punto va sottoposto ad una "informazione dettagliata" sulla propria patologia, sulla comorbilità e sulle tematiche ad essa connesse. Da questo procedimento virtuoso non vanno esclusi i familiari, che hanno un ruolo di pungolo, di stimolo, ma anche di controllo sulla ricezione e sull'acquisizione da parte dell'interessato dei consigli e delle indicazioni avanzate dal personale sanitario coinvolto. La sensibilizzazione e la partecipazione attiva della triade " medico/paziente/familiari" è garanzia di una buona gestione della problematica con risultati clinici soddisfacenti. Bisogna pertanto maggiormente sensibilizzare il MMG verso quel variegato corredo sintomatologico di confine, che spesso costituisce un campanello di allarme, un sentore di problematiche sottosoglia, che comunque sono indice di uno stato di malessere se non di malattia franca. Gli specialisti, infine, da parte loro, devono favorire la tanto decantata (ma poco attuata) multidisciplinarietà, come fattore imprescindibile per ottenere soprattutto un'ottimale gestione delle criticità collegate alle suddette patologie. ■

Cefalee e depressione RISVOLTI CLINICI e SOCIALI



36 punti per garantire qualità, reputazione, indipendenza di giudizio e autonomia

Garantire la qualità, la reputazione, l'indipendenza di giudizio, l'autonomia. Queste le 'parole d'ordine' del nuovo statuto per l'accreditamento delle società scientifiche in odontoiatria, che sarà promulgato ufficialmente nei prossimi giorni. Trentasei punti, suddivisi in cinque articoli per il nuovo statuto, che prevede la valutazione di un Board, presieduto dal presidente della Commissione Albo Odontoiatristri (CAO) della Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatristri). A scriverlo, sono state le stesse società scientifiche odontoiatristriche, riunite in assemblea plenaria. Alla Commissione Albo Odontoiatristri è stato riconosciuto il ruolo di guida in questo percorso, oltre che di organismo accreditante.

Al via lo **STATUTO** per accreditare le società scientifiche odontoiatristriche



Il presidente nazionale CAO Giuseppe Renzo

Un processo che, come si evidenzia in una nota, "nasce da lontano - già da anni la CAO si sta adoperando in tal senso, creando anche un gruppo di lavoro - ma che ha avuto ora un'impennata anche in vista delle novità legislative in arrivo.

Il DDL Responsabilità professionale, ora in seconda lettura alla Camera, prevede infatti di affidare alle società scientifiche, mediche ed odontostomatologiche, opportunamente accreditate, il ruolo di elaborare raccomandazioni e linee guida in grado di garantire, anche a livello giuridico, la correttezza e la qualità dell'esercizio professionale".

"Una giornata storica - secondo il Presidente della CAO nazionale, Giuseppe Renzo - un momento di grande unità che affonda le radici nel lavoro di mesi e che è proiettato verso un futuro di ancora maggiore coesione e compattezza. Un futuro che ha tre parole d'ordine: qualità, autonomia, partecipazione". ■

La pubblicità sanitaria corretta e onesta, la salute NON SI VENDE

Inizia così la petizione, diretta al Presidente della Repubblica e al Ministro della Salute, e lanciata sulla piattaforma Change.org, volta a sottoporre al parere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatristri non solo i messaggi pubblicitari degli iscritti agli Albi, ma tutta la pubblicità sanitaria, anche quella ad opera di soggetti terzi, catene e società commerciali. «Firmare questa petizione è un fatto etico - è il commento del Presidente nazionale della Commissione Albo Odontoiatristri, Giuseppe Renzo -. Dobbiamo, tutti insieme, mobilitarci per difendere la Salute delle persone e la Professione. Forza, facciamo questa battaglia di valore sociale!». «Personalmente - continua Renzo - ho inoltrato a tutti i miei contatti, ai colleghi, ai Presidenti d'Ordine e ai Presidenti Cao, ai medici, ai deputati, ai senatori, ai ministeriali, ai giornalisti, ai pazienti, ai parenti, agli amici». «Chiedete ai vostri contatti di fare altrettanto - conclude - Che sia un cambiamento che nasce dal basso: costringiamo la politica e l'antitrust a mettere finalmente un freno ai profittatori e a chi vuole lucrare sulla salute e sulla malattia». ■

FIRMA ANCHE TU

<https://www.change.org/p/presidente-della-repubblica-stop-pubblicit%C3%A1-sanitaria-privata-parere-correttezza-ordine-medici-basta-con-il-mercato-delle-cure-11-000-no-al-declino-della-professione>

La legge Bersani favorisce il turismo sanitario L'Antitrust arriva TROPPO TARDI

“Quando non c'è lo spazzolino, c'è Daygum Protex”. Vi ricordate il claim della nota marca di chewing gum allo Xilitolo? Probabilmente sì, visto che per alcuni anni ha imperversato su giornali, radio e tv, accompagnata dalla splendida testimonial Filippa Lagerback. Poi spot e cartelloni sono spariti, di colpo. La ragione è semplice: quel messaggio era ingannevole. Una gomma da masticare non può sostituire lo spazzolino. A stabilirlo, il 24 luglio 2013 era stata l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato che aveva multato la multinazionale Perfetti Van Melle S.p.a.u.s., holding del gruppo Perfetti Van Melle, e Perfetti Van Melle Italia S.r.l.u.s., per “la scorrettezza di una pratica commerciale posta in essere dalle stesse” sanzionandole “rispettivamente di euro 30 mila ed euro 150 mila” e aveva anche vietato “l'ulteriore diffusione (del messaggio pubblicitario, ndr)”. Nell'occhio del ciclo- ne erano finite Happydent White Complete, Vivident Xylit (nelle versioni white e green mint), Daygum Protex (anche nelle distinte versioni Herbs white, con aloe vera e Strawberry Juice), Daygum XP e Mentos pure white. Contro le sanzioni, la multinazionale olandese aveva fatto ricorso al Tar, ma anche i giudici amministrativi il 3 gennaio 2017 le hanno dato torto, confermando le multe. Quella che all'apparenza potrebbe sembrare un'ordinaria storia di pubblicità ingannevole, in realtà, ripropone un problema irrisolto del nostro Paese: a chi spetta l'onere di vigilare sulle pubblicità sanitarie e quando le verifiche sui messaggi debbano essere fatte, se, cioè, prima o dopo il loro approdo su giornali e tv.

A grandi linee si può dire che lo spartiacque in materia è stata la legge 348 del 2006, conosciuta come legge Bersani – quella sulle liberalizzazioni –, che ha espressamente abrogato il divieto, anche parziale, di svolgere pubblicità informativa sanitaria circa titoli non prettamente specialistici, caratteristiche del servizio offerto, prezzo ecc. Da allora i vincoli relativi alla possibilità di diffondere messaggi pubblicitari sanitari sono venuti meno. In pratica, prima del 2006 era richiesta una verifica sulla loro “verità” prima della diffusione. Dopo il 2006, il controllo è stato posticipato e affidato all'Antitrust. Questo perché l'Europa ha stabilito che la salute è una merce come tutte le altre e che i medici sono dei venditori di prestazioni, esattamente come le società telefoniche o gli imbianchini. E che quindi devono soggiacere allo stesso principio: la concorrenza leale.

Tuttavia, ci si potrebbe chiedere cosa ne sappia l'Agcm su Xilitolo (come nel caso dei chewing gum) o della capacità di un tal prodotto di far ricrescere i capelli. O, ancora, delle capacità di quel medico rispetto a un altro, dato che si differenziano solo per il costo delle prestazioni offerte. Denti bianchi e alito fresco a parte, la questione del messaggio ingannevole sul tal medico o dell'affidabilità della tal clinica rientra in una partita ben più ampia e ricca: quella del turismo sanitario. Si calcola che siano almeno 200 mila gli italiani che ogni anno si imbarcano su un aereo per affidarsi a medici soprattutto dell'Est Europa per ricorrere a cure dentali, chirurgia plastica, cure per la fertilità e trattamenti anti-obesità (in quest'ordine, secondo il ministero della Salute). Naturalmente, l'odontoiatria la fa da padrone: a proposito, la nuova Mecca ultimamente è l'Albania, dove le agenzie di viaggio offrono pacchetti comprensivi di ponti, corone, soggiorni in resort ed escursioni turistiche. E anche rimanendo nel nostro Paese, chi non si è mai imbattuto in una pubblicità di una clinica dentarie low cost, che assicura tempi di cura più brevi, alta qualità delle prestazioni e costi ipercompetitivi?

«La pubblicità non dovrebbe attenere al mondo della salute e, soprattutto, l'Agcom non è in grado di vigilare su di essa. E, infatti, spesso non presta quella massima attenzione che invece sarebbe dovuta», dice chiaro e tondo Giuseppe Renzo, presidente della Cao, Commissione Albo odontoiatristri, «viviamo il paradosso di pubblicità diffuse in Italia di cliniche odontoiatriche poste in Paesi dove la stessa pubblicità sarebbe vietata!». Per il Presidente degli odontoiatristri italiani si dovrebbe tornare all'antico, affidando agli ordini professionali l'onere di verificare un messaggio sanitario prima della sua diffusione, perché «se si agisce solo ex post e con la mentalità commerciale dell'Antitrust, si interviene quando il danno ormai è stato fatto». Ma come si rompe il circolo vizioso per il quale un cittadino che deve farsi una protesi ma non può permettersela in Italia, finisce col mettersi nelle mani di un professionista albanese, scelto solo in base a una pubblicità che potrebbe anche essere falsa, perché nessun organismo ne ha verificata l'autenticità...? Inoltre, spesso l'alternativa al dentista di Tirana è il non curarsi affatto. «Noi professionisti possiamo calmierare le nostre tariffe, tuttavia il cittadino deve sapere bene che alcuni costi odontoiatrici sono incomprimibili», continua Renzo, «Tanto è vero che lo Stato non assicura le nostre prestazioni perché sostiene non ci siano i fondi. Un'altra via è sicuramente la prevenzione in età scolare, che potrebbe abbattere le patologie del 50% a costi irrisori. Abbiamo più volte proposto al ministro della Salute Beatrice Lorenzin un piano di salute integrato, pubblico-privato, ma il Ministro è distratto da altre questioni, purtroppo!». ■

Responsabile U.O. Consultori Area Metropolitana e Jonica
Dirigente Ginecologa Consultorio Familiare
"Via del Vespro" ASP Messina

barbaro*



Il percorso assistenziale della COPPIA INFERTILE

L'integrazione del C.F. con i Centri di Medicina della Riproduzione (PMA)



Le indicazioni per trattare la Fertilità, nell'ambito di una collaborazione tra Ospedale e territorio, sono:

1. Utilizzare i fondi della legge 40 del 19/02/2004 art 1 c. 1, 2, 4, per l'informazione e la prevenzione dell'infertilità e delle MST;
2. Formazione specifica e comune degli operatori (MMG, PLS, Ginecologi Consultoriali ed Ospedalieri) sec. L'Ordinanza della Corte Costituzionale n° 54 dopo pubblicazione in G.U. del 18/03/2016;
3. Proporre lo screening per la Chlamydia T. unitamente al 1° Pap-Test da fare all'inizio della vita sessuale;
4. Prevedere informazione specifica rivolta alla popolazione giovanile delle scuole superiori, con incontri su Orientamento alle scelte riproduttive e di formazione;
5. Favorire la ricerca rispetto alle MST considerando il genere;
6. Informazione e comunicazione specifica rivolta alle 12enni ed ai loro genitori sulla vaccinazione contro l'HPV. Negli ultimi 5 anni, 64mila nascite in meno. Il 20% delle coppie ha difficoltà a procreare per via naturale e l'età media in cui si fanno i figli è cresciuta notevolmente. E' una rivoluzione culturale che vedrà coinvolti: MMG, PLS, Cons. Fam., Università, Ospedali e centri PMA e poi cittadini, farmacisti, scuole e Az. Sanitarie, etc etc. Perciò nel 2050, la popolazione inattiva sarà dell'84% per aumento della popolazione anziana longeva a causa dei fat-

tori sanitari, economici, culturali e sociali. La sequela corretta di intervento dovrebbe essere quella di un inquadramento diagnostico a livello delle strutture territoriali e successiva, eventuale, gestione terapeutica ospedaliera. Il C.F., dovrà essere la prima tappa del percorso sanitario dedicato alla paziente infertile, in stretto dialogo col successivo livello terapeutico ospedaliero come lo è già per il percorso nascita in tutto il suo processo di umanizzazione. Una volta informata correttamente, una coppia può così responsabilmente decidere di proseguire il percorso riproduttivo, di scegliere altre strade come l'adozione o di accettare la propria condizione di infertilità. Il compito dei C.F. dunque, è quello di seguire tutta la fase diagnostica dell'infertilità finalizzata, alla ricerca delle cause e di identificare eventuali fattori di rischio ove possibile. Spettano ai C.F. le indagini di 1° livello che prevedono:

- Anamnesi personale e familiare della coppia;
- Esame obiettivo ed ecografia pelvica della donna e dosaggi ormonali;
- Esame del liquido seminale e dosaggi ormonali per l'uomo;
- Il progressivo procrastinare dell'età media, alla quale le coppie decidono di riprodursi, fenomeno socio-culturale che ha caratterizzato gli ultimi decenni nel mondo occidentale, ha quindi ripercussioni fondamentali sulla fertilità. L'integrazione con i centri PMA concludono l'iter con il percorso terapeutico che deve osservare alcune regole fondamentali e cioè:
- Ripristinare la fertilità spontanea ove possibile;
- Tempo "di attesa" massimo 6-12 mesi;
- Scegliere il trattamento considerato "ottimale". Nella scelta del trattamento devono inoltre essere tenuti in considerazione:
- L'età della partner femminile se oltre 35 anni;
- La durata dell'infertilità se > 3 anni e se più severa per compromissione organi riproduttivi;
- Associazione di più fattori incrociati nella coppia. E' comunque sempre importante informare correttamente ogni coppia perché abbia il diritto di decidere. ■

Vaccini nei bimbi in calo, nasce un CENTRO D'ASCOLTO

La polemica, spesso artificiosa, sulle conseguenze della somministrazione di vaccini ai bambini ha avuto quale conseguenza un calo importante delle vaccinazioni, anche di quelle che hanno contribuito ad eradicare, nei paesi del mondo detto occidentale industrializzato, malattie mortali o fortemente invalidanti quali morbillo, poliomielite ecc ... La confusione che notizie allarmistiche, prive di alcun fondamento scientifico, ha procurato nella popolazione in tutto il mondo e nei genitori in particolare, ha raggiunto anche in Italia punte allarmanti con ricadute sulla salute dei bambini, e non solo, manifestandosi con episodi significativi di gravi incertezze: liti tra genitori sull'opportunità della somministrazione di vaccino, sentenze di tribunali che, contro ogni evidenza scientifica, hanno condannato il Ministero della Salute a risarcimenti per conseguenze della somministrazione di vaccino ed altro. Per tale motivo l'Osservatorio Permanente Eventi Giudiziari in Ambito Medico (O.P.E.G.A.M.), ha ritenuto opportuno istituire un Centro informativo su vaccini e vaccinazioni, sollecitando la collaborazione del Collegio Provinciale delle Ostetriche/i e del Sindacato Medici Pediatri di Famiglia (SIMPEF). L'O.P.E.G.A.M. associazione di operatori sanitari, medici, ostetriche, infermieri e operatori del diritto, avvocati ecc. ha tra le sue finalità la prevenzione o la riduzione del contenzioso medico legale e la formazione degli operatori e vede questo Centro di ascolto come momento prezioso per favorire uno scambio tra operatori preparati ed utenti che hanno utilità di un supporto non solo scientifico. Offrendo la disponibilità a comprendere i reali bisogni e fugando l'ansia dei genitori, indicando le strutture sanitarie qualificate per rispondere ad esigenze di carattere strettamente assistenziale. La disponibilità del Collegio delle Ostetriche/i appare di grande rilevanza poiché sono le professioniste che assistono le donne in gravidanza ed in questo periodo di dialogo privilegiato possono ben preparare le future mamme a quale sia il miglior modo per fornire una corretta condotta sanitaria per i figli. Non meno importante si rivela la collaborazione della SIMPEF che mette a disposizione personale specialistico particolarmente preparato su un argomento che si dimostra di così grande delicatezza ed attualità. Il centro sarà attivo al N° 090.2936863, in una prima fase, tutti i martedì dalle 10,00 alle 12,00, tutti i giovedì dalle 10,00 alle 12,00 e tutti i sabato dalle 17,00 alle 19,00. ■



papardo

"Migliorare la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari attraverso la riduzione di esami diagnostici e di trattamenti che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritti, ma possono, al contrario, esporli a rischi".

Sono queste le parole di Slow Medicine, rete di professionisti e di cittadini che ha lanciato in Italia, a fine 2012, in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti, il progetto "Fare di più non significa fare meglio". Progettualità che ha visto l'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina come capofila della Regione Sicilia con l'obiettivo di identificare le pratiche a rischio di inappropriata nelle diverse discipline mediche attraverso il coinvolgimento delle società scientifiche regionali.

Nello specifico, l'impegno dell'Azienda è stato quello di creare delle alleanze tra i professionisti della salute e i cittadini/pazienti per un vero cambiamento culturale di tutti gli attori interessati attraverso una diffusa informazione e formazione del progetto, utile a migliorare il dialogo e le relazioni tra professionisti della salute e pazienti affinché possano insieme fare scelte condivise con una maggiore attenzione alla prevenzione dei rischi e rafforzare il rapporto di fiducia tra il cittadino ed il sistema sanitario.

SLOW MEDICINE: "fare di più non significa fare meglio"

Il progetto, il cui responsabile scientifico è il prof. Giacomo Nicocia, ha avuto inizio a febbraio 2015, periodo in cui sono stati avviati incontri con i referenti dell'Associazione "Slow Medicine" per la definizione del piano progettuale. Si sono tenute varie riunioni con i direttori delle UU.OO.CC. per la presentazione e l'implementazione della progettualità e l'individuazione di professionisti per la costituzione di gruppo di lavoro. Successivamente il gruppo regia del progetto ha individuato, assieme agli specialisti ed alle società scientifiche, varie pratiche a rischio inappropriata: in reumatologia (coordinate dal dott. Aldo Molica del Papardo) endocrinologia (Prof. Salvatore Cannavò e dott.ssa Rosaria Ruggeri del Policlinico di Messina), cardiologia (dott. Gaetano Satullo del Papardo) odontoiatria (prof. Giacomo Oteri del Policlinico di Messina), medicina di laboratorio (lavori coordinati dal dott. Giuseppe Falliti del Papardo).

Le pratiche sono state presentate nel corso di iniziative pubbliche a Messina, Palermo e Ragusa. Altre pratiche sono in fase di definizione da parte dei professionisti siciliani. A breve infatti saranno definite radiodiagnostica, infermieristica in area cardiologica e dolore cronico in reumatologia, quest'ultima nel corso di una iniziativa nazionale a Roma. Ed ancora, nei prossimi mesi l'avvio di una campagna di sensibilizzazione sul corretto uso degli antibiotici. In Italia il progetto di Slow Medicine sta avendo grande seguito e la Sicilia, grazie all'intensa e proficua opera del Papardo è tenuta in grande considerazione dai vertici del movimento. Lo scorso novembre a Palermo, nel corso della presentazione delle pratiche a rischio inappropriata in cardiologia, il dott. Marco Bobbio, del direttivo nazionale, ha preso parte alla sessione complimentandosi con il lavoro svolto; così come il referente di Slow Medicine nell'isola, il dott. Domenico Colimberti.

Davvero ambizioso l'obiettivo del progetto fortemente voluto dal Direttore Generale dott. Michele Vullo, dal Direttore Sanitario dott.ssa Paolina Reitano e dal responsabile scientifico prof. Giacomo Nicocia: sviluppare un programma regionale per l'appropriatezza delle cure con il coinvolgimento delle diverse società medico dando poi diffusa informazione e formazione ai professionisti della salute del progetto e dei risultati attraverso la realizzazione di eventi, workshop e pubblicazioni coinvolgendo soprattutto i medici di medicina generale.

In sintesi consolidare il rapporto di dialogo e fiducia tra professionisti della salute e cittadini affinché si possano effettuare scelte eque, informate, condivise e soprattutto utili e non dannose per il paziente. L'assessorato della Salute della Regione segue con grande attenzione ed interesse il progetto tant'è che è in fase di elaborazione un decreto ad hoc, al termine della progettualità. ■



? Nuova rubrica indovina chi è

Indovina chi è il medico nella **foto d'epoca**

e scrivi la risposta a messinamedica@omceo.me.it

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

SOLUZIONE NUMERO 7/2016: Nino Panasiti

hanno indovinato i dottori Gaetano Messina e Giuseppe Caminiti...

complimenti! ■

QuiConviene e Sidis offrono prodotti di qualità senza glutine

Secondo l'ultima relazione annuale del Ministero della Salute, risalente al 2014, i celiaci in Italia sono 172.197, numero in continuo aumento, quindi sono sempre di più le aziende che producono alimenti **privi di glutine**, specifici per chi soffre di questa importante infiammazione cronica dell'intestino tenue.

A Messina l'azienda **Commerciale GICAP Spa**, che ha da poco compiuto 50 anni di vita, ha deciso di proporre nei suoi supermercati (marchi QuiConviene e Sidis), una serie di **prodotti dedicati alle persone celiache**: dai cereali alla pasta, dai crackers alle fette biscottate,

dai biscotti ai grissini, dalla pizza ad altro ancora. Molti celiaci infatti soffrono quotidianamente l'impossibilità di mangiare o persino assaggiare, tanti dei cibi e sapori tipici della cucina italiana e, in alcuni casi, corrono il rischio di peggiorare la loro situazione. Da qui l'esigenza e l'obiettivo dei supermercati **QuiConviene e Sidis**, presenti in **Sicilia e Calabria** e in particolare a **Messina** e nella sua **provincia**, di mantenere vivo il **gusto** dei celiaci e la **qualità alimentare**. La celiachia

CELIACI sì ma con GUSTO

richiede di appositi esami per essere diagnosticata: la ricerca sierologica e la biopsia della mucosa duodenale, che devono essere fatti quando ancora si assume il glutine nella propria dieta. L'autodiagnosi è altamente sconsigliata dato che, per via della grande varietà di sintomi che può dare la celiachia, può essere confusa con molte altre patologie. Tra i segnali d'allarme: forte diarrea, dimagrimento, mal di pancia e stitichezza, gonfiore, disturbi della memoria, depressione, disturbi del ciclo mestruale, vomito; se non trattata può portare anche a complicanze molto più gravi come il linfoma intestinale. ■

La celiachia, può essere confusa con molte altre patologie. Tra i segnali d'allarme: forte diarrea, dimagrimento, mal di pancia e stitichezza, gonfiore, disturbi della memoria, depressione, disturbi del ciclo mestruale, vomito; se non

trattata può portare anche a complicanze molto più gravi come il linfoma intestinale. ■



Alcuni dei prodotti per celiaci in vendita nei supermercati QuiConviene e Sidis

Uno degli
alimenti
più diffusi
nel pianeta

Originaria delle Ande la patata è uno degli alimenti più diffusi in tutto il pianeta. Il suo uso è frequentissimo in tutti i continenti. Da sempre è stato considerato un alimento povero, ma in periodi di carestie è stato uno degli alimenti che è riuscito a sfamare anche le popolazioni più indigenti, per la facilità della sua produzione e per il suo facile reperimento. Le patate hanno nelle nostre latitudini principalmente un colore della pasta bianco o giallo, ma nel sud America sono variabilissime dal viola al blu, al grigio, al nero, colori ai quali sono legate le presenze di tantissimi elementi nutrizionali. In Sicilia c'è la famosa patata di Giarre coltivata prevalentemente nella piana del Chiancone e dell'Etna, che riesce a coprire ben tre stagioni, da quella autunnale a quella invernale a quella primaverile. Un tempo le patate di Giarre venivano esportate in tutta Europa, fino al suo definitivo assottigliarsi in produzione solo a scala locale, benché pregiata e ricercata, verso la fine degli anni sessanta, la "Patata di Giarre" (o Riposto o Carruba) era una coltivazione associata al vigneto e dal vigneto aveva avuto origine. Le varietà maggiormente coltivate ed apprezzate del tempo erano la Spunta e Sieglinde, oggi si sono aggiunte altre varietà come la Arinda, la Labadia, mentre sembra ormai dimenticata la pregiata Sieglinde. Caratteristiche l'estrema sottigliezza della buccia praticamente trasparente, che al tatto rivela una estrema delicatezza tale da poterla eliminare col solo sfregamento dell'unghia. Le Patate contengono la vitamina C, il potassio e la vitamina B5, oltre a tracce di tiamina, niacina, magnesio, fosforo, ferro e zinco e possono contenere anche selenio e litio oltre ad alcuni polifenoli e carboidrati complessi. Sono ottime per contrastare il diabete, inoltre hanno attività antinfiammatori e sono molto energetiche, 100 g di patate contengono 85 kcal. Le patate contengono una sostanza antitumorale, l'acido cloro genico, spiega Mary Ellen Camire, Professore associato e capo del Dipartimento di Scienza Alimentare e Nutrizionale Umana della University of Maine a Orono. "Per trarre il massimo giovamento dalle proprietà antitumorali delle patate, bisogna mangiare anche la buccia o, in alternativa, bollirle senza sbucciarle e usare l'acqua di cottura per altri piatti, per esempio minestre o stufati." Le patate contengono solanina, una sostanza tossica che, se assunta in grandi quantità, può provocare debolezza, crampi muscolari e mal di testa. In alcuni casi gravi può portare perfino alla perdita di coscienza o al coma. La solanina è particolarmente abbondante nella patata germogliata e in quelle verdi o con macchie verdi che sono quindi da evitare. In alternativa una cottura delle patate ad alte temperature, che superino i 170°, distrugge parzialmente questo elemento tossico. E' altresì importante non mangiare le patate cotte dopo le 24 ore perché potrebbero contenere la solanina che è un glicoalcaloide tossico, che se in alte concentrazioni, è in grado di aumentare la permeabilità della parete intestinale (Leaky Gut) nei soggetti predisposti. Le patate influenzano l'indice glicemico, in quanto sono ad alta quantità di glucidi. In effetti ciò dipende da alcune variabili quali la varietà, quelle a buccia rossa, dalla zona di coltivazione, dal metodo di cottura, meglio al forno che fritte e soprattutto dal momento della giornata in cui viene mangiata, se infatti si rispettano i ritmi circadiani mangiandola a pranzo, si hanno meno effetti sull'indice glicemico. Uno dei consigli ad esempio è quello di mangiare le patate bollite dopo averle fatte raffreddare, in questo modo si riduce l'indice glicemico. Le patate fritte a causa dell'aggiunta di grassi saturi dovuti alla frittura, diventano molto più caloriche e perdono anche gran parte delle loro proprietà benefiche. È importante sapere che la patata è un alimento con un alto potere assorbente ed ha quindi un comportamento simile a quello di una spugna. Per questo motivo assorbe anche i pesticidi ed i veleni eventualmente utilizzati durante la sua coltivazione, divenendo così un pericolo, quindi è consigliabile acquistare patate di provenienza biologica. ■

La PATATA



RICETTA

Torta di patate al forno

INGREDIENTI

Un kg di patate a pasta gialla non troppo grosse, 2 cipolle bianche di media grandezza, 4 pomodori maturi, un cucchiaino di origano secco, Sale, Pepe.

PREPARAZIONE

Sbucciate le patate, lavatele, tagliatele in 4 spicchi, immergetele in una pentola con acqua salata e fatele cuocere per 5 minuti, coperte. Intanto sbucciate le cipolle e tagliatele a fettine sottili. Lasciatele per qualche minuto in acqua fredda perché perdano il loro sapore acuto. Scolate le patate, lasciatele intiepidire poi tagliate ogni spicchio a fette sottili. Imburrate una pirofila, una teglia tipo antiaderente, distribuite sul fondo uno strato di patate, poi fate uno strato di cipolle che profumerete con un po' di origano. Poi ancora uno strato di patate e uno di cipolle. Su tutto, infine, disponete i pomodori spezzettati: insaporite con una presa di sale e una macinata di pepe. Mettete la teglia in forno caldo a 190° e cuocete per 30 minuti. Servite ben caldo. ■



Messinese d'adozione, costruì un patrimonio poi depauperato dalla guerra nel 1943

Andrea Calamech nacque a Carrara nel 1524, messinese d'adozione, discepolo dell'Ammanati, ebbe i primi contatti con l'ambiente artistico della nostra città negli anni 1549-52, relativi al trasporto di marmi di Carrara per i lavori della nostra Cattedrale, diretti allora dal grande Montorsoli (del quale ebbi a scrivere in un numero precedente). Messina in quei tempi era porto principale del Mediterraneo, percorsa da traffici internazionali, invasa da mercanti di ogni nazionalità ed era considerata la capitale economica della Sicilia e rivaleggiava con Palermo per la priorità politica.

ANDREA CALAMECH architetto scultore



Statua
di Andrea Calamech

In questo contesto Andrea Calamech, assieme ai suoi congiunti, costruiva allora un patrimonio artistico urbano di grande valore che purtroppo fu completamente depauperato dalle sciagure abbattutesi a Messina con i bombardamenti del 1943 che hanno mutato il volto della Città. Bisogna ricordare che anche tante sue opere sono andate perdute in seguito al terremoto del 1908. Collaborò

alla fontana del Nettuno con il Montorsoli, alla realizzazione in tutta la provincia messinese di varie chiese, palazzi, statue ed a Messina al piano regolatore cittadino. Nel 1563 fu chiamato dal Senato Messinese per sovrintendere, come capomaestro, ai lavori del Duomo e dopo un breve ritorno in Toscana per dei lavori importanti che gli erano stati commissionati, ricevette l'incarico di protomastro e scultore ufficiale della nostra città ed ancora architetto urbanista per circa un ventennio. A Messina fondò una scuola d'arte, molto importante, per la grande personale ideazione architettonica urbanistica. Unica sua opera sopravvissuta ai grandi dissesti è il monumento bronzeo di Giovanni d'Austria, eseguito nel 1592 per commemorare la battaglia di Lepanto, oggi ubicato dinanzi il prospetto della Chiesa Santissima dei Catalani, in precedenza collocato nella piazza del Palazzo Reale.

Don Giovanni d'Austria era figlio naturale di Carlo V, sbarcò a Messina per prendere il comando della grandiosa flotta cristiana, che a Lepanto aveva fermato l'avanzata dei Turchi nel Mediterraneo, favorito dalla consultazione delle mappe disegnate dal messinese Francesco Maurolico. Approfitto per ricordare, in quel periodo, la presenza a Messina dello scrittore spagnolo Miguel Cervantes ricoverato in ospedale in seguito ai danni riportati durante la battaglia di Lepanto, che gli fece perdere l'uso della mano sinistra. Proprio nella nostra città cominciò a comporre la sua opera più importante "don Chisciotte della Mancia" con il titolo originario in spagnolo "EL ingenios hidalgo don Quizote de la Mancha". Questo periodo di forzata attività per la convalescenza, dovuta al danno ricevuto in battaglia, lo costrinse a dare sfogo al suo talento di scrittore, professione che lui pensava gli potesse dare in seguito da vivere.

Ebbe una vita avventurosa con molti mestieri e peripezie, ma l'immortalità del don Chisciotte lo ripagò in gloria e denari, tanto che lui ebbe a dire: le mie opere sono solo mie, non imitate né rubate, le ha concepite il mio ingegno e partorite la mia penna e stanno crescendo nelle braccia della stampa mondiale.

Del nostro Calamech si conservano nel Museo di Messina caratteristici pezzi architettonici che testimoniano la sua arte. Morì a Messina nel 1589, continuarono la sua opera il figlio Francesco ed i nipoti Lorenzo, Lazzaro e Iacopo, suoi discepoli.

A Messina, intestata a suo ricordo una via, ed ogni anno viene rievocato lo sbarco di don Giovanni con un corteo storico in costume. ■

La Medicina tra aforismi massime e pensieri

a cura di **Vittorio Nicita Mauro**

Le ferite dei vincitori guariscono prima delle ferite dei vinti.
Anonimo medico militare dell'Antica Grecia

*

La medicina ha fatto così tanti progressi che ormai più nessuno è sano.
Aldous Huxley, scrittore inglese, 1894-1963

*

In chirurgia estetica facciale guai a strafare. Perché strafare significherebbe creare una finzione, una maschera senza espressione.
Ivo Pitanguy, chirurgo plastico ed estetico, 1923-2016 ■



Letterio Rizzo, U.O.
Ortopedia e Traumatologia
IRCSS Bonino-Pulejo -
Ospedale Piemonte

Trattamento con PRP in Ortopedia e Medicina dello Sport

Il trattamento con PRP (Plasma Ricco di Piastrine) è stato ipotizzato poco più di quarant'anni fa; venne adottato praticamente nel 1987 (chirurgia a cuore aperto) e infine estensivamente nella seconda metà degli anni '90. In ambito sportivo si è osservato un fulmineo ricorso a questa metodica di trattamento, dopo che atleti top-level, quali Tiger Wood (golf), Rafael Nadal (tennis), Kobe Bryant (basket), Alex Rodriguez (baseball) e molti altri, vi hanno fatto ricorso, o come alternativa a trattamenti tradizionali o associati ad essi, o dopo interventi chirurgici. Il Dr. Letterio Rizzo, ortopedico

dell'U.O. di Ortopedia e Traumatologia dell'IRCCS "Bonino-Pulejo" - Ospedale Piemonte, diretta dal Dr. Enrico Montagnese, ha introdotto questo innovativo trattamento tra le metodiche in uso, con ottimi risultati. Il PRP si ottiene prelevando una quantità variabile di sangue (15-60 ml) dal paziente da trattare; il sangue così ottenuto viene sottoposto a centrifugazione (esistono diverse modalità). Terminato il processo, si preleva il soprannatante costituito per il 94% da plasma e piastrine e per il restante 6% da emazie e qualche leucocita. Il

contenuto in piastrine sarà quindi pari a 3-5 volte la norma. Tale soprannatante viene quindi inoculato sterilmente nella sede da trattare. Ciò che del PRP è agente attivo sono diversi fattori di crescita. Tra i più importanti: il TGF- β (fattore di crescita trasformante, il PDGF (fattore di crescita derivato dalle piastrine), l'IGF-1 e -2 (fattore di crescita simil-insulinico) i VEGF (fattori di crescita vascoloendoteliali), il FGF-2 (fattore di crescita per i fibroblasti-2), l'EGF (fattore di crescita epidermico), il CTGF (fattore di crescita del connettivo), l'Interleuchina-8). TGF β 1-, IGF-1, e PDGF stimolano la proliferazione delle cellule mesenchimali; e in particolare, il TGF- β 1 stimola la produzione di matrice extracellulare, compreso il collagene, come il CTGF. Questi fattori sono importanti per stabilizzare il tessuto nelle fasi iniziali del processo riparativo, ma possono anche condurre alla produzione di tessuto connettivo fibroso e alla formazione di tessuto cicatriziale. Il VEGF e il FGF-2 stimolano la neoformazione di vasi sanguigni che, a loro volta, apportano nutrienti e cellule progenitrici alla sede di lesione. Altri fattori contenuti nel PRP stabilizzano i neovasi. Le indicazioni principali del trattamento con PRP comprendono le lesioni tendinee, legamentose e muscolari, in particolare quelle croniche, tipicamente scarsamente vascolarizzate. Il PRP può essere utilizzato isolatamente o in associazione a trattamenti tradizionali (terapia fisica, infiltrazione con cortisonici depot o acido ialuronico o polidesossiribonucleotidi, interventi chirurgici, onde d'urto). Sindromi della cuffia dei rotatori, epicondiliti, tenosinoviti, condropatie, lesioni muscolari anche recenti, meniscopatie, fasciti plantari, sono le patologie che meglio rispondono al trattamento, spesso con risultati eclatanti e anche dove altri trattamenti hanno fallito. Utilizzati altresì durante o dopo interventi sui tendini, sui legamenti o sulle articolazioni, per accelerare il processo di guarigione. In questo senso sono utilizzate estensivamente negli sportivi sottoposti a ricostruzioni tenolegamentose (legamenti collaterali e crociati, tendini d'Achille e della spalla) per velocizzarne il recupero e consentir loro di tornare più rapidamente in attività. Il trattamento standard prevede tre infiltrazioni ad intervalli di 5-10 giorni uno dall'altro. Eventualmente da ripetere dopo 6-9 mesi. Per essere sottoposto al trattamento, totalmente gratuito, il paziente può rivolgersi direttamente o essere inviato dal proprio medico di famiglia al reparto di Ortopedia dell'Ospedale Piemonte (tel. 090 222 4830). ■



GALATI MAMERTINO encomio per Domenico Buda

Nell'Aula Consiliare "S. Carnevale" di Galati Mamertino, l'Amministrazione Comunale ha conferito un encomio al cardiologo dott. Domenico Buda, specialista Ambulatoriale Cardiologo dell'ASP 5 di Messina, in occasione del suo 25esimo anniversario di servizio presso il Poliambulatorio del paese. Il Vice-Sindaco Amadore ha ringraziato, a nome di tutta l'Amministrazione, il Dott. Domenico Buda, per il grande impegno svolto per il paese di Galati e la grande dedizione per aiutare tutta la comunità. Ha letto anche un saluto del Sindaco Dott. Nino Baglio.

Infine il Vice-Sindaco galatese ha ringraziato il Prof. Salvatore Fabio, che ha voluto fortemente organizzare la cerimonia di premiazione del Dott. Domenico Buda. Il Presidente del Consiglio Calogero Barone ha fatto notare come il Dott. Domenico Buda abbia dimostrato, durante questi 25 anni di servizio, grandi doti di umanità e di professionalità. Il Prof. Fabio ha ricordato come il Dott. Domenico Buda abbia compiuto i 25 anni di servizio presso l'Asl di Galati il 5 Luglio scorso; a suo parere si tratta di un bel traguardo, di una tappa essenziale che gli ha permesso di guardarsi indietro e di fare un bilancio della sua attività. Il Prof. Fabio ha donato al Dott. Buda una pergamena ricordo con tre miniature, tra cui l'emblema del Comune di Galati Mamertino. In conclusione è intervenuto il Dott. Domenico Buda, il quale ha affermato di essere onorato di ottenere un riconoscimento così importante per il lavoro svolto. Ha spiegato come, nei 25 anni di servizio nel paese galatese, ha stretto ottimi rapporti con tutta la popolazione, e ha effettuato ringraziamenti doverosi al Prof. Fabio, il promotore dell'iniziativa, all'Amministrazione e al Consiglio Comunale, ad alcuni dei collaboratori nell'ambulatorio di Galati e alla propria famiglia presente nella Sala Consiliare. ■

L'importanza di affidarsi a mani esperte per non avere complicazioni

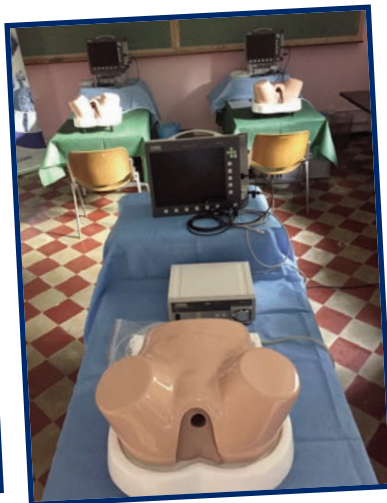
Se dovessimo mettere ai voti quanti di noi affetti da un problema chirurgico vorrebbero essere operati da un chirurgo esperto piuttosto che da un chirurgo in formazione, la risposta sarebbe certa: 100% da un chirurgo esperto! Per tale motivo le società chirurgiche, a maggior ragione quelle urologiche, si stanno muovendo per perfezionare sempre di più il training dei propri medici così da garantire un minor numero di complicanze riconducibili all'inesperienza dell'operatore. Si è tenuto ad Erice il "9th International Course of Flexible Ureterscopy and Lower Tract Endourology" organizzato dal Prof. Lorenzo Defidio di Roma in collaborazione con il Prof. Anup Patel, Urologo Londinese. Tale congresso si è tenuto

UROLOGIA esperti a confronto a ERICE

presso l'Ettore Majorana Foundation and Centre for Scientific Culture nell'ambito del 17 corso della International School of Urology and Nephrology di cui il presidente è il Prof. Carlo Pavone dell'Università di Palermo. Numerose sono state le presenze internazionali di spicco del settore, garantendo quindi un alto livello di interesse scientifico dell'evento. Oltre a numerosi contenuti scientifici teorici, all'interno del convegno si è tenuta una vasta sessione di chirurgia simulata coordinata dal Dr.

Alessandro Calarco, di origini messinesi, formatosi al Policlinico Gemelli ed attualmente urologo presso l'Ospedale Cristo Re di Roma. Tale sessione, organizzata in collaborazione con le più importanti aziende del settore (Olympus, Cook Medical, Storz e Coloplast) ha dato l'opportunità ad un ampio numero di discenti provenienti da Italia, Grecia, Oman, Macao, Argentina, Cina, ecc ecc di poter approcciare e prendere confidenza con le più innovative tecnologie Endourologiche per il trattamento di calcoli e tumori della via urinaria. Le postazioni di hands-on allestite sono state gestite da 4 tutors esperti appositamente selezionati per garantire un massimo livello formativo ovvero lo stesso Dr. Alessandro Calarco, il Dr. Mauro De Dominicis (Ospedale Cristo Re, Roma), il Dr. Francesco Berardinelli (Ospedale San Pio da Pietralcina, Vasto) ed il Dr. Luca Villa (Policlinico San

Raffaele, Milano). Le tecnologie utilizzate prevedevano l'uso di simulatori "human like" ovvero dotati di una grande somiglianza con l'apparato urinario dell'uomo così da consentire una navigazione ed una manipolazione delle attrezzature che dessero la massima utilità in termini di resa. Gli strumenti messi a disposizione prevedevano per ogni postazione una colonna video digitale, un ureteroscopio digitale flessibile, un ureteroscopio semi-rigido ed un cistoscopio, oltre che svariati accessori indispensabili per portare a compimento tali delicate procedure. Le sessioni formative sono volte ad accrescere il livello tecnico di tutte le procedure endourologiche quali la RIRS (Retrograde IntraRenal Surgery). Tali procedure rappresentano l'ultima frontiera in termini di tecnologia e di mininvasività per il trattamento non chirurgico di numerose patologie urologiche, limitando così ad un numero di pazienti ormai irrisorio la necessità di dover utilizzare un approccio chirurgico per la risoluzione di patologie benigne e tumorali. Al termine delle sessioni si sono tenute, per il secondo anno consecutivo, le Endolympics, gare di abilità nell'uso dell'ureteroscopio flessibile. Il premio, consegnato dal Prof. Carlo Pavone e dal Dr. Alessandro Calarco, ha visto sul podio due medici dell'Università di Palermo ed uno dell'Università di Verona. Tali iniziative tendono a sottolineare l'importanza della formazione chirurgica, dell'acquisizione della manualità e della conoscenza delle nuove tecnologie che consentono di ottenere migliori risultati, riducendo al minimo il rischio di complicanze. ■



Alcuni momenti del convegno



baeli

Il paziente con patologia oncologica a prognosi infausta, il malato terminale, necessita di una assistenza globale e complessa che comporta un impegno costante di più figure professionali. Le situazioni e i bisogni sono diversi. Sono sanitari, come il trattamento del dolore, dei sintomi come la nausea, la gestione di cateteri e delle stomie; sono psicologici, con ripercussioni della malattia sul paziente e la famiglia, infine sono sociali con la necessità di un supporto economico ed organizzativo.

Ma sono peraltro anche educativi se intesi come preparazione al percorso cura ma anche di commiato, con supporto al "caregiver" e spirituali come riappropriazione del tempo per la preghiera e per dar spazio anche alla speranza. La famiglia è un luogo sociale e di cura complesso. Il carico assistenziale che grava su di essa mette a dura prova gli equilibri psicologici ed affettivi e le relazioni tra malato-famiglia ed equipe curante, a casa, hanno un peso molto maggiore rispetto all'ospedale. La presa in carico da parte dell'ADI Palliativa territoriale dell'ASP consente la cura a casa e propone di "vivere" e condividere il passaggio attraverso una morte dignitosa. I percorsi operativi per realizzare un'efficace cooperazione si basano essenzialmente sulla formazione degli operatori (medici del territorio, infermieri, medici di famiglia, specialisti, infermieri ecc.); sulla attivazione di un piano di assistenza domiciliare integrata personalizzato PAI (A.D.I.) condiviso e regolarmente aggiornato da tutte le figu-

CURE PALLATIVE a domicilio nodo di svolta nell'assistenza

re assistenziali; una rete per integrazione ospedale territorio e percorsi preferenziali nei casi di indagini diagnostiche e terapeutiche con finalità palliativa. Diviene assolutamente necessario quindi definire all'interno della rete di cure palliative i ruoli e i compiti propri di ciascun professionista per attuare una collaborazione sinergica.

L'Equipe di cure palliative domiciliare, formata da operatori sanitari che affrontano quotidianamente in ambiente domestico situazioni variegata, non sempre ideali per il tipo di prestazione sanitaria che si esegue, deve essere intesa e attuata come squadra che si interfaccia all'interno di essa, si confronta con i propri vissuti in relazione ai bisogni e alle domande di intervento del paziente e della famiglia, si interroga e si confronta. Che si adatta e si dispone a intercettare bisogni assistenziali non espressi o celati.

Il dialogo costante tra gli operatori e tra di loro e la famiglia, può far emergere le criticità, le soluzioni e anche dagli eventuali fallimenti assistenziali nei singoli casi trattati, possono emergere spunti per riconsiderare gli interventi e proporre nuove modalità e strategie assistenziali nuove e più efficaci. ■

Si è svolto presso l'Azienda Papardo di Messina un incontro formativo sulle innovazioni nel trattamento del carcinoma della prostata, organizzato dal Dr. Francesco Mastroeni, Responsabile della Struttura Complessa di Urologia.

Il Direttore Generale Dr. Michele Vullo insieme allo staff della Direzione Aziendale ed al Responsabile del Governo Clinico e della Formazione Dr. Giacomo Nicocia, hanno dato il benvenuto in Azienda ai partecipanti, in particolare il Dr. Vullo ha sottolineato come in un momento di crisi della sanità regionale e nazionale, l'Azienda Papardo è sempre attiva e presente nel continuo aggiornamento tecnologico e professionale.

Il tumore della prostata è un neoplasia tra le più frequenti dell'apparato urinario ed è attualmente in progressivo aumento. La diagnosi è sempre più precoce e precisa soprattutto con l'affinamento delle tecnologie di imaging. Il corso è stato voluto dal Dr. Mastroeni per trasmettere ai partecipanti la necessità di essere tutti a conoscenza delle ultime novità sia di tipo diagnostico che di tipo chirurgico nel trattamento del carcinoma prostatico. Si è discusso sulle nuove fonti di energia, ovvero nell'uso di device ad ultrasuoni, e sugli emostatici di ultimissima generazione che vengono routinariamente utilizzati nella chirurgia prostatica al fine di un minore sanguinamento garantendo una migliore precisione chirurgica. È stata illustrata anche l'utilizzo dell'ultimissima tecnica di "Fusion imaging biopsy" ovvero la biopsia con fusione di immagini tra dati derivanti dalla risonanza magnetica della prostata e l'ecografia. Tale tecnica è utilizzata solo in un altro centro siciliano e solo in pochi centri italiani. È stata illustrata anche la tecnologia 3D laparoscopica in uso presso l'Azienda Papardo. Il corso è terminato con la consegna del 1° Premio Mirabello in onore al collega e amico prematuramente scomparso Mimmo Mirabello.

Il premio è stato consegnato dalla moglie e dai figli alla Dr.ssa Alesia Militello per la relazione più scientificamente rilevante. ■

CARCINOMA PROSTATA

focus sulle innovazioni



Diversi gli eventi promossi dal prof. Vincenzo Adamo, direttore di Oncoematologia del Papardo

"1st Young Sicilian Oncologists Day: current issues and future perspectives"

Nell'auditorium dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina, il 16 ed il 17 settembre 2016 si è svolto l'evento "1st Young Sicilian Oncologists Day: current issues and future perspectives", organizzato dal gruppo giovani del Consiglio direttivo dell'AIOM della Regione Sicilia e dal Coordinatore Aiom regione Sicilia e Direttore del Dipartimento di Oncoematologia dell'A.O. Papardo, Professore Vincenzo Adamo. Una due giorni al Papardo in cui sono state affrontate le problematiche e soprattutto il futuro dell'oncologia dando spazio, con un format del tutto innovativo, ai giovani professionisti del settore, unici protagonisti dell'iniziativa.

Dopo l'introduzione del Presidente dell'Aiom Sicilia Prof. Vincenzo Adamo, che ha illustrato le finalità del convegno come un'occasione di approfondimento nel processo formativo dei

giovani specialisti del settore, i lavori sono stati aperti dal Direttore Generale del "Papardo" Michele Vullo ed a seguire l'intervento del prorettore alla Ricerca dell'Università di Messina Salvatore Cuzzocrea. Tra gli argomenti affrontati nel corso del convegno: la migrazione sanitaria in Sicilia, l'aderenza alle linee guida nelle diverse patologie oncologiche e la Ricerca Clinica con la presentazione di progetti di ricerca dei

giovani oncologici siciliani. Altrettanto interessante il confronto con le istituzioni. All'incontro hanno infatti preso parte due importanti dirigenti regionali dell'Assessorato alla Salute, Maria Letizia Di Liberti e Giuseppe Murolo i quali hanno interloquito e fornito ampie risposte ai tanti quesiti, illustrando a conclusione i programmi della Regione sulla progettualità oncologica.

Sono stati inoltre presentati i dati relativi ad una survey compilata dai giovani specializzati negli ultimi 10 anni nelle tre università Siciliane (Messina, Catania e Palermo), favorendo lo scambio e confronto tra le varie esperienze lavorative, in cui junior e senior hanno discusso degli aspetti e delle criticità scientifico-istituzionali. Tra gli intervenuti nel corso della due giorni, Carmelo Iacono Direttore generale dell'Asp di Caltanissetta, Massimiliano Spada della Fondazione Giglio di Cefalù e Carmine Pinto presidente Nazionale Aiom.

L'obiettivo principale dell'evento, come sottolineato dal prof. Adamo, di mettere sul tavolo le problematiche dell'oncologia siciliana dando ampio spazio alla parte scientifica ed innovativa è stato pienamente raggiunto.

Esci dal tunnel non bruciarti il futuro

Nei giorni 1 e 2 Ottobre 2016, ASSO (Associazione Siciliana Sostegno Oncologico), onlus messinese, di cui è presidente il Prof. Vincenzo Adamo, direttore dell'U.O.C. Oncologia medica, ha promosso a Messina la campagna nazionale di Walce Onlus (Women Against Lung Cancer in Europe), di prevenzione e informazione sui rischi legati al fumo e di sensibilizzazione sul tumore del polmone rivolta a cittadini, media e Istituzioni, dal titolo "Esci dal tunnel non bruciarti il futuro". L'iniziativa è stata patrocinata dall'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), dalla Fondazione Insieme Contro il Cancro, Healthy Foundation, dall'AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri), dalla Società Italiana di Chirurgia Toracica (SICT) e per la città di Messina

dal Comune con il supporto diretto del dott. Nino Interdonato, della dott.ssa

Rita La Paglia e dall'assessore alla Pubblica Istruzione Daniela Ursino; dall'A.O. Papardo, dall'Università degli Studi e dall'Ordine dei Medici della Provincia di Messina.

La giornata inaugurale, con il classico taglio del nastro, ha visto la partecipazione del presidente dell'Ordine dei Medici dott. Giacomo Caudo, dell'assessore alla pubblica Istruzione dott.ssa Daniela Ursino, del prof. Vincenzo Adamo, dei dott.ri Giuseppe Casablanca e Giovanni Passalacqua dell'A.O. Papardo e del Prof. Giuseppe Girbino della AOU "G.Martino". Numerosi sono stati i partecipanti allo stand a forma di mozzicone di sigaretta (alto 3 metri e lungo 14 metri), simbolo della campagna antifumo allestito nella centralissima Piazza Duomo, la cui struttura a tunnel al suo interno prevedeva un percorso museale multimediale di prevenzione e informazione sui danni arrecati dal fumo di sigaretta e sul tumore al polmone. All'interno del tunnel era infatti presente un'area medica dove sono



Casablanca, Ursino, Adamo, Caudo e Passalacqua

ATTIVITA' ONCOLOGICHE consuntivi e prospettive

stati effettuati gratuitamente i test spirometrici di base alla presenza di medici pneumologi. Oltre mille presenze con quasi trecento spirometrie effettuate, il numero più alto di esami eseguiti nelle diverse tappe italiane. L'iniziativa si è conclusa con un momento finale di approfondimento scientifico sul "Fumo di sigaretta e tumori polmonari: la sfida della prevenzione e della diagnosi precoce" presso l'Auditorium dell'A.O. Papardo il 3 Ottobre 2016. Interessante la lettura magistrale tenuta dalla prof.ssa Silvia Novello, oncologa e presidente di Walce Onlus sulle diverse alterazioni genetiche che caratterizzano le neoplasie polmonari nei fumatori e nei non fumatori.



Cuzzocrea, Vullo, Adamo

Melanomi. Le differenze contano

L'associazione ASSO, nel suo continuo impegno per una cultura della prevenzione, nel mese di Novembre, ha aderito e collaborato ad un importante progetto nazionale dal titolo "Melanomi. Le differenze contano", promosso da Novartis in collaborazione con le associazioni pazienti AIMAME (Associazione Italiana Malati di Melanoma) e MIO (Melanoma Italia Onlus).

Si è trattato di un importante progetto che, con l'installazione di un totem interattivo presso l'UOC Oncologia Medica dell'AO Papardo, ha offerto ai pazienti l'occasione di indicare i quesiti da approfondire sugli argomenti relativi la patologia, gli stili di vita, l'alimentazione e gli stati d'animo. Domande che sono state raccolte e sviluppate durante l'incontro conclusivo svoltosi il 30 novembre 2016 che ha visto la partecipazione di esperti oncologi, dermatologi e psicologi.

Dopo un'introduzione del Prof. Vincenzo Adamo sulle nuove opportunità terapeutiche, si è discusso sui seguenti temi: "Non tutti i melanomi sono uguali: differenze e necessità" (Dott.sse Giovanna Moretti e Tindara Franchina); "L'alimentazione, prezioso alleato nella vita di tutti i giorni" (dott.ssa Mariangela Zanghi); "Stile di vita: come modificarlo dopo una diagnosi" (dott.ssa Claudia Giofrè) e come "Comprendere le emozioni per conoscersi meglio e affrontare il percorso di cura" (dott.ssa Francesca Ceravolo). Al termine dell'incontro i medici coinvolti hanno risposto alle domande dei pazienti formulate utilizzando il totem. Un evento pensato con una modalità fortemente interattiva che ha visto il coinvolgimento anche di uno Street artist che, attraverso la sua opera, ha riassunto graficamente i principali temi emersi. L'intento di questo incontro è stato quello di coinvolgere i pazienti in un percorso di condivisione degli obiettivi, veicolando il messaggio che i "melanomi non sono tutti uguali" e che, anche se presentano un aspetto simile, in base alle specifiche caratteristiche, è possibile disegnare un percorso personalizzato di diagnosi, cura e follow up.

Giornata Regionale Malato Oncologico Inaugurazione biblioteca presso la SC di Oncologia Medica della A.O. Papardo (vedi articolo di Giuseppe Ruggeri nella rubrica *Civiltà Medica*) ■

michele

angolo della poesia



pulitanò

PIANTO

Mobili lucentezze trasparenti
silenziose si adattano
alle complici linee
della fisionomia.
Lacrime: come meteore fugaci
nel cielo prima libero
vibrante microcosmo
di un antico dolore. ■

INCOSCIO

Gnomi impensabili danzano
movenze a oscura regia
imponderabile fitto mistero

Ragno obbligato segue
filo tessuto con bave
convergenza a raggiera
sul destino centrale

Non nesso di causa-effetto
nè logica previsione evento

La galattica nebulosa dell'incoscio
aleggia imprendibile
sul grande gelo del limite. ■

ROULETTE

Prigioniera del cerchio
la piccola sfera gira
senza più libertà, obbligata,
girotondo per sogno svilito
roulette felicità per caso.
L'anima tace in silenzio
ha già la propria sconfitta. ■

"VIENI A PRENDERMI" presentato il libro di Nicoletta Micali



Alcuni momenti dell'incontro di presentazione del libro

l'importanza della scrittura per i giovani è stata posta in rilievo dalla conversazione dell'autrice del libro con Milena Romeo che ha, fra le altre, focalizzato il tema cruciale del depauperamento continuo del meridione costretto a perdere le risorse umane soprattutto giovanile.

La protagonista del libro in cerca di se stessa è costretta a fuggire a Londra alla ricerca del lavoro. L'importanza della scrittura per i giovani è stata posta in evidenza dal Dott. Giuseppe Ruggeri Medico giornalista, come contrasto alla cultura dell'adesso ed alla cultura della fretta, tipica della condizione umana di oggi che travolge in un dinamismo frenetico ogni dimensione della vita.

Le letture sono state affidate alla dott. Rossella Beccaria, che con la particolare enfasi accordata ha commosso il numeroso pubblico presente. ■

Al Thalattino l'Ammi sez. di Messina, nell'ambito delle attività culturali, ha presentato il libro di Nicoletta Micali "Vieni a prendermi".

La presidente del sodalizio Avv. Francesca De Domenico Leonardi, dopo i saluti ha introdotto i lavori soffermandosi sulla situazione di criticità dei giovani della nostra isola che, non trovando opportunità di lavoro sono costretti a lasciare il proprio paese alla ricerca di una nuova dimensione.



Gli aspetti significativi del romanzo e



Nasce l'AIDM Tirreno Milazzo

E' nata la nuova sezione AIDM Tirreno Milazzo, presieduta dalla dott.ssa Rosamaria Petrelli (nella foto). Com'è noto la provincia di Messina si allunga sul Tirreno per oltre 150 chilometri, ricchi di coste, montagne e risorse umane soprattutto Donne Medico che distribuite nei 6 nosocomi, 10 Consultori e altri presidi territoriali, rendono viva la Sanità operando secondo il motto che si legge nel logo: **MATRIS ANIMO CURANT**. La vicepresidente è Tiziana Sacco; segretaria tesoriera Vincenza Blunda. Il consiglio è composto da: Viviana Capritti, Ada Betto, Rossana Panasiti, Licia Emanuele, Rossella Borzi. La redazione di Messina Medica si congratula con la neo presidente e augura a tutte le socie buon lavoro. ■



Assistenza all'anziano

I "grandi vecchi" sono in continuo aumento e il 12% degli over 80 anni, secondo i dati della SINEU passa per i Pronto Soccorso italiani richiedendo ricovero. 2,5 milioni non sono autosufficienti e un terzo vive da solo o in compagnia di un accompagnatore "caregiver" spesso anche lui prossimo ai 65 anni. Moltissimi vivono in strutture private non sempre conformi alle esigenze dato che un controllo dei NAS nel 2016, ha riscontrato il 28% di non conformità. A Messina, il 21,4% della popolazione è fatto da anziani, a dire degli interessati, con un'assistenza non adeguata. Lo denuncia Giuseppe Pracanica di CittadinanzAttiva e Scienza & Vita, come risultato di una ricerca. FEDERSPeV, AMMI e CittadinanzAttiva hanno voluto calarsi nella realtà locale e con la Tavola rotonda sull'Assistenza all'anziano a Messina del 13 dicembre nell'Auditorium dell'O.M.C.e O, hanno voluto conoscere il sistema sanitario vigente e ridiscuterlo. Dopo i saluti, ha introdotto il Prof. Arcoraci organizzatore dell'evento e, in ragione dei dati informativi e in mancanza di una long-term care, ha fatto il confronto con l'assistenza in uso in altri paesi, sottolineando la precarietà della nostra, che è di tutto il Sud. Si è soffermato sulla nurse practitioner a domicilio o in casa-assistenza per sgravare il medico e limitare l'accesso negli ospedali. Il concetto è stato ripreso dal moderatore dott. Giuseppe Ruggeri e confermato dai componenti della Tavola rotonda: Natale Molonia Direttore UOC Ass. San. Paz. Fragili aggiunge i dati modesti della recettività in RSA (200 a Messina, 60 in provincia) e Nicita Mauro Gerontologo, la scarsa prevenzione per gli "anziani giovani" e la inadeguata assistenza agli "anziani-anziani" cui la polipatologia chiede modelli complessi e gestione integrata tra specialista e "caregiver" nuova figura badante opportunamente istruita. Secondo Marianna Gensabella ordinario di Bioetica, è doveroso mettere in primo piano il soggetto "persona anziana" aiutandolo nella autonomia e autostima. Vincenzo Terzi Presidente C.A.O. Papardo ridefinisce prima gli interessi della politica sanitaria che vuole ridurre le strutture specialistiche geriatriche e si sofferma sull'opportunità di migliorare l'Assistenza territoriale con l'aumento della specialistica ambulatoriale geriatrica e la facilitazione all'Assistenza Domiciliare Integrata, specie per il malato cronico; nel suo habitat domestico. Purtroppo, egli continua, la città non è preparata, manca di un Piano di Zona adeguato, ASP e Comune non gestiscono efficientemente vigilanza, customer satisfaction, dimissione ospedaliera protetta, facilitazione al passaggio all'A.D.I.. Non si aiutano con la gestione duale che porti funzionalità e trasparenza nei servizi sociali. Auspica migliore finanziamento delle A.D.I. e che i medici di base siano più vicini agli anziani anche con le prestazioni domiciliari extra. Pasquale Russo psicopatologo forense, sottolinea la necessità della tutela giudiziaria con il curatore non solo nei casi di inabilità. E' mancata la voce del politico. Presente invece il volontariato che oltre a dare la presenza fisica come riferito da Lia Spadaro della Comunità di S. Egidio, considera il soggetto non "sulla via del tramonto", non "un problema sociale" ma un individuo che deve inserirsi in progetti come "insieme di può" di Maria Grazia Maggio capaci di coinvolgere i destinatari e i familiari nell'utilizzo delle risorse istituzionali. A chiusura, l'Avv. Francesca De Domenico presidente AMMI, auspicando "cure e care", invita al potenziamento dell'assistenza sul territorio: dare all'anziano la facilità alla fruizione della rete della salute e aiuto con opuscoli informativi sintetici e chiari, per avere conoscenza di quanto detto e discusso e farne uso. ■

Mazzeo neo-presidente AIDM Messina-Peloro



E' stato recentemente rinnovato per il prossimo triennio il direttivo della sezione di Messina dell'Associazione Italiana Donne Medico (nella foto). La nuova presidente è Lorenza Mazzeo, che succede alla past e consigliera nazionale Rosamaria Petrelli. Il nuovo consiglio direttivo eletto è costituito da: Francesca Arcadi, Maria Teresa Bombardiere, Pina Certo, Rita La Paglia, Silvia Marino, Amelia Martino, Olivia Penna, Carmela Rifici, Despina Stavridou. L'AIDM, che in passato ha avuto l'adesione ed il contributo di socie della "statura" di Maria Montessori e Rita Levi Montalcini, si prefigge di valorizzare il lavoro delle donne medico e di promuovere la collaborazione tra le stesse ed altre associazioni italiane/estere per migliorare i servizi sanitari e socio-sanitari. La redazione di Messina Medica si congratula con la neo presidente e augura a tutte le socie buon lavoro. ■



Si riesce a vivere con poche cose, ma senza intaccare la qualità

Parlando con un camperista ti si apre un mondo nuovo, una vita avventurosa, forse solo immaginata nei sogni giovanili, che ti viene presentata come una realtà che si può sperimentare senza grossi cambiamenti. Quello che mi ha colpito del mio amico Antonio, è il racconto fiero della sua esperienza; e come un fiume in piena, mi racconta che si comincia ad essere camperisti perché lo si



intende come un'esperienza di ricreazione, per vivere più intensamente le vacanze con la famiglia o anche per le opportunità di tipo economico od organizzativo, poi nel tempo queste considerazioni cambiano e si maturano idee diverse e si scoprono aspetti che all'inizio non si immaginavano. Si vive la realtà della vita in maniera differente, si scopre il gusto di poter vivere con molte meno cose e comodità alle quali ormai siamo abituati e riteniamo indispensabili. Sul camper riesci a vivere con poche cose ma non per questo la qualità delle giornate che trascorri è inferiore o queste sono meno comode,

CAMPER

una libertà ritrovata



anzi spesso mangi cose genuine con gusti e sapori nuovi, oppure vesti in maniera più semplice. E allora ti rendi conto che tante cose superflue circondano la tua giornata e a volte la condizionano. Gli spazi sono più stretti ma le comodità non sono inferiori a quelle di casa, basta organizzarsi un po' e tutto funziona perfettamente come una piccola magia, inoltre vivi la famiglia in maniera più diretta, più partecipativa, oserei dire più "intima", senza andare di corsa, senza correre per impegni vari; devi solo vivere i momenti e la giornata come ti capita. Riesci anche a parlare, a giocare e condividere cose banali con i figli e tua moglie. Sono piccole cose che normalmente non fai nella vita di tutti i giorni e da camperista scopri che ti mancano. Poi il senso di integrazione che provi quando condividi spazi con persone che non conosci e se anche hanno altre culture o parlano lingue diverse ti intendi perfettamente perché ti accomuna una specie di filosofia che non sta scritta in nessun libro ma chi vive da camperista conosce perfettamente. Se prima di partire hai organizzato un itinerario, nessuno ti vieta di variarlo in base a quello che trovi strada facendo; questa è un'eventualità non poco frequente perché ci sono posti che ti ispirano particolarmente senti l'esigenza di fermarti un po' di più. Il camper è una

casa, ma una casa che si sposta nel luogo dove vuoi tu vuoi sentirti a casa.. Ti fa vivere con leggerezza, in serenità quel luogo come se fosse tuo, nonostante non sia che una tappa. E i tempi si dilatano, si modellano sulle tue esigenze, sui desideri e le passioni della tua famiglia. E' una pausa dai tempi frenetici di ogni giorno che una classica vacanza non ti fa abbandonare. Per chi vuole fare questa esperienza per provare, senza fare un grosso investimento, esiste anche un buon mercato dell'usato oppure può essere preso anche in affitto, decidendo dopo se questa vacanza vale la pena essere vissuta e ripetuta nel tempo. Un rammarico per la nostra provincia che finora non ha colto l'importanza di questo altro volano di promozione per il turismo e l'economia. In molti paesi europei molti comuni offrono servizi gratuiti o a prezzi simbolici, in apposite aree comunali, ai camperisti, i quali fanno girare l'economia con l'acquisto di generi di prima necessità e souvenir. Sicuramente è un modo nuovo di fare vacanza, ma con un minimo adattamento si scopre una sorta di "libertà ritrovata". ■



Fenomeno pericoloso, emergenza mondiale. Per alcune specie batteriche siamo ad un passo dal baratro, prossimi all'era post-antibiotica. Il rischio è che tra 20-30 anni i medici potrebbero essere costretti a gestire molti infezioni in assenza di antibiotici efficaci! I batteri possiedono nel loro patrimonio genetico

Antibioticoresistenza: un'emergenza assoluta

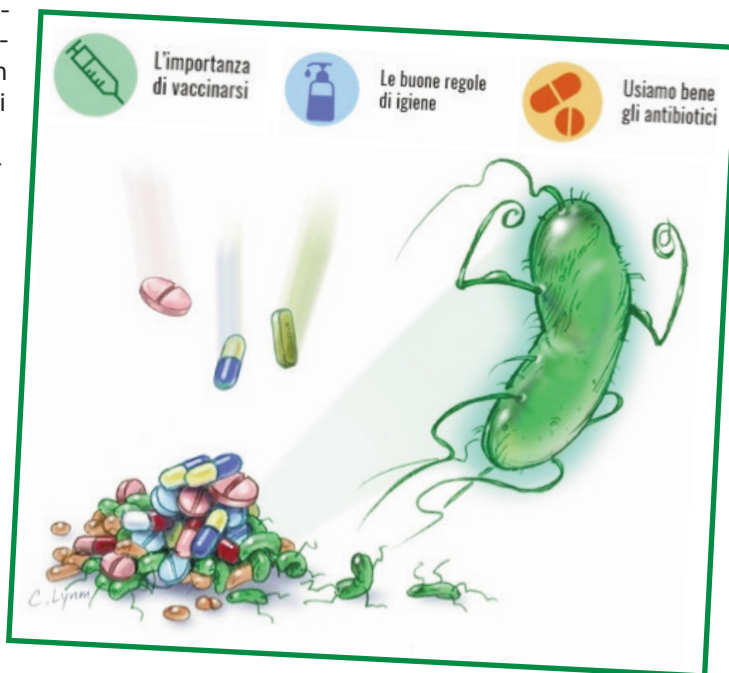
sedono i determinanti di resistenza che permettono, in caso di esposizione prolungata e a basse dosi all'antibiotico, di mutare ed acquisire resistenza. Dato per scontato che la classe medica è ormai formata (si spera!) ai principi di quella che gli anglosassoni chiamano antimicrobial stewardship, cioè un approccio di sistema alla terapia antibiotica nel rispetto del paziente e dell'ambiente dove il cambio della mentalità è "gli antibiotici non sono alla portata di tutti ma devono essere gestiti oculatamente solo da esperti", è verso i cittadini che bisogna rivolgere l'attenzione.

Ed in questa direzione si è mossa la SITA (Società Italiana di Terapia Antinfettiva) che ha presentato a Roma il 20 ott. 2016 l'iniziativa "Antibiotici-La nostra difesa n.1" che mira a spiegare alla popolazione il valore degli antibiotici per la insostituibile difesa contro le infezioni batteriche.

Uno spot dal titolo "Il supervampiro" con un cast di attori emergenti; testimonial Ricky Tognazzi che definisce il vampiro un personaggio con una forte tradizione mediatica sia cinematografica che letteraria.

Messaggi con linguaggio ed immagini veloci, immediati, leggeri ed ironici di sicura efficacia che vogliono determinare una sicura presa di coscienza del problema sul cittadino. Strumento di comunicazione moderno, condivisibile sui social, con un test per misurare il grado di conoscenza dell'argomento, con regole e suggerimenti per il corretto uso degli antibiotici.

Sul sito www.antibioticilanostradifesa.it VIVAMENTE CONSIGLIATO A TUTTI! ■



IL SUPERVAMPIRO

ovverosia IL SUPERBATTERIO

Indovina e VINCI

Gioca con i nostri enigmi

53) Il poeta messinese Pasquale Salvatore cent'anni fa' fece una interrogazione: " Cu carriò li petri e la gualcina " ? precorrendo fatti e non idee a Messina.

E come la muliebre Penelope suadente la sua tela tesseva e disfaceva periodicamente così l'impeto della nostre scioccate svuota e riempie le nuove palazzate.

E le lunghe praterie sono assediate da grossi bisonti dalle zampe gommate che bloccano e intasano le vie dell'abitato sotto l'occhio incredulo del buddace esasperato.

Le istituzioni tendono a minimizzare millantando mille problemi da superare, e si giocano tutto su un'opera a venire nella terra delle incompiute a non finire. ■

RISULTATI NUMERO SETTIMO / 2016

52) L'INCENERITORE DI SAN RAINERI ■



Parecchio tempo fa avete dato notizia di un nuovo regolamento ENPAM a tutela della maternità che sarebbe stato più adeguato alle attuali esigenze dei medici convenzionati ma poi non se n'è saputo più nulla. Potete aggiornarmi in merito all'argomento? Email firmata



Già nel 2014 abbiamo scritto sulle pagine di Messina Medica che era nella fase finale l'iter per rendere esecutivo il nuovo regolamento a tutela della genitorialità, dopo la presentazione alle Consulte ed al Consiglio Nazionale si aspettava la deliberazione del CdA dell'ENPAM e la successiva approvazione dei Ministeri vigilanti.

Siamo poi tornati ripetutamente sull'argomento, l'ultima volta nel quarto numero del 2016, in uscita nel mese di giugno, rispondendo ad una email di contenuto molto simile a quella di oggi e rimarcando l'inspiegabile bocciatura da parte dei Ministeri vigilanti (del Lavoro e dell'Economia e delle Finanze) nonostante il nuovo regolamento fosse in linea con la sostenibilità economica e con il "Jobs Act" con il quale il Governo aveva migliorato tali tutele per le "lavoratrici autonome".

Da quel momento è nata una fitta interlocuzione tra l'ENPAM e i Ministeri per giungere ad una soluzione positiva della vicenda.

Oggi sono felice di comunicare - alla luce del fatto che è stato proprio il sottoscritto in Consulta ad invitare l'ENPAM ad avviare una revisione del regolamento dando il "LA" all'intero processo - che le nuove tutele sono state finalmente approvate il 14 febbraio scorso, nel giorno in cui gli innamorati festeggiano "San Valentino".

Avendo fatto trascorrere un così lungo lasso di tempo dalla proposta - ricordo che la delibera del C.d.A. dell'ENPAM è datata 19 dicembre 2014 ed era stata inviata ai Ministeri il 15 gennaio 2015 - sarebbe stato senz'altro più carino ed appropriato approvarla l'8 marzo, giorno in cui ricorre la "Giornata Internazio-

nale Della Donna".

Il nuovo "Regolamento ENPAM A Tutela Della Genitorialità" nella sua completezza può essere consultato all'indirizzo Internet: <https://www.enpam.it/wp-content/uploads/Regolamento-Enpam-genitorialita.pdf>. In estrema sintesi, l'assegno per l'indennità di maternità viene aumentato ad un minimo che sfiora i 1.200 euro mensili per cinque mesi ed, a differenza dell'INPS, viene corrisposto anche se non si interrompe l'attività lavorativa.

Le professioniste potranno essere tutelate anche per Gravidanza a rischio da una copertura specifica, prevista per un massimo di sei mesi (il periodo rimanente ricade nell'assegno di maternità). L'importo viene stabilito annualmente dal Consiglio di amministrazione dell'Enpam.

Le neo mamme potranno contare su aiuti economici per le spese di baby sitter e nido (pubblico e privato accreditato) entro i primi dodici mesi di vita del bambino.

Nel caso in cui ci dovessero essere periodi privi di contribuzione a seguito di una gravidanza (maternità, aborto, gravidanza a rischio) o di adozione o affidamento, è possibile colmare gli eventuali buchi con dei versamenti volontari e garantirsi così una continuità utile ai fini dei requisiti e dell'importo della pensione.

Niente più distinzioni tra adozioni (e gli affidamenti preadottivi) nazionali e internazionali, per entrambe le quali viene garantita un'indennità di cinque mesi. Le tutele sono le stesse previste per la maternità.

Sono tutelate le professioniste iscritte all'Ordine dei medici e degli odontoiatri. L'indennità di maternità viene corrisposta se non sussiste analogo diritto presso altre gestioni previdenziali obbligatorie oppure se ha diritto a percepire, in forza di leggi o contratti, trattamenti economici per gli stessi eventi o in alcuni altri casi particolari. L'Enpam integra comunque le prestazioni che non dovessero arrivare al minimo assicurato.

Le tutele per la maternità sono state estese anche alle studentesse universitarie che decideranno di iscriversi alla Fondazione Enpam già a partire dal quinto o sesto anno del corso di laurea. Per queste ultime è previsto un sussidio di importo pari all'indennità minima prevista per ciascuna fattispecie.

Per l'apertura delle iscrizioni all'Enpam che farebbe scattare le garanzie anche alle studentesse, la Fondazione sta attendendo il necessario via libera dei ministeri. ■

