

— in questo numero —

Il Congresso nazionale Fimmg



Bioetica, progetti di vita

Guida alla formazione in medicina generale

Infezioni post chirurgiche, premiati quattro ricercatori



Urologia, Messina crocevia scientifico

Psicologia, necessità di medico

La CTU nell'accertamento dell'invalidità

8

ottobre
2004

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

EDITORE

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

CONSIGLIO DELL'ORDINE

Nunzio Romeo *Presidente*
Carmelo Salpietro Damiano V. *Presidente*
Salvatore Rotondo *Segretario*
Paolo Catanoso *Tesoriere*

Consiglieri:

Giacomo Caudo, Santo Fazio, Giuseppe Lo Giudice,
Sebastiano Marino, Lorenzo Mondello, Mario Pollicita,
Antonio Puglisi Guerra, Giuseppe Renzo,
Rosalba Ristagno, Vincenzo Savica, Antonino Trifirò,
Francesco Trimarchi, Filippo Zagami

Revisori:

Presidente: Eligio Giardina
Componenti:
Giovanni Caminiti, Carmelo Staropoli,
Stefano Leonardi (*suppl.*)

Commissione Odontoiatri:

Giuseppe Renzo, *presidente*
Giuseppe Lo Giudice, Alfredo Catarsini,
Giuseppe Della Torre, Gaetano Iannello

DIRETTORE EDITORIALE

Nunzio Romeo

DIRETTORE RESPONSABILE

Lorenzo Mondello

REDATTORE CAPO

Mario Primo Cavaleri

VICE DIRETTORI

Antonio Puglisi Guerra, Valentino Sturiale

COMITATO DI REDAZIONE

Maria Sofia Cambria, Stefano Leonardi,
Giovanni Pulitanò, Filippo Zagami

SEGRETARIA COMITATO DI REDAZIONE

Giusy Giordano

SEGRETARIA di REDAZIONE



Europa Due
media & congress

Via Boner, 56 - Messina
Tel 090.5726604 (pbx)
090.5729841 (fax)
e-mail: europadue@tiscali.it

Privacy, *tutti in regola* entro il 31 dicembre

**Documento programmatico
della sicurezza**

**Decreto legislativo 30.06.2003
n. 196**

**(Codice in materia di prote-
zione dei dati personali)**

Entro il 31 dicembre 2004, oltre all'adeguamento alle misure minime di sicurezza, deve essere predisposto o aggiornato il documento programmatico delle sicurezza (v. d. l. 158/2004).

La compilazione del dps riguarda tutti i **medici** e gli **odontoiatri** che trattano dati personali e sensibili

di loro assistiti, sia su supporto informatico che cartaceo.

Il documento non va inviato ad alcuna autorità ma deve essere custodito dal medico o dall'odontoiatra titolare del trattamento dei dati e predisposto entro la data indicata in quanto ne potrebbe essere richiesta l'esibizione ai sensi degli artt. 157/160 del capo in del codice. Entro tale data potrebbero essere predisposti anche dei modelli, da utilizzare per la predisposizione del dps, da scaricare dal sito della Fnomceo o da quello ministeriale o da reperire presso l'ordine se forniti in tempo utile.

Da non dimenticare le pesanti sanzioni previste per gli inadempienti

In seguito il documento programmatico della sicurezza andrà rivisto entro il 31 marzo di ogni anno.

Sirchia firma ordinanza

Riduzione prezzo vaccini

Il ministro della Salute Girolamo Sirchia ha firmato l'Ordinanza che riduce il prezzo dei vaccini antinfluenzali in vendita nelle farmacie. Il nuovo prezzo di tali vaccini è stato comunicato all'Agenzia Italiana del Farmaco da tutte le Aziende interessate con una riduzione pari, in media, al 26,1% (da 3 a 4 euro a confezione). Il ministro Sirchia ha ringraziato tutti coloro che hanno contribuito all'abbassamento del prezzo di questo farmaco, in particolare oltre alle aziende Aventis Pasteur, Berna, Gsk, Chiron, Kedrion, Solvay Pharma, i farmacisti (Federfarma e Federfarma servizi), le associazioni dei distributori intermedi (Adf e Anadismc) al fine di realizzare una più intensa efficacia della campagna antinfluenzale in atto.



Il ministro della Salute Girolamo Sirchia ha firmato l'Ordinanza che riduce il prezzo dei vaccini antinfluenzali in vendita nelle farmacie. Il nuovo prezzo di tali vaccini è stato comunicato all'Agenzia Italiana del Farmaco da tutte le Aziende interessate con una riduzione pari, in media, al 26,1% (da 3 a 4 euro a confezione). Il ministro Sirchia ha ringraziato tutti coloro che hanno contribuito all'abbassamento del prezzo di questo farmaco, in particolare oltre alle aziende Aventis Pasteur, Berna, Gsk, Chiron, Kedrion, Solvay Pharma, i farmacisti (Federfarma e Federfarma servizi), le associazioni dei distributori intermedi (Adf e Anadismc) al fine di realizzare una più intensa efficacia della campagna antinfluenzale in atto.

Pistorio, "Valorizzare beni non più in uso"

PALERMO - «Il monitoraggio intorno all'edilizia ospedaliera in Sicilia è certamente un'opera apprezzabile.

Possiamo, infatti, constatare come sia in corso un complessivo ammodernamento dell'infrastrutture ospedaliere siciliane che garantisce, prevalentemente, standard moderni e funzionali pienamente rispettosi della dignità dei cittadini siciliani.

Nonostante siano in corso 17 grandi opere, altre 22 siano in gara e 14 possano contare su finanziamenti già esistenti, questo governo non vuole limitarsi al completamento del programma già avviato con gli articoli 20 e 71». Lo dichiara l'Assessore regionale alla Sanità, Giovanni Pistorio, che aggiunge: «Ho già presentato in finanziaria una norma innovativa che permetterà di valorizzare i beni non più in uso per scopi sanitari. Le risorse che si potranno, così reperire, andranno certamente in parte a ripianare il disavanzo di bilancio, ma è previsto che per il 50% confluiscono in un fondo che serve a finanziare ulteriori opere di ammodernamento delle nostre strutture sanitarie». «Rimane chiaro - conclude Pistorio - l'impegno dell'Assessorato a vigilare sulle procedure in itinere e, ove dovessero palesarsi ritardi patologici, ad intervenire per rimuovere ogni possibile difficoltà».



di Giacomo CAUDO

Governo clinico nelle cure primarie

Dal 3 al 10 ottobre si è svolto il 56° congresso nazionale della Fimmg, che ha registrato una presenza davvero record; quasi 1000 medici di famiglia provenienti da ogni parte d'Italia si sono riuniti a Villasimius per portare il loro contributo e condividere scelte che potranno essere determinanti per l'organizzazione della futura medicina generale. I primi tre giorni sono stati dedicati prevalentemente all'aspetto culturale con diversi corsi formativi Ecm di notevoli contenuti qualitativi su tematiche di grande attualità e utilità pratica. Il congresso è sostanzialmente iniziato con il consiglio nazionale, fondamentale per organizzare e condividere le modalità di svolgimento del congresso. La giornata principale è stata giovedì 7 ottobre con la relazione del segretario nazionale Mario Falconi che in 90 minuti appassionanti ha tratteggiato il quadro politico-sociale italiano, le trasformazioni di questi ultimi anni, ipotizzando il possibile nuovo sistema di cure in un servizio sanitario nazionale riadattato nel nuovo contesto federale

che però, pur tenendo conto delle esigenze regionali, deve mantenere saldamente la sua struttura nazionale "perché le



Mario
Falconi
e Nunzio
Romeo

malattie e la salute non possono ingabbiarsi su artificiali confini come il pericolo SARS ha ampiamente dimostrato". In tale contesto ha lanciato la nuova sfida della medicina generale dichiarando che il rinnovo della convenzione può rappresentare la base per un ruolo professionale nel rilancio del territorio riservando al medico del territorio il "governo delle cure primarie, non prescindendo però dall'aspetto economico che deve tenere conto dell'impegno dette

varie figure professionali ritenendo quindi che non può più essere rinviato "un adeguato riallineamento anche economico che tenga conto di tutto questo".

L'ultima parte della sua relazione è stata dedi-



cata alle trattative per il rinnovo convenzionale esprimendo un prudente ottimismo per una immminente conclusione se le richieste avanzate nell'ultimo incontro saranno accettate dalla parte pubblica e per le quali si rimane in attesa di una risposta definitiva. Concludendo, infine, con un forte richiamo all'orgoglio di appartenenza. Tutti i presenti si sono alzati e con un prolungato

spontaneo, appassionato lungo applauso hanno approvato e apprezzato la relazione del segretario creando un "clima" che certamente non può non aver "emozionato" tutti gli ospiti presenti.

Gli interventi successivi di Luigi Covolo (presidente della SISAC, l'ente delegato di parte pubblica per la trattativa), di Cesare Cursi (sottosegretario alla Salute) e di Eolo Parodi (responsabile della Sanità di Forza Italia e presidente dell'Enpam) hanno assicurato la volontà di chiudere la trattativa impegnandosi a reperire le risorse mancanti per soddisfare le ultime richieste sindacali (un ulteriore 2% di aumento per finanziare i contributi previdenziali necessari a garantire una adeguata pensione soprattutto per garantire chi ha iniziato l'attività di medico di famiglia in età non proprio giovanissima). Per tale motivo è stata quindi decisa la sospensione dello sciopero.

Nel pomeriggio si è tenuta un'interessante tavola rotonda con ospiti illustri (Rosy Bindi, Nerina Dirindin, Fabio Gava, Stefano Inglese, Pier Giorgio Massida,

Flavio Tredese, Livia Turco, Angelo Zanibelli), che ha fatto emergere l'ipotesi di una rete sanitaria sul territorio con un regista, il medico di famiglia, posto nelle condizioni di poter governare una medicina territoriale capace di offrire risposte assistenziali soddisfacenti, appropriate e individualizzate per il cittadino. Le giornate di venerdì e sabato sono state dedicate ai lavori congressuali, con interventi dei delegati, ed alle modifiche statutarie.

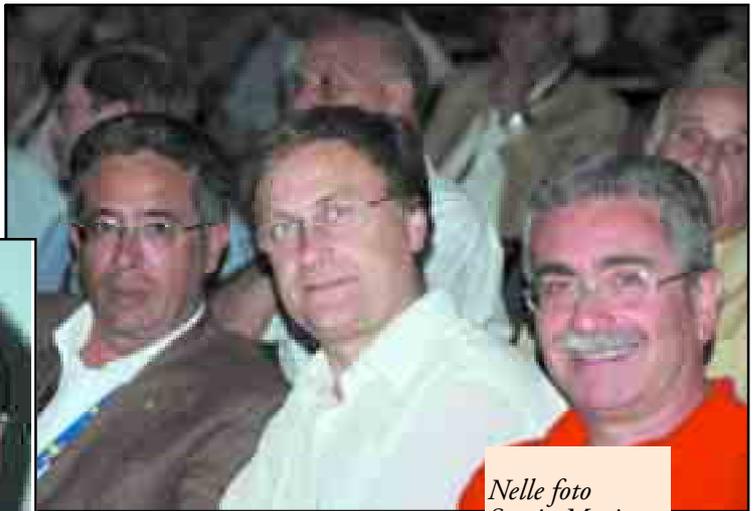
Mi piace sottolineare il contributo della nostra sezione che con la preziosa guida di Nunzio Romeo ancora una volta si è segnalata per la qualità delle riflessioni offerte. Impeccabile ed insostituibile il lavoro del segretario organizzativo nazionale Nunzio Romeo, vero regista non solo sotto l'aspetto organizzativo ma anche per la sapiente opera di "cucitura dei rapporti interpersonali" che ha permesso la perfetta riuscita di un congresso che resterà per molti anni impressa nella mente dei partecipanti.

Di alto contenuto la relazione sui POS del nostro Stenio Marino (direttore nazionale della Scuola Quadri) che con grande intuizione ha disegnato e preconizzato uno strumento di straordinaria efficacia per il nostro ruolo professionale tanto da essere ripreso dal Segretario Nazionale che ne ha fatto lo strumento per il futuro governo delle cure primarie. Da menzionare la relazione di

Aurelio Lembo che partendo dall'accordo regionale siciliano ha fornito preziose indicazioni sulla prossima convenzione, e i



contributi fondamentali di Felice Saccà, Pippo Naso, Stefano Leonardi, Gaetano Cincotta.



Nelle foto Stenio Marino (accanto) sotto Stefano Leonardi, Giacomo Caudo e Gaetano Cincotta durante il congresso Fimmg di Villasimius

Voglio concludere con una nota di colore e di sano provincialismo: il tradizionale torneo di calcio che si svolge in ogni congresso è stato vinto dalla squadra di Messina (prima ex equo con quella di Roma).

Numeri ancora in calo da quattro anni

VILLASIMIUS (CAGLIARI) - Per il quarto anno consecutivo diminuisce il numero dei medici di famiglia italiani: sono passati da 47.262 nel 1999 a 46.907 nel 2002 (ultimo dato disponibile). È quanto emerso dal congresso della Fimmg.

Un calo quello dei medici di fami-



glia modesto, ma nel segno della continuità, visto che ormai è il quarto anno consecutivo che il ministero della Salu-

te registra la tendenza alla diminuzione.

La Fimmg si conferma come il sindacato di gran lunga maggioritario nella categoria, con una quota percentuale sempre maggiore: quest'anno (dati al 30 settembre) rappresenta infatti quasi il 53% dei medici convenzionati (il 52,8%, cioè 24.790 su 46.907), mentre era il 49,7% nel 1999. Le cifre, elaborate e illustrate oggi dal tesoriere nazionale del sindacato, Guido Scudellari, evidenziano poi, in particolare, che gli iscritti alla Fimmg superano il 50% del totale dei medici convenzionati in 16 Regioni e in 75 Province, mentre oltrepassano la quota del 70% in 25 di queste Province. Il numero medio di assistiti dei medici iscritti alla Fimmg è superiore al dato medio nazionale: nel 2002 la media nazionale è infatti di 1.100 assistiti per medico di famiglia (dati del ministero della Salute), a fronte di una media 1.230 assistiti per medico iscritto alla Fimmg.

Trapianti fegato 400 da donatori viventi *nei prossimi 5 anni*

BOSTON - Nell'arco dei prossimi 5 anni, grazie ai trapianti da donatori viventi, circa un terzo dei pazienti che sono in lista d'attesa per un fegato potrebbe finalmente dare soluzione al proprio problema. Degli attuali 1253 pazienti in attesa di trapianto, poco più di 400 potrebbero dunque ricevere un fegato con trapianto da vivente.

È la previsione del trapiantologo Luigi Fossati, del Dipartimento Chirurgia generale e trapianti del Policlinico di Milano, tra i partecipanti all'American Transplant Congress di Boston.

Anche in Italia infatti, ha spiegato Fossati, "il trapianto da vivente sta iniziando a prender piede sia pure da poco tempo dal momento che le autorizzazioni ministeriali in tal senso risalgono a poco più di un anno fa". Una soluzione, quella del trapianto di organi da viventi, che potrebbe far fronte alle ancora insufficienti donazioni, sia pure limitatamente ad alcuni organi. Il paese nel quale il trapianto da vivente è più diffuso, ha sottolineato Fossati, "è il Giappone poiché, per motivi religiosi, l'espanto di organi da cadavere è poco praticato".

In Italia, dunque, si tratta di una pratica ancora "giovane", ma che già raccoglie i primi positivi risultati. Finora, ha rilevato l'esperto, "sono una cinquantina i trapianti di fegato da vivente effettuati, e tutti hanno avuto un buon esito". La maggiore diffi-

coltà in questi casi, ha spiegato, sta proprio nell'individuazione del donatore:

"Deve essere infatti un soggetto perfettamente sano, al quale viene prelevata la metà del fegato". Il tasso di mortalità tra i donatori, ha aggiunto, "è dell'uno per mille, ma il rischio è che a morire possa essere un soggetto in condizioni di salute

ottimali e questo crea non poche remore morali rispetto al trapianto da viventi". Finora, ha però precisato Fossati, "in Italia non si è registrato alcun

decesso tra i donatori". Quanto al ricevente, "la sopravvivenza è leggermen-



te inferiore rispetto al trapianto da cadavere, con una percentuale del 78-80% contro l'85%, ma questo - ha spiegato il trapiantologo - è dovuto al

fatto che ad essere trapiantato è solo la metà dell'organo e non l'organo intero". Ad ogni modo, l'obiettivo, secondo Fossati, è quello di "incentivare i trapianti da viventi garantendo la massima sicurezza ai donatori, ed è per questo che in Italia i controlli sui centri trapianto sono tra i più severi". Oggi, l'attesa per un trapianto di fegato è di circa un anno, ma la "crescente consapevolezza e gli aumentati standard di sicurezza - ha concluso - rendono possibile prevedere un aumento delle donazioni da vivente che consentirà di ridurre notevolmente le attese nei prossimi anni".

Siglato a Erice Decalogo comunicazione farmaceutica

ERICE - «La comunicazione sui farmaci dovrebbe evitare qualsiasi tono miracolistico e di apodittica esclusività». È una delle raccomandazioni contenute nella bozza di documento stilata nel centro di cultura scientifica «Ettore Majorana» di Erice da farmacologi, medici, esperti di comunicazione, giornalisti scientifici, rappresentanti di case farmaceutiche e associazioni di consumatori.

Il documento, sarà consegnato al ministero della Salute.

Secondo gli esperti - l'incontro di Erice è stato coordinato dal professor Giampaolo Velo, direttore dell'Unità di Farmacologia medica dell'università di Verona e da Anna Parravicini, responsabile dell'ufficio comunicazione dell'ospedale Maggiore Irccs Policlinico di Milano - inoltre «è necessario che qualsiasi farmaco sia presentato sempre come parte di una terapia che comprende altri elementi, anche di natura non farmacologica, e che vada richiamata la competenza medica delle scelte quando è necessaria». Gli esperti concordano, infine, sull'opportunità di «ricordare che qualsiasi medicinale, se offre vantaggi, presenta sempre anche rischi» e sulla necessità di informare i cittadini, «non omettendo i dubbi», e facendo attenzione a distinguere «fra fatti, ipotesi e conclusioni».

Aiutiamo concretamente i "Progetti di vita"

In tema di Procreazione medicalmente assistita (P.M.A.)

Sanando una carenza non più procrastinabile e sempre in grave ritardo rispetto ad altri Paesi, il Parlamento italiano ha approvato, pur tra clamorosi contrasti, la legge che regola la "Procreazione medicalmente assistita" (Legge n° 40 del 19 febbraio 2004), nel testo integrale del disegno di legge 1514 già approvato dalla Camera dei deputati il 18 giugno 2002.

La legge n° 40 in parola, fa, in certo senso, seguito alla legge n° 194 del 22 maggio 1978 che, pur mirando ad autorizzare, in casi particolari, il cosiddetto "aborto legale", inizia, al primo capoverso, con queste parole: "Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio".

Ed è quanto la nuova Legge n° 40 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" vorrebbe e dovrebbe assicurare.

Entrambe le leggi hanno in comune un unico punto di forza che è quello dell'obiezione di coscienza, espressione con la quale s'intende il rifiuto



di Antonino **FERRARA**

di compiere quanto disposto da una legge dello Stato, perché in contrasto con l'imperativo morale che l'obiettore ha eletto a suprema norma di vita al cospetto della propria coscienza. L'obiezione di coscienza vuol "tutelare le qualità più intime e definitive della persona, quali la razionalità nel giudicare ed il diritto di esprimersi liberamente". Si tratta di valori "moral" personali, non sempre considerati in quella che si definisce "coscienza collettiva o sociale", ma ritenuti meritevoli di considerazione e rispetto per la tensione ideale e per l'ispirazione umana che li animano.

Nel caso della legge 194 l'obiettore vuol sopprimere un organismo in crescita contravvenendo ad una severissima legge penale, nel secondo caso,

quello della legge 40, invoca aiuto dallo Stato per esigenze opposte, cioè realizzare la tanto desiderata nascita d'un figlio, anche ricorrendo a manovre che la legge morale condanna.

Entrambe le leggi si applicano sia agli "attori" della iniziativa che a tutti coloro (medici, paramedici e personale ausiliario) addetti alla realizzazione dei succitati propositi, sol che dichiarino liberamente il loro dissenso. Le formule per attuare il loro dissenso di "operatori" sono perfettamente eguali in entrambe le leggi, ma nettamente diverse sono le conseguenze, in quanto, persistendo imm modificabili i divieti previsti per i promotori delle iniziative, la dispensa degli operatori perde ogni significato e disattesa resterà per sempre l'aspirazione della coppia, nonché il vantato "valore sociale della maternità".

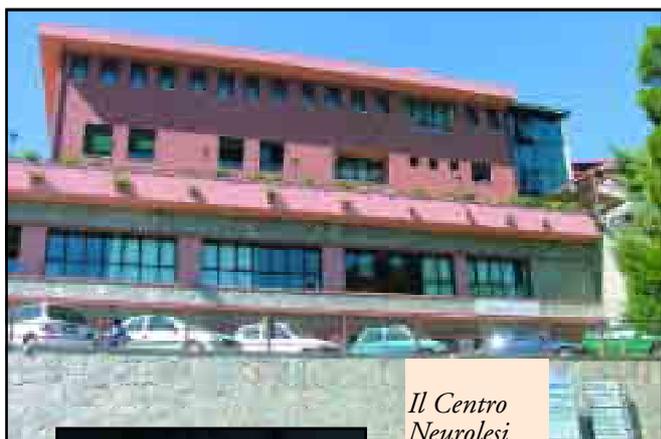
In altri termini, si concede molto di più all'aborto, che è un "progetto di morte" anziché un tentativo di procreazione che, pur attuato in condizioni difficili, è un "progetto di vita".

Non ci risulta che questa incongruenza della nuova legge sia stata rileva-

ta nelle molte critiche avanzate di recente, alcune raccolte nella "documentazione della Società italiana di scienze della medicina della riproduzione" (Bologna 1 ottobre 2002).

Senza voler assumere ruoli che spettano alle commissioni che affiancano l'opera delle istituzioni chiamate a decidere su problemi di tale rilevanza, riteniamo di dover esprimere questo convincimento: che sia indispensabile offrire un concreto aiuto al "Progetto di procreazione medicalmente assistita", peraltro nobilissimo ed oggi ritenuto necessario da una società evoluta, quale è quella dei trapianti d'organo, di tessuti, di cellule multipotenti, di "donazioni eterologhe" una volta impensabili ma oggi affermatissime, affinché si superi il "tabù" del seme eterologo, che è verosimilmente l'unico ostacolo temuto dal legislatore, a difesa della P.M.A.

La natura (ancor prima della morale) non teme l'eterologo a livello di riproduzione; teme, anzi scoraggia, l'omologo e l'autoologo (incesto, stretta familiarità, clonazione). Solo queste ultime pratiche sono da bandire, con inflessibile decisione.



Il Centro Neurolesi a San Rizzo e il direttore Dino Bramanti

Dino Bramanti nella Commissione nazionale per la ricerca sanitaria

Con Decreto del Ministro della Salute prof. Girolamo Sirchia, il Professore Dino Bramanti, direttore del Centro Studi Neurolesi e docente di Neurofisiopatologia presso la Facoltà di Messina, è stato nominato membro della Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria. Questo speciale organismo dello Stato è deputato secondo la legge, ad esprimere pareri necessari sia per l'elaborazione del programma della ricerca sanitaria, corrente e finalizzata, che per il riconoscimento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché a proporre iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale, internazionale e comunitaria e ad una specifica vigilanza sulle istituzioni mediche nazionali più importanti (ISS, ISPELS, IRCCS, etc).

La commissione, presieduta dal Ministro della Salute, è composta da prestigiosi scienziati nazionali e dai vertici delle istituzioni sanitarie italiane. Tra queste, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro, l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, gli Istituti

di ricovero e cura a carattere scientifico, pubblici e privati, e gli Istituti Zooprofilattici Sperimentali.

La commissione nazionale, di recente insediata, sta procedendo ad una serie di ispezioni e valutazioni tra le strutture accreditate per il riconoscimento giuridico secondo le nuove disposizioni. Già concluse le valutazioni all'Istituto Tumori di Milano, al Policlinico S. Matteo di Pavia, al Policlinico di Milano, all'Istituto Neurologico Besta, Rizzoli di Bologna, San Raffaele di Milano.

Complessa e meticolosa la valutazione sanitaria nazionale che implica

anche settori quale quello veterinario, zoologico, alimentare, nonché sedi ed ambienti di lavoro.

Incredibile la mole di lavoro svolta già nei primi mesi, con riunioni cadenzate ogni due settimane, più i sopralluoghi alle strutture, le riunioni delle sottocommissioni ministeriali, nonché la preparazione dei bandi di ricerca e le relative valutazioni. Un incarico di prestigio quindi che pone per la prima volta, nella "commissione nazionale per la ricerca sanitaria" un medico messinese noto a tutti per l'entusiasmo e la determinazione con cui si batte per il rispetto e la tutela della salute.

Pubbligate le note AIFA 2004

Sono state pubblicate in Gazzetta Ufficiale le nuove Note AIFA, terza revisione delle Note CUF, in vigore dal 19 novembre 2004.

Complessivamente sono 41 e il contenuto regolatorio e scientifico di alcune di esse è stato profondamente modificato. Sono state inserite cinque nuove note (Nota 9 bis - sindromi coronariche acute, Nota 79 bis - ormoni paratiroidei, Nota 85 - farmaci per il morbo di Alzheimer, Nota 87 - farmaci per l'incontinenza urinaria, Nota 89 - antistaminici), mentre tre Note sono state eliminate (Nota 48 bis - ranitidina bismuto, Nota 55 bis - aminoglicosidi inseriti nella Nota 55, nota 58 - ossigeno tera-

peutico in attesa di un provvedimento specifico). Un'altra novità: alcune Note AIFA, tra le quali un esempio emblematico è rappresentato dalla Nota 13, sono state legate a progetti di "outcome - research", che collegano assistenza e ricerca per fare in modo che la pratica di medicina generale diventi parte strutturale del processo regolatorio.

Si consolida in questo modo una metodologia che è già stata applicata con successo ai farmaci per il morbo di Alzheimer (Progetto CRONOS), all'impiego di interferone e ribavirina per l'epatite C (Progetto IMPROVE) e all'uso dei farmaci biologici nell'artrite reumatoide (Progetto ANTARES).

Guida al corso di formazione in medicina generale

Un orientamento completo sulla cronistoria e sull'evoluzione dei concorsi a test con validi consigli per affrontare l'esame di ammissione al corso di formazione in Medicina Generale. Esempi reali di quiz, già presentati ai concorsi dei precedenti anni (tutti i quiz relativi ai precedenti concorsi suddivisi per anno), cui si affianca una serie di quiz di nuova elaborazione, con metodi e test inediti di autovalutazione. È ormai prossima la pubblicazione di un nuovo bando di concorso relativo all'ammissione al Corso di Formazione triennale Medicina Generale, che da notizie ufficiose dovrebbe essere pubblicato nel febbraio 2005.

A tal proposito si rende noto che la "Multimedia Congress", azienda che opera da diversi anni a Messina, nel settore dell'editoria e dei congressi, ha realizzato la 1° Guida al Corso di formazione in medicina generale, che intende favorire una compiuta conoscenza dell'attuale stato dell'arte, offrendo un ricco panora-

ma informativo riguardante l'intero Settore della Medicina Generale.

Tale Guida fornisce ai medici candidati al concorso un orientamento completo per ottimizzare la cultura acquisita nei corsi accademici.

Il medico candidato, troverà in questo volume una rapida cronistoria sull'evoluzione dei concorsi a test, dei validi consigli per affrontare questo specifico tipo di prova in funzione dei modi e tempi del concorso ed un estratto di

tutta la legislazione in argomento. In buona sostanza quest'opera offre un ricco panorama informativo riguardante l'intero settore della Medicina Generale e si pone come importante strumento di informazione e di comunicazione per tutti gli operatori del predetto settore.

La realizzazione della guida ha riscontrato il gradimento dell'Ordine, che ha mostrato l'apprezzamento per la bontà dell'opera, curandone la prefazione.

La Guida sarà disponibile dal prossimo mese di dicembre ed è stata realizzata anche in CD-ROM, supporto che ne favorisce la fruibilità, permettendo l'utilizzo e la gestione dei dati per operazioni di mailing, di ricerca o quant'altro.

Per informazioni e/o prenotazioni è possibile contattare la predetta Azienda, ai sottoriportati numeri telefonici.

Multimedia Congress tel. e fax 090. 2934048 - cell. 347 5207122

Commissione vota emendamenti finanziaria

Entro il 30 giugno regolamenti livelli assistenza

ROMA - Fissazione degli standard dei Livelli essenziali di assistenza, poteri sostitutivi del ministero della Salute, misure sui dispositivi medici, interventi in materia di sanità pubblica veterinaria. Sono alcune materie degli emendamenti alla manovra finanziaria, che la commissione Affari sociali della Camera ha approvato nella seduta di oggi pomeriggio.

In particolare, tra le proposte di modifica presentate dal relatore, Carla Castellani (An), e approvate dalla commissione, quelle sui Lea prevede tra l'altro che entro il 30 giugno prossimo venga adottato un regolamento che fissi gli standard qualitativi e

quantitativi al fine di assicurare l'equilibrio finanziario da parte delle Regioni, ma nel rispetto della tutela della salute dei cittadini. Un decreto del ministero della Salute, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, dovrà invece indicare le modalità attraverso le quali si determineranno l'inerzia o l'inadempimento delle Regioni nell'assicurare i Lea, in maniera uniforme sul territorio nazionale; il provvedimento costituirà la base per attivare, se necessario, i poteri sostitutivi del ministero.

Un lungo e articolato emendamento tratta poi dei dispositivi medici prevedendo tra l'altro che la loro classifi-

cazione dovrà essere approvata con decreto del ministero della Salute, previo accordo con le Regioni. Lo stesso provvedimento stabilirà la data a partire dalla quale i dispositivi potranno essere acquistati, utilizzati o dispensati nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

Le aziende dovranno inoltre autocertificare le spese sostenute per le attività di promozione analogamente a quanto già accade nel settore farmaceutico.

Questi e gli altri emendamenti approvati oggi dalla Affari sociali dovranno comunque passare ora al vaglio della commissione di merito, vale a dire la Bilancio.

Premiati quattro colleghi della cattedra di chirurgia d'urgenza

Ricerca sulla **terapia sequenziale** nelle infezioni post chirurgiche

In occasione del 106° Congresso della Società Italiana di Chirurgia tenutosi a Roma nei giorni 17 e 20 ottobre 2004, un gruppo di ricercatori (Dott.ri Razzese, Pacilé, Bonsignore e Fiumara), guidati dal Prof. L.G. Angiò della Cattedra di Chirurgia d'Urgenza e di Pronto Soccorso della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Messina, ha vinto il premio di ricerca sul tema "La terapia sequenziale nel trattamento delle infezioni post-chirurgiche" sponsorizzato dall'Aventis Pharma S.p.A. con il lavoro scientifico dal titolo "Switch prophylaxis one a day (SPOD) con levofloxacina nelle ernioaloplastiche inguinali". La premiazione si è svolta lunedì 18 ottobre presso l'Hotel Cavalieri Hilton di Roma con la consegna della somma di 8.000,00 Euro da parte dell'apposita Commissione, costituita da Dirigenti di Istituti universitari, ospedalieri e di ricerca e da un rappresentante dell'Aventis Pharma.

Nella ricerca presentata alla valutazione della Commissione, gli Autori, convinti che l'impianto di protesi sintetiche nella riparazione dei difetti erniari inguinali, seppure ascrivibile alla chirurgia pulita, necessita di una profilassi antibatterica per la prevenzione delle complicanze settiche della ferita chirurgica, responsabili di prolungamento della degenza e della disabilità del paziente e dell'impiego di antibiotici con conseguenziale vanificazione dei vantaggi socio-economici delle alloplastiche, e sensibili alle attuali problematiche di economia sanitaria relative al contenimento della spesa ed alla razionalizzazione delle risorse, hanno sperimentato, come

alternativa ai regimi STP e USTP fino ad oggi più in uso, la switch prophylaxis one a day. Questo innovativo schema di profilassi antibiotica prevede la somministrazione endovenosa dell'antibiotico nella fase preoperatoria e,



I dottori Razzese, Pacilé, Bonsignore e Fiumara con il prof. Angiò

quindi, nel postoperatorio, a decorrere dalle 24 ore successive all'intervento e per un numero di giorni non inferiore a 7, l'assunzione per os dello stesso principio attivo, nell'un caso e nell'altro in monosomministrazione giornaliera.

I ricercatori, sfruttando, nella loro esperienza con la switch prophylaxis, le caratteristiche farmacologiche della levofloxacina (ampia e potente azione battericida; totale bioequivalenza tra le sue due formulazioni, iniettiva ed orale; persistenza non inferiore a 24 ore di concentrazioni plasmatiche e tissutali superiori alle CMI battericide nella maggior parte dei distretti organici, compresi la cute ed i tessuti molli), hanno conseguito soddisfacenti risultati sia sotto il profilo dell'efficacia clinica nella prevenzione delle complicanze flogistiche della ferita chirurgica con riduzione dell'incidenza e della gravità sia sotto il profilo della tollerabilità con riscontro di scarsi effetti collaterali.

L'affidabilità dell'impiego della levofloxacina nella switch prophylaxis one a day è risultata altresì correlata, oltre che ad un'elevata compliance da parte dei pazienti, soprattutto se operati in regime di one day surgery, ad un contenimento della spesa sanitaria (minore costo del farmaco nella formulazione orale; eliminazione dei costi accessori; semplificazione dell'operatività con riduzione dei tempi di preparazione e di somministrazione e, quindi, con minore impiego del personale per la formulazione orale e con possibile utilizzazione di unità non specializzate).

La profilassi sequenziale one a day con levofloxacina, hanno concluso gli Autori nel loro studio, risponde al razionale clinico di efficacia e a quello gestionale-economico di efficienza, con garanzia di un proficuo rapporto costi/benefici.

Corso siculo-calabro In reumatologia

Si svolgerà il 2 e 3 dicembre al Policlinico il secondo corso siculo-calabro in reumatologia. Presidente dei lavori, il prof. Gian Filippo Bagnato. Della Segreteria scientifica fanno parte il dott. A. Caliri, L. De Filippis e C. Romano. L'iscrizione è gratuita. Per informazioni: 06.36381573

La chirurgia ricostruttiva e oncologica

Messina si conferma crocevia scientifico dell'attualità in urologia

A poco meno di un anno l'Unità Operativa di Urologia dell'Azienda Ospedaliera Papardo di Messina diretta dal dr Carlo Aragona ha bisato il successo scientifico ed organizzativo della seconda edizione dell'Urological Meeting Messinese inserita come da consuetudine nel Programma per la Formazione Continua del Ministero della Sanità. La manifestazione ha visto sfilare sulla sua ideale passerella i maggiori contributi scientifici mondiali in tema di chirurgia urologica ricostruttiva ed oncologica che hanno relazionato sullo stato dell'arte di questa rilevante tematica. L'organizzazione capillare del dr Aragona e della sua equipe ha consentito ai partecipanti (oltre 150 specialisti provenienti da tutta Italia) di assistere "in diretta" a numerosi ed innovativi interventi che hanno dimostrato le più moderne tecniche chirurgiche eseguite in diretta dalla faculty intervenuta alternata a relazioni magistrali integrate in un interessantissimo dibattito.

Al workshop diretto dal dr. Carlo Aragona sono intervenuti: Hassan Abol Einim (Mansoura-Egitto), Francesco Aragona (Catania), Walter Artibani (Verona), Guido Barbagli (Arezzo), Laurent Boccon Gibod (Parigi), Mauro Cervigni (Roma), Mohamed A. Ghoneim (Mansoura-Egitto), el-Hadi Hussein (Tripoli), Darwin Melloni (Messina), Mario Motta (Catania), Roberto Olianias (Hamburg), Fausto Orestano (Palermo), Francesco Pagano (Padova), Cinzia Pajoncini (Roma), Enzo Palminteri (Arezzo), Michele Pavone-Macaluso (Palermo), Antonio Serrao (Ragusa). Dalle attrezzatissime sale operatorie dell'Ospedale Papardo, collegate per l'occasione in teleconferenza video ed audio con l'aula poli-

funzionale della Facoltà di Scienze del Papardo, sono stati eseguiti "in diretta": una cistectomia radicale con allestimento di derivazione urinaria continente eseguita dal prof. M.A.

tema di ricostruzione del piano perineale in pazienti con importanti prolassi e l'impianto di sling (piccole bendarelle di materiale artificiale) in grado di risolvere in maniera defini-



Il dr. Carlo Aragona (il secondo da destra) con alcuni componenti dell'equipe del reparto

un paziente affetto da carcinoma prostatico a confronto con l'intervento di Prostatectomia radicale perineale eseguita dal prof. R. Olianias. Su un paziente affetto da importante incontinenza urinaria è stato impiantato dal prof. R. Olianias, con tecnica e tecnologia innovativa, uno sfintere artificiale in grado di garantire la completa continenza, mentre il Prof. G. Barbagli coadiuvato dall'aiuto Prof. E. Palminteri ha eseguito due interventi di ricostruzione uretrale su pazienti affetti da gravi malattie stenose dell'uretra. I Professori W. Artibani e M. Cervigni hanno dimostrato in diretta le più innovative tecniche chirurgiche in

tiva l'incontinenza nella donna.

Le dimostrazioni chirurgiche in diretta sono state integrate da un nutrito programma scientifico attraverso numerose Letture magistrali: sullo stato dell'arte dei dispositivi suburetrali per l'incontinenza urinaria nella donna (prof. L. Boccon Gibod). Sulle più moderne tecniche di derivazione urinaria dopo cistectomia per cancro della vescica (prof. M.A. Ghoneim). Sugli sfinteri artificiali per l'incontinenza urinaria primitiva o secondaria (prof. R. Olianias). Su come affrontare lo scottante problema del Cancro della Prostata localmente avanzato (L. Boccon Gibod). Su come, quando e perché eseguire derivazioni urinarie continenti dopo chirurgia demolitiva per Carcinoma Vescicale (prof. R. Olianias). Su quali sono le più moderne acquisizioni in tema di chirurgia ricostruttiva uretrale (prof. E. Pal-

minteri). Sulle modalità ricostruttive di fistole complesse del basso apparato urinario. Sulle indicazioni, modalità di esecuzione e di estensione della linfadenectomia in corso di cistectomia per carcinoma vescicale infiltrante (M.A. Ghoneim). Sulla chirurgia ricostruttiva dell'uretra (prof. G. Barbagli). Sull'anatomia chirurgica e funzionale del piano perineale della donna (prof. W. Artibani). Sul workup diagnostico del basso apparato urinario e sul ruolo svolto dall'esame urodinamico (prof. C. Pajoncini). Sulla gestione chirurgica suburetrale per una adeguata continenza urinaria (prof. L. Boccon Gibod). Sulla chirurgia ricostruttiva del prolasso addominale e vaginale (prof. M. Cervini). Dalla "due giorni" urologica (30 settembre e 1 ottobre 2004) è emerso un forte messaggio di speranza per tutti quei pazienti oncologici che necessitano di chirurgia demolitiva e per quei pazienti affetti da patologie invalidanti quali le malattie stenose dell'uretra o importati prolassi addomino-vaginali. Grazie allo sviluppo di tecniche chirurgiche e tecnologiche all'avanguardia l'urologia ha così dimostrato di saper affiancare ad una efficace chirurgia demolitiva (capace cioè di rimuovere in maniera radicale il tumore) una altrettanto efficiente chirurgia ricostruttiva in grado di mitigare gli esiti invalidanti e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Congresso regionale degli Urologi a Barcellona

Il X Convegno Regionale della Associazione Urologi Ospedalieri Italiani (Auro.it), organizzato dal Dr. Antonino Calarco (Direttore dell'U.O. di Urologia dell'Ospedale Cutroni Zodda di Barcellona P.G.) e dalla sua Equipe, ha offerto agli Urologi Siciliani un importante momento di confronto professionale e di crescita culturale. Il 23 e 24 settembre 2004, presso il Palcultura "Bartolo Cattafi" di Barcellona Pozzo di Gotto, si sono confrontate tutte le scuole Siciliane di Urologia, affrontando le principali patologie urologiche attraverso le previste letture magistrali e il richiamo alle

più recenti scoperte scientifiche e tecnologiche delle numerose relazioni sviluppate. Visto il rilievo della manifestazione, l'importante assise è stata inserita nel programma nazionale per la formazione medica del Ministero della Sanità, con relativa attribuzione di Crediti Formativi.

Il Prof. M. Pavone-Macaluso di Palermo ha presentato una Lettura Magistrale dal titolo "I tumori vescicali localmente avanzati: chemioterapia neoadiuvante e tecniche di risparmio vescicale". Il Dr. Pennisi di Catania ha relazionato sulle attualità in tema di "Chirurgia della stressincontinence". Il Dr. Palminteri di Arezzo ha presentato la sua esperienza sulla "Chirurgia dell'uretra maschile", mentre il trattamento endoscopico delle stenosi ureterali è stato trattato dal Dr. Saita di Catania. Il Dr. Magno di Messina ha relazionato sulla "Diagnostica precoce e stadiazione del Carcinoma Vescicale", il Dr. Bizzi di Caltagirone ha presentato la sua esperienza sulle indicazioni alla "Terapia

endoscopica del Carcinoma Vescicale", le indicazioni alla "Terapia chirurgica" sono state affrontate dal Dr. Mastroeni di Messina, mentre il "Follow-up delle neoplasie vescicali" è stato affrontato dal Dr. Serretta di Palermo. Il Prof. Gallucci di Roma ha presentato una Lettura Magistrale sul tema "La laparoscopia nel III millennio". Il Dr. Rotondo di Messina ha esposto sulle "Indicazioni e limiti della litotrixxia extracorporea ad onde d'urto (ESWL)", il Dr. L. Orestano di Palermo ha parlato sulle indicazioni e sulla propria esperienza della nefrolitotrixxia percutanea, mentre il Dr. D'Arrigo di Catania ha definito "le indicazioni dell'ureteroscopia nel trattamento combinato della calcolosi complessa". Il Dr. Gulletta di Barcellona P.G. ha presentato una interessante relazione sulla "Diagnostica precoce del Carcinoma della prostata", mentre il Dr. C. Pavone di Palermo ha relazionato sulla "Terapia chirurgica open del Carcinoma della Prostata". L'approccio laparoscopico alla terapia chirurgica del Carcinoma Prostatico è stato affrontato dal Dr. Cannata di Ragusa, mentre le terapie alternative del Carcinoma della Prostata sono state trattate dal Dr. La Rosa di Catania.

Le sedute scientifiche sono state presiedute e moderate da C. Aragona (Messina), F. Aragona (Catania), G. Galfano (Marsala), F. Orestano (Palermo), G. Capizzi (Comiso), G. Raciti (Catania), E. Gange (Palermo), A. Bulgarella (Trapani), Q. Paola (Sciacca), A. Serrao (Ragusa), G. Curto (Palermo), D. Nicolosi (Catania), G. Vaccarella (Palermo), A. Siragusa (Caltagirone) e F. Vacirca (Caltanissetta).

La due giorni di studio, durante la quale si sono confrontate tecniche e strategie diagnostiche e terapeutiche all'avanguardia e che ha offerto agli intervenuti il prezioso apporto delle esperienze riportate dalle professionalità siciliane e nazionali più all'avanguardia nel campo dell'urologia, ha riportato un lusinghiero successo di partecipazione con oltre cento presenze.

Necessità di medico

di Aldo NIGRO

Si considera una pretesa dei medici volere che la direzione dei servizi sanitari sia nelle loro mani. Vi può essere un primo momento di cospirazione settoriale, ma la necessità è molto più a monte, dal momento che tutta l'organizzazione sanitaria deve essere gestita dalla mentalità specifica professionale del medico.

Attualmente non è neppure lontanamente pensabile che il medico, isolato, sulla base della sua formazione dottrinale e dell'esperienza acquisita nel diurno lavoro professionale, possa esaurire il compito medico. L'organizzazione della attività medica è - deve essere - complessa e completa. L'attività medica si espleta attraverso un'organizzazione che racchiude interventi del tutto diversi fra loro, dalla raccolta delle diverse competenze scientifiche biopsicologiche, ai sistemi di organizzazione socio-sanitari, dalle impostazioni socioeconomiche, alle questioni socioeducative, e via dicendo. Neppure la politica può essere tenuta fuori dall'organizzazione sanitaria, che tanto più è complessa e completa, tanto più può raggiungere l'obiettivo curativo, terapeutico, preventivo, riabilitativo. Del resto, ogni attività umana attualmente si complessifica e richiede la collaborazione e l'intesa di competenze diverse per potere godere i frutti della specializzazione e del costante arricchimento dei diversi settori. La medicina deve essere esercitata in collaborazione sia con altri medici, sia con competenti di settori diversi che diventano collaboratori indispensabili per l'opera del medico. Il problema non è quello di restringere l'opera medica a quanto possa essere realizzato dal singolo professionista o da un'associazione di medici, ma costituire una grande organizzazione medica - o sanitaria che dir si voglia - con direzioni chiaramente ed unitariamente nelle mani del medico. Solo chi è medico, che ha cioè una professionalità medica, può dirigere l'intera, pur altamente

complessa, organizzazione sanitaria.

Ora, è bene precisare che si possono avere due tipi di organizzazione, uno a piramide e l'altro a rete. Per il concetto di organizzazione a piramide, la base deve essere larga ed ampia procedendo poi a restringersi verso l'apice, che rappresenta la testa o la funzione dirigenziale. E', come è troppo chiaro, la vecchia ripetizione dell'impostazione della società, che ha bisogno di guide e di capi e non è per la democrazia. Ma il fatto maggiormente limitante è costituito dal non riconoscere una possibilità di interrelazioni, se non per livelli prestabiliti. L'altro tipo, immediatamente moderno, è a rete, ove non vi sono capi e posizioni verticistiche, ma continui flussi ed influenzamenti a tutti i livelli. In questo caso un'organizzazione a rete per il servizio medico comporta sempre che lo spirito che deve informare la rete sia medico, ma non richiede necessariamente che vi sia un medico che diriga tutto, per la stessa contraddittorietà del concetto di rete.

La ricchezza dell'organizzazione a rete, attraverso il nodo, consente di procedere verso qualsiasi direzione: verso l'alto, verso il basso, a destra o a sinistra. Consente il feedback che è il controllo operato dalla stessa azione. Non vi sono più strozzature gerarchiche: tutti essendo in collaborazione e mettendo il comune insieme si attua la ricchezza della rete.

Ci piace osservare che anche nelle ricerche biologiche deve essere abbandonata la strutturazione piramidale o, comunque, lineare, per sostituirla con quella circuitale. Recentemente è stato pubblicato un articolo, ove si dimostra che l'eucariota non nasce per evoluzione dal procariota, ma che due procarioti si fondono e danno luogo ad un eucariota (Nature, 2004, 431, 152 - The Ring of life provides evidence for a genome fusion origin of eucaryotes - M C. Rivera - J. A Lake) per cui, giustamente gli AA parlano di Ring of life.

In una società complessa e multidimensionale come quella attuale il problema della salute - sia dal punto di vista individuale che sociale -, della sua promozione e del suo mantenimento, assume connotazioni vaste e specifiche, implicando e coinvolgendo tutta una serie di aspetti di livello e di senso differente.

Contemporaneamente, e in parte per le stesse ragioni ora enunciate, i grandi temi della salute e della prevenzione sono destinati a divenire sempre più centrali e vitali nell'organizzazione delle strutture socio-sanitarie, nella formazione del personale, nella didattica universitaria.

"La salute viene creata e vissuta da tutti nella sfera della quotidianità: l'apprendimento, il lavoro, il gioco, l'amore. La salute si crea avendo cura di se stessi e degli altri, acquisendo la capacità di prendere decisioni e di assumere il controllo delle circostanze della vita, e facendo in modo che la società in cui si vive consenta la conquista della salute per tutti i suoi membri."

Questa citazione tratta dalla Carta di Ottawa stilata il 21 Novembre 1986 al I Congresso Internazionale sulla Promozione della Salute, oltre a delineare la prospettiva complessa della psicologia della salute, ci conduce al cuore del bel libro di Alberto Zucconi e Patty Howell *La Promozione della Salute*, edito da La meridiana. Cos'è la salute? Quale ruolo svolge ognuno di noi nel determinarla? E quali gli aspetti sociali che possono promuoverla? Questi alcuni degli interrogativi cui gli autori danno risposta avvalendosi del Modello Biopsicosociale. L'adozione di tale *paradigma* rappresenta la necessaria revisione del tradizionale *paradigma* Biomedico dal momento che il riduzionismo meccanicista e la compartimentalizzazione del sapere all'interno di branche sempre più specifiche, che si avvalgono di linguaggi sempre più specialistici, hanno finito

con il costituire un ostacolo alla comprensione dei fenomeni. ... i fisici, i biologi, gli psicologi, e i sociologi sono, per così dire, incapsulati nei loro universi privati... La scienza classica nelle sue diverse discipline, siano esse la chimica, la biologia, la psicologia o la sociologia ha cercato di isolare gli elementi dell'universo osservato, [...] aspettandosi che, nel metterli insieme più e

in primis perché considerare la salute come l'espressione di molteplici fattori sui quali l'individuo può esercitare un controllo significativo e non l'effetto di cause incontrollabili quali agenti patogeni come virus, batteri o il genotipo ridimensiona l'onnipotenza dell'operatore d'aiuto così come l'impotenza del cliente; in secundis perché, alla luce di quest'ottica cir-

rogenei ambiti in cui si spiega l'esistenza. L'approccio Biopsicosociale, dunque, lungi dal tradursi in un intervento volto al mantenimento dell'omeostasi, che vede il medicamento funzionale al perpetuarsi della malattia, attiva una dinamica realmente trasformativa.

Nella stessa direzione si muove l'Approccio Centrato Sulla Persona di Carl Rogers che [destituendo la figura del medico dell'onnipotente sacralità che aveva il suo

migliori strategie di coping, ma sono gli aspetti di cui si sostanzia la relazione di cura, intesa come relazione attraverso la quale creiamo per l'altro le condizioni favorevoli alla realizzazione del proprio progetto esistenziale e allo sviluppo della propria identità.

"L'ottica di centrarsi sulla persona non si giustifica tanto con considerazioni di tipo etico, ma possiede anche e soprattutto un preciso significato tecnico. La relazione di aiuto ha per sua principale finalità quella di restituire autonomia alla persona... risulta allora "tecnicamente" necessario che la persona sia trattata in modo tale da poter sperimentare, già nel processo di aiuto, un adeguato e autentico clima di autodeterminazione, responsabilizzazione, valorizzazione" [4].

La scrittura piana e la ricchezza dei contributi di ricerca fanno del libro un'indispensabile lettura non solo per chi opera nell'ambito della promozione della salute ma, per chiunque senta l'esigenza di un mondo più democratico, in cui gli uomini intessono relazioni ricche e creative, in cui la prevaricazione lascia il posto al rispetto reciproco e ad una gestione delle risorse equa e giusta. Lungi dall'essere un esclusivo esercizio speculativo, il testo fornisce dei validi strumenti d'intervento e si traduce nella concreta possibilità di realizzazione degli obiettivi che la Carta di Ottawa ha prefissato, ossia la tutela e la promozione della salute.

Daniele La Barbera, Igea Paterno.

Di recente uscita il libro dei professori Zucconi e Howell

"La Promozione della salute"

più volte, concettualmente o sperimentalmente, la totalità, o sistema- cellule, mente, società- potesse risultare ed essere intelligibile. [...] è necessario studiare non solo parti e processi isolati, ma anche risolvere problemi decisivi che sono individuati nell'organizzazione e nell'ordine che li riunificano, risultanti dall'intenzione delle parti, e facenti sì che il comportamento delle singole parti sia differente quando esse sono studiate isolate o all'interno dell'insieme [1]. Così scrive L. Von Bertalanffy, padre della Teoria Generale dei Sistemi. Il concetto di totalità, secondo il quale l'insieme è maggiore della somma delle sue parti, è uno degli assi portanti della teoria sistemica che nella genesi della salute, come della malattia, guarda ai determinanti biologici, psicologici e sociali. Questo cambiamento di prospettiva ha un'immediata ed inevitabile ricaduta sulla prassi a vari livelli:

colare, l'intervento non può che avere come referenti, oltre che l'individuo, le imprese, gli enti governativi e la comunità sociale nel suo insieme [2]. L'obiettivo che si prefiggono gli autori è dunque arduo, ma è in tale arduità che sta la sua forza: sensibilizzare il lettore ad una coraggiosa assunzione di responsabilità e all'abbandono della rassicurante logica della delega. Lo sguardo realistico che essi rivolgono alla contemporaneità, lungi dal tradursi in una visione miope, imbrigliata nelle maglie del pessimismo e dell'impotenza, trova nel presente lo slancio per protendersi al futuro. Nell'approccio alla salute è la sollecita e costante attenzione alle dimensioni sincronica, oltre che a quella diacronica, che ne rende possibile la promozione: tale approccio chiede che non ci siano cesure non solo tra il corpo e la psiche, ma anche tra i variegati ed eter-



Alberto Zucconi

contrattare nella passività e nella deresponsabilizzazione del paziente] si delinea come efficace e privilegiato strumento di cambiamento, atto a favorire lo sviluppo delle potenzialità dell'altro, la sua capacità di autogestirsi e di compiere i passi necessari per migliorare la propria salute e per relazionarsi efficacemente con se stesso, con gli altri e con il mondo [3]. L'ascolto empatico, l'autenticità e il rispetto non costituiscono solamente le competenze atte a facilitare l'acquisizione di una buona autoefficacia e di

Il potere delle parole

di Anastasio MAJOLINO

La vasta eco, ancora viva, prodotta dal recente convegno di Messina - promosso dall'Ordine dei Medici - che ha avuto per tema la tutela del paziente oncologico, e, in particolar modo, l'uso appropriato di un linguaggio rispondente alle esigenze psicologiche della persona sofferente, non può non rinnovare condisciplina e soddisfazione specialmente in chi, nel rapporto professionale medico-paziente, adopera di routine mezzi psicoterapeutici somministrati essenzialmente mediante l'uso della parola. La rilevanza di un tale consenso ci sembra debba essere sottolineata soprattutto per il fatto che, diversamente dal solito, questa volta l'attenzione di tutti gli esperti che vi hanno partecipato è stata rivolta esclusivamente al malato anziché alla malattia, agli aspetti psicologici della persona sofferente anziché a quelli biologici. Inoltre i numerosi e altamente qualificati relatori, sono stati tutti concordi nel ritenere necessario, tra l'altro, modificare aspetti della terminologia medica che finora sono stati in uso nella definizione di certi "malati a rischio", perché considerata traumatizzante e discriminante per i pazienti cui viene riferita.



E infine, a vidimare questi apprezzabili propositi, c'è stata l'approvazione all'unanimità di un documento d'intenti: la "Carta di Messina" che sancisce per iscritto il riconoscimento ed il rispetto degli inviolabili diritti della persona ammalata, la quale deve potersi giovare dell'effetto benefico che sulla sua sfera emozionale hanno l'uso delle parole appropriate mediante cui si comunica con essa. Insomma si tratta di una vera e propria apertura sul versante psicologico di notevole portata, che segna una svolta di grande interesse a vantaggio di una più efficace impostazione terapeutica, completata così dal corretto modo di comunicare nei confronti dell'uomo che soffre. Tutto ciò, naturalmente - in particolar modo in chi li usa quotidianamente nell'attività psicoterapeutica come chi

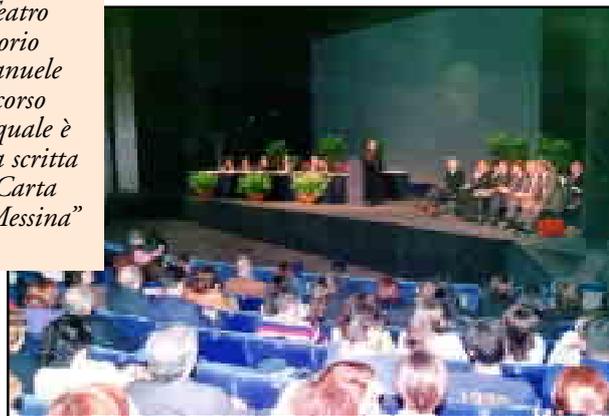
scrive - non può non richiamare l'attenzione sull'importanza che certi strumenti psicologici hanno sulla psiche umana, soprattutto quando sono necessari a lenire la sofferenza e a modificare condizioni problematiche di carattere psicologico. Di conseguenza non si può fare a meno di fare qualche riflessione e cercare di

approfondire un argomento che tocca l'intima essenza dell'uomo, prendendo in considerazione la funzione essenziale del linguaggio, quindi il potere che hanno le parole nel rapporto interpersonale. Una cosa, quest'ultima, che il più spesso sfugge

come camminare, come respirare, per cui potrebbe sembrare un'azione scontata, di cui non c'è alcuna ragione di interessarsi. D'altro canto, invece, ci sono alcune discipline, come la linguistica, la semiologia, la semantica, la psicolinguistica ed altre che studiano il linguaggio ponendosi come obiettivo quello di capire più a fondo quale sia il suo ruolo nei rapporti umani e quale la sua essenza.

Ma se il linguaggio non è l'unico mezzo di comunicazione che l'uomo ha per esprimersi, esso però è certo il più specificamente umano: quello in cui le implicazioni simboliche ed emotive si fondono assai bene in una misteriosa sintesi espressiva in cui è difficile separa-

Un momento del Convegno nazionale al Teatro Vittorio Emanuele nel corso del quale è stata scritta la "Carta di Messina"



alla nostra attenzione, dato che nella quotidianità utilizziamo costantemente il linguaggio servendoci delle parole in modo naturale. Parlare è dunque un atto consueto

re radicalmente gli elementi, senza disperdere il senso dell'insieme. Ed è proprio per questa sua caratteristica di veicolo naturale, ricco di significato, che il linguaggio ha

potere di intervenire anche sulla salute umana, influenzandola in vario modo. Infatti è grazie alla loro intrinseca potenzialità, in quanto veicoli di simbolismi densi di significato, che le parole hanno potuto rendersi così potenti da influire sulla vita umana non solo a livello di comunicazione, attraverso gli scambi interpersonali, ma anche in modo concreto sul comportamento fino a diventare come dei "farmaci", in certi casi così importanti da essere presenti nelle cure mediche e nelle prescrizioni terapeutiche. Naturalmente, dato il grande potere acquisito dalle parole, queste possono influire sulla salute del-

l'essere umano anche negativamente: per cui possono ferire o annientare, ma, per converso, possono anche e soprattutto "guarire". Sotto questo profilo è molto interessante approfondire certi aspetti della scienza della comunicazione al fine di capire meglio il perché dell'effetto terapeutico del linguaggio; in particolare quella parte che viene chiamata "pragmatica" - perché influenza concretamente il comportamento - che attiene all'aspetto psicologico di tale scienza. A tal proposito, c'è da sottolineare che a seguito dell'avvento di alcune nuove scienze, come la teoria dell'informazione, quella dei sistemi evolutivi e special-

mente della cibernetica (scienza del controllo e della comunicazione), si va delineando sempre più decisamente una nuova interpretazione del concetto di malattia per quanto riguarda i disturbi di natura psichica. E ciò, di conseguenza, comporta un approccio terapeutico diverso, orientato dal presupposto che l'organismo può essere considerato come un sistema complesso, organizzato da processi ricorsivi di retroazione, cioè autoregolato in base ad un certo tipo di informazione circolante fra i sottosistemi che lo compongono. Dunque in questa nuova ottica, a maggior ragione, la parola costituisce l'elemento basilare per

poter influenzare e correggere le disfunzioni del circuito informativo dell'organismo umano, che sono causa di certe patologie. Ed è significativo che questa nuova prospettiva tracciata dalla cibernetica, che apre per la psicoterapia un campo di unificazione applicativa su base strettamente scientifica, abbia ispirato proprio a Messina gli studi anticipatori svolti da Domenico Pisani e Aldo Nigro; i quali, negli anni sessanta, in alcuni interessanti lavori scientifici, hanno posto le basi di una "Interpretazione cibernetica della patogenesi delle nevrosi".

"Focus sul trattamento delle neoplasie cerebrali"

Dal tumore primitivo alla malattia secondaria

Il 3 Luglio 2004 nell'Aula Magna del nostro Ateneo si è tenuto un convegno su "Focus sul trattamento delle Neoplasie Cerebrali, dal tumore primitivo alla malattia secondaria", coordinato dal Prof. Vincenzo Adamo, Direttore dell'U.O. dip. Oncologia Medica e Terapie Integrate A.O. Universitaria del Policlinico di Messina, con la partecipazione dei migliori esperti sia nazionali che europei ed il patrocinio dell'AIOM (associazione italiana di oncologia medica), del-

l'AIRO (associazione italiana di radioterapia oncologica) e dell'AINO (associazione italiana di neurooncologia). L'incontro è stata l'occasione per affrontare alcuni temi di primario interesse in tale patologia, oggi sicuramente meglio conosciuta dal punto di vista diagnostico e molto più aggredibile dal punto di vista terapeutico con concrete potenzialità curative.

I tumori cerebrali sono in incremento ed oggi sono stimati più di 127000 nuovi casi nel

mondo per anno. Negli USA sono stati diagnosticati circa 18300 casi nel 2003, e questo dato riflette un andamento simile in Europa ed in Italia, che se aggiustato per età appare più evidente nelle decadi più avanzate, confermandosi per i prossimi anni patologia con prevalente incidenza nell'anziano. Dagli ultimi dati di EURO CARE 2003 l'Italia risulta il terzo paese per incidenza in Europa, con una sopravvivenza a 5 anni intorno al 20% in linea con la media europea, ma

meritevole di grande attenzione sia in ambito diagnostico che terapeutico. La maggiore incidenza dei tumori cerebrali sia di tipo primario, che come localizzazioni secondarie metastatiche cerebrali, non è completamente chiara e senza dubbio accanto agli aspetti di tipo biologico-molecolare e di storia naturale, trova la sua spiegazione nel miglioramento delle tecniche di imaging con la possibilità diagnostica di lesioni sicuramente più piccole. La maggior parte dei tumori cerebrali

Il prof. Goldhirsch ospite degli "Incontri" di Villa Salus

TRATTAMENTO PRECAUZIONALE del carcinoma mammario

Allarmanti le cifre di incidenza dei tumori della mammella, una malattia sociale, epidemica: ogni 2,5 minuti vi è nel mondo una nuova diagnosi di neoplasia mammaria, ogni 10 minuti vi è una donna che viene sottoposta ad intervento chirurgico a causa di un carcinoma mammario e sono al momento ben 300.000 le donne in Italia alle quali è stato riscontrato un tumore al seno, 1.000.000 i nuovi casi che si registrano annualmente nel mondo.

Sono questi i risultati emersi nel corso di un convegno sul tema del *Trattamento precauzionale della donna con carcinoma mammario*, svoltosi sabato scorso nell'Aula Magna dell'Università ed organizzato dal dott. Pietro Spadaro, Respon-

sabile dell'Unità Operativa di Oncologia della casa di cura Villa Salus di Messina. Ospite e relatore d'eccezione il Prof. Aaron Goldhirsch, Direttore della Divisione di Oncologia Medica e Radioterapia dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano. Hanno preso parte ai lavori, moderati dallo stesso dott. Spadaro, i professori Adamo, Mesiti e Altavilla, del Policlinico Universitario di Messina ed il Dott. Saladino della Villa Salus. Nel corso della propria lezione magistrale Goldhirsch, il quale presiede il Comitato Scientifico del più importante gruppo internazionale di ricerca sui tumori mammari, l'*International Breast Cancer Study Group*, ha sottolineato come, nonostante l'elevatissima incidenza della malattia, la

significativa diminuzione della mortalità e la possibilità della diagnosi precoce di lesioni non ancora palpabili nel 25% dei casi, consentano di parlare di una vera e propria "rivoluzione" nel campo terapeutico delle neoplasie mammarie. In questo contesto l'avvento della chirurgia conservativa ha evitato migliaia di interventi demolitivi e invalidanti per la donna. Oggi, infatti, con la tecnica innovativa del linfonodo sentinella si esegue un intervento di "minima" risparmiando anche l'ascella ed una sola seduta di radioterapia durante l'atto operatorio (IORT) può evitare sei settimane di cura, con le relative conseguenze. Il Prof Goldhirsch ha inoltre sottolineato come, grazie alle nuove informazioni biologiche, sia oggi possibile personalizzare o, per usare le sue parole, "confezionare", per ciascuna paziente una terapia mirata, che risulti la più effi-



I professori Scribano, Adamo e Tomasello e il presidente dell'Ordine Romeo.

primari sono Gliomi, che nascono dalla cellula gliale ed includono neoplasie degli astrociti (astrocitomi), degli oligodendrociti (oligodendrogliomi), delle cellule ependimali (ependimomi ed ependimoblastomi) e di origine mista. I Gliomi, sicuramente i più frequenti come incidenza, sono neoplasie con andamento insidioso, che si caratterizzano per essere tra le neoplasie maggior-

mente resistenti ai trattamenti. Nell'adulto i tumori degli astrociti secondo la classificazione della WHO vengono suddivisi in grado 2 (astrocitomi a basso grado), grado 3 (astrocitomi anaplastici - AA) e grado 4 (glioblastomi multiformi - GBM). Gli alti gradi (grado 3-AA e grado 4 - GBM) costituiscono la maggior parte dei tumori primari nell'adulto. Non-

ostante i notevoli progressi in neurodiagnostica e nelle tecniche neurochirurgiche la completa resezione spesso non è possibile, sia per la sede sia per le potenziali sequenze per il paziente. Pertanto la moderna strategia terapeutica ricorrendo ad una più razionale integrazione delle armi a disposizione,

come la chirurgia (conservativa o meglio ancora selettiva e mirata), la radioterapia con la radiochirurgia e la terapia medica con nuove interessanti molecole sta certamente dando un nuovo impulso, con un cauto ma rinnovato ottimismo. Sappiamo infatti che il trattamento standard per tali neoplasie, specie per le forme ad alto grado di malignità, fino ad oggi costituito da chirurgia seguita da radioterapia trova,

con le più recenti acquisizioni, nella terapia medica adiuvante un nuovo alleato forse fondamentale.

Il ruolo della chemioterapia adiuvante, seppur ancora dibattuto, oggi è senza dubbio cambiato in particolare per l'avvento di nuove molecole più attive da sole ed in combinazione con la radioterapia, più maneggevoli e con un profilo di sicurezza per il paziente sicuramente migliorato. Tutto ciò sta contribuendo a cambiare il controllo e l'evolutivezza di tali tumori; la mediana di sopravvivenza per i glioblastomi (GBM) con la terapia integrata è oggi di oltre 12 mesi, e diventa superiore a 22 mesi negli astrocitomi anaplastici (AA).

Infatti lo sviluppo di più selettive tecniche neurochirurgiche (neuronavigatori e brain-suite), come riferito nella importante lettura di apertura dal Prof. Tomasello e nei successivi interventi dei Proff.ri Carapella, Albanese, Salpietro e d'Avella, l'uso di più precise e mirate radioterapie sottolinea-

cace rispetto al caso specifico. In altri termini, non possono più immaginarsi delle associazioni terapeutiche standardizzate come fossero "ricette da cucina".

È fondamentale però vagliare con molta attenzione i rischi di prognosi ed i fattori predittivi di risposta prima di proporre qualsiasi trattamento precauzionale, ed in questo un valido laboratorio è indispensabile per avere quelle informazioni biologiche assolutamente



Soto Parra, Altavilla, Spadaro, Golhirsch, Adamo, e Mesiti

attendibili. Il trattamento può, ed in alcuni casi deve, essere proposto prima dell'intervento chirurgico, che è il miglior test in vivo per valutare l'attività di quella specifica terapia.

In conclusione il Professore ha chiarito come ulteriori studi siano necessari

per ottimizzare le terapie oggi in uso, sottolineando l'importanza dell'ormonoterapia ed anticipando di avere in sperimentazione due vaccini, di cui uno estremamente attivo e promettente nelle donne affetta da carcinoma mammario.

to negli interventi di Pergolizzi e Montemaggi, ma soprattutto l'avvento di nuovi antitumorali (più selettivi, maneggevoli e sicuri) come riportato da Brandes ed Alafaci hanno dato un notevole contributo al miglioramento del risultato terapeutico. Siamo passati infatti da farmaci (platini, alcaloidi della vinca, epidofillotossine, nitrosuree, alchilanti) attivi ma anche molto tossici specie in combinazione, a molecole come la temozolomide e le fotomustine ancora più attive, ma senza dubbio meno tossiche e di più facile gestione per il paziente.

In tale ambito la Temozolomide è la molecola che ha avuto un percorso più rapido raggiungendo dei risultati terapeutici di grande interesse. È una nuova molecola della famiglia degli alchilanti, somministrata per via orale che prontamente supera la barriera ematoencefalica. Essa si è dimostrata attiva come agente singolo nelle recidive di astrocitomi maligni e di glioblastomi multifocari; la temozolomide è attiva anche in prima linea nei gliomi maligni. La sua maneggevolezza e versatilità ha permesso rapidamente lo sviluppo di trattamenti combinati con la radioterapia e con altri agenti antitumorali come il platino, e di recente con una nuova doxorubicina liposomiale pegilata, anch'essa caratterizzata da una pronta capacità di superamento della barriera ematoencefalica. Tutto ciò ha permesso soprattutto nei tumori cerebrali a più alta malignità (gliomi ad alto grado) un'evoluzione costante di interesse e studi sulla terapia adiuvante con RT e/o chemioterapia

post-chirurgica, nel cui ambito lo studio più significativo sul glioblastoma è stato presentato all'assemblea mondiale più importante (ASCO-New Orleans-giugno 2004). Lo studio, di fase III e condotto dall'Organizzazione Europea per la Ricerca e la Cura del Cancro (EORTC) e dal National Cancer Institute del Canada su 573 pazienti (80 centri tra in Europa, Canada e Australia con grande contributo italiano) ha dimostrato che aggiungere la Temozolomide alla Radioterapia aumenta la sopravvivenza nei pazienti affetti da glioblastoma maligno. Roger Stupp, coordinatore dello studio, ha riportato che dopo due anni di trattamento il 27% dei pazienti sottoposti a temozolomide in combinazione con radioterapia erano ancora vivi, contro il 10% di chi riceveva la sola radioterapia. Ciò rappresenta il più grande progresso negli ultimi 30 anni nella cura di questo tumore cerebrale fortemente maligno che uccide circa 10.000 pazienti solo in Europa. Questo studio stabilisce chiaramente il nuovo standard terapeutico per questo tipo di pazienti essendosi dimostrata l'efficacia della terapia medica nell'aumentare la sopravvivenza, che è raddoppiata con l'utilizzo della temozolomide in

combinazione con la radioterapia.

Il Glioblastoma era considerato un tumore incurabile ed inguaribile, oggi può essere curato e oltre un quarto dei pazienti è vivo a 3 anni dalla diagnosi con il nuovo trattamento, e va registrato che è la prima volta che un farmaco dimostra di modificare la sopravvivenza in questo tipo di tumore.

La cura non solo è utile, ma anche particolarmente ben tollerata dai pazienti. Si tratta infatti di un farmaco in pillole che viene dispensato nei centri specialistici oncologici e può essere assunto a casa, sia pure con il controllo vigile dell'oncologo. Anche nel nostro policlinico, ha sottolineato il Prof. Adamo, è in atto tale tipo di protocollo in stretta collaborazione con i neuro-

venza rimane ancora basso e lo sviluppo della terapia medica passa attraverso due momenti essenziali: la ricerca di farmaci che siano capaci di passare attraverso la barriera ematoencefalica con facilità, ed il superamento della chemioresistenza, legata a proteine (O⁶-alchil-guanina-DNA-alchil-transferasi e P-glicoproteine) così frequentemente osservata nei tumori del SNC. Infine altro dato di estremo interesse è lo sviluppo degli studi biomolecolari sulla eterogeneità dei tumori cerebrali, che portano oggi a distinguere due sottogruppi di GBM, che si sviluppano attraverso distinti pathways genetici ed appaiono non facilmente distinguibili istologicamente, come ampiamente riportato negli interventi dei Proff.ri



Convegnisti nell'Aula Magna dell'Università.

chirurghi ed i radioterapisti i cui dati saranno comunicati in occasione del prossimo congresso nazionale AIOM a Bologna nel settembre 2004. Naturalmente questo è un momento, anche se molto promettente ed interessante, di una ricerca sicuramente stimolante ma in continua evoluzione. Infatti il tasso di sopravvi-

Gangaspero e Soffietti. Infatti è proprio attraverso le continue acquisizioni di biologia e di espressione biomolecolare che sta crescendo in maniera sempre più pressante l'interesse verso studi con le nuove terapie a target biomolecolare, che associate o in sequenza alla chemio e radioterapia tradizionali costituiranno il futuro delle nuove strategie integrate.

Sabato 2 Ottobre presso l'Auditorium G. Martino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, si è tenuto il Seminario di Formazione ECM "Problemi del paziente con adenoma ipofisario nell'ambulatorio del medico di famiglia". Negli intenti degli ideatori e organizzatori del Seminario (Prof. Francesco Trimarchi e dott. Salvatore Cannavò, col supporto logistico della Fondazione Cultura e Salute dell'Ordine dei Medici della nostra Provincia), l'incontro tra endocri-

I lavori del Seminario sono stati aperti dal Prof. F. Trimarchi, il quale ha sottolineato l'importanza dell'alleanza tra il medico di famiglia e lo specialista nella gestione non già della malattia, bensì del malato in toto, con le sue esigenze, i suoi timori, le sue speranze, le sue vittorie e le sue sconfitte. È quindi intervenuto il prof. A. Giustina (Brescia), autore di una relazione sugli incidentalomi ipofisari, di sempre più frequente riscontro, oggi, dato il diffuso utili» delle metodiche di imaging;

propria relazione, come le "complicanze sistemiche" dell'acromegalia siano non già complicanze sensu stricto della malattia, bensì rappresentino la malattia ed in quanto tali possono essere riconoscibili ancor prima dei noti segni esteriori indotti dall'ipersecrezione di GH, mentre la professa M. Arosio (Milano) ha illustrato le più recenti acquisizioni della letteratura internazionale in merito all'aumento di incidenza delle neoplasie nei pazienti acromegalici; infine, il dott. P. Manzullo (Verbania) ha esposto le opzioni terapeutiche oggi a disposizione nel trattamento degli adenomi ipofisari Prolattinosecernenti. Al termine della discussione, arricchita dalla presentazione ed analisi di paradigmatici casi clinici, ai medici di famiglia è stata presentata l'iniziativa di attivare l'indirizzo e.mail endocrinoloma@unime.it, al fine di poter contattare i colleghi specialisti della Sezione di Endocrinologia, per ottenere informazioni

Problemi del paziente con adenoma ipofisario nell'ambulatorio del medico di famiglia

di Salvatore **CANNAVÒ**

nologi e medici di famiglia voleva essere un momento dialettico importante in merito a problematiche di particolare interesse nella gestione del paziente con adenoma ipofisario, condizione morbosa, questa, relativamente poco frequente, ma di rilevante impatto sullo stato di benessere, sulla morbidità associata e sulla mortalità del malato. L'obiettivo dell'aggiornamento del medico di famiglia (sapere), alla luce del tumultuoso progresso scientifico, non è il solo sul quale l'attenzione degli organizzatori del corso si è focalizzata. Le aggiornate linee guida in merito alla diagnosi ed alla gestione terapeutica del paziente, ma anche la complessa legislazione vigente in merito alla dispensazione di alcuni presidi terapeutici, rendono indispensabile una maggiore consapevolezza, da parte del medico di famiglia, delle proprie responsabilità e competenze (saper essere), nonché una penetrazione della propria attività quotidiana con quella del medico specialista (saper fare).

poi il dott. U. Pagotto (Bologna), il quale ha tenuto a distinguere tra la Malattia di Cushing "da libro" e quella reale, dai sintomi e segni talora subdoli. Il dott. S. Cannavò ha sottolineato, nel corso della

sui propri assistiti visitati o ricoverati presso la struttura, prenotare visite ambulatoriali, consultarsi in merito a casi clinici e ottenere informazioni circa le novità diagnostico-terapeutiche, con l'auspicio che tale iniziativa possa consolidare una reciproca collaborazione sempre più intensa e gratificante, utile per il medico quanto per l'assistito. Onde garantire l'efficacia del servizio, l'accesso al suddetto indirizzo di posta elettronica è riservato ai soli medici, i quali sono pregati di indicare il proprio nome e cognome, indirizzo, n° di telefono e fax, n° di iscrizione all'albo o codice ENPAM.

* Dott. Salvatore Cannavò, Dipartimento Clinico Sperimentale di Medicina e Farmacologia - Sezione di Endocrinologia, Università degli Studi di Messina.



La gestione del paziente con disturbi d'ansia in medicina generale

di Mario POLLICITA e Antonio MILICI

I disturbi d'ansia sono presenti nella popolazione generale nella percentuale del 15%, ma se si annoverano anche le manifestazioni ansiose soffocoglia le percentuali aumentano. Questi dati dimostrano la diffusione dei disturbi d'ansia anche in rapporto con altre patologie mediche come il diabete o l'ipertensione.

Ovviamente l'ansia non è sempre espressione di malattia, poiché moderati livelli di ansia costituiscono risposte normali agli eventi della vita quotidiana. Tuttavia in una discreta percentuale di soggetti (circa il 5%) l'ansia crea inabilitazione, anche temporanea, determinando difficoltà oggettive nella vita di relazione lavorativa scolastica ecc.

La peculiarità di questi disturbi sta nella sintomatologia che si manifesta sia con sintomi psichici che fisici. Un aspetto non secondario da considerare è la loro possibile presenza in comorbilità con altri disturbi sia organici che psichici.

Pertanto frequentemente i medici sono chiamati a valutare le eventuali diagnosi differenziali con le altre patologie con cui condividono la sintomatologia. Esistono due sistemi di classificazione internazionali per i disturbi d'ansia e sono: Il DSM IV e ICD 10, il primo è di derivazione americana il secondo è quello dell'OMS. Tutte e due i sistemi sono molto simili, in particolare il primo prevede:

- il disturbo d'attacchi di panico;
- le fobie semplici e sociali;
- il disturbo ossessivo compulsivo;
- il disturbo d'ansia generalizzato;
- il disturbo post-traumatico da stress;
- il disturbo acuto da stress;
- il disturbo d'ansia dovuto a condizione medica;
- il disturbo d'ansia indotto da sostanze;
- il disturbo d'ansia NAS

Un disturbo frequentemente presente è l'attacco di panico (A.P.) che si caratterizza per la presenza di 4 sinto-

mi su una scala di 13 (Tachicardia, senso di soffocamento, parestesie, nausea o vomito, dolori precordiali, vampate di calore, sensazione d'impazzire e/o di svenire e/o derealizzazione, tremore, sudorazione, sensazione di asfissia). Ma è bene ricordare che esistono anche delle forme paucisintomatiche di A.P. che si manifestano con meno di 4 sintomi.

L'A.P. si presenta con peculiarità diverse nei vari disturbi d'ansia cosicché possiamo avere nelle fobie semplici la presenza di A.P. solo in presenza di uno stimolo fobico quale i locali chiusi (claustrofobia) o sporco (rupofobia) ecc. Nella fobia sociale gli A. P. si presentano in presenza solo in una o più situazioni sociali quali il parlare in pubblico, mangiare in pubblico, scrivere in pubblico ecc.

Nel disturbo d'attacchi di panico oltre alla presenza dell'ansia anticipatoria (la paura che venga un A.P.) alle condotte di evitamento, all'agorafobia. Quest'ultima è una malattia che interessa il 3% della popolazione e l'A.P. si manifesta a ciel sereno e durano da 15 minuti a mezz'ora.

Il Disturbo Ossessivo Compulsivo si compone della presenza di ossessioni (idee pensieri, immagini) che s'introducono nella mente del paziente in modo inappropriato ed intrusivo e di compulsioni che sono azioni ripetitive in risposta ad un ossessione secondo regole applicate rigidamente. Questa malattia anche se presente nel 3% della popolazione è fortemente misconosciuta e arriva difficilmente all'attenzione del medico, poiché gli stessi soggetti che ne soffrono tendono a nascondere o a non identificarlo come patologia se non quando si presenta nei gradi sintomatologici estremi e fortemente invalidanti.

Il disturbo d'ansia generalizzato si caratterizza per la presenza di ansia e preoccupazioni eccessive (attesa apprensiva) che possono riguardare aspetti economici, i figli, il lavoro, la scuola ecc. sono pure presenti sintomi fisici quali: sentirsi tesi; facile affatica-

bilità; difficoltà a concentrarsi; irritabilità; tensione muscolare; alterazioni del sonno. Il disturbo post-traumatico da stress si presenta con sintomi ansiosi ed alterazione dell'umore dopo gravi traumi come dopo un terremoto, incidente grave ecc. Questa piccola ed incompleta disamina dei disturbi d'ansia più frequenti, che non è chiaramente esaustiva, vuole solo ricordare alcuni termini della questione ponendo l'accento sul fatto che il 15% dei soggetti che si presenta in un ambulatorio di medicina generale riferisce questi sintomi e soffre di questa patologia. Se si considera che solo il 20% dei soggetti affetti da queste malattie arrivano all'osservazione dello psichiatra si capisce che una maggiore integrazione e collaborazione tra i medici di medicina generale e gli psichiatri potrebbe essere particolarmente utile per dare risposte quanto più complete al paziente.

Inoltre la collaborazione tra queste due figure di sanitari sarebbe particolarmente utile ad entrambi poiché la conoscenza che ha il medico di medicina generale del suo assistito è tale da facilitare di molto il compito dello psichiatra nell'individuare la giusta patologia.

L'alleanza terapeutica tra i due sanitari potrebbe anche portare alla gestione dei soggetti con disturbi d'ansia di alcuni aspetti farmacologici e gestionali da parte del medico di medicina generale e per gli aspetti psicologici e fortemente specialistici della terapia allo psichiatra.

Tutto ciò comporterebbe una particolare sensibilizzazione ed affinamento delle capacità diagnostiche e terapeutiche del medico di medicina generale con il conseguente maggior numero di soggetti che verrebbero visti, rispetto al 20% attuale, dallo psichiatra. Questa collaborazione potrebbe essere un modello su cui poter costruire altri tipi di collaborazione ed interscambio del medico di medicina generale con altri specialisti, per una reale integrazione tra i vari sanitari.

Embolismo venoso

La chirurgia ortopedica dell'anca e del ginocchio, sia in elezione che in urgenza, grazie al perfezionamento delle tecniche operatorie e alla fattura di protesi di elevato profilo tecnologico, ha raggiunto in questi ultimi anni livelli di sicurezza e affidabilità estremamente elevati. Tutto ciò ha contribuito non solo a migliorare la prognosi *quoad vitam* a breve e medio termine ma anche a migliorare la qualità della vita di pazienti che altrimenti sarebbero costretti a una grave e invalidante limitazione funzionale con prevedibili ricadute negative non solo psicologiche ma anche socio-economiche. Recuperare pienamente alla attività produttiva un soggetto altrimenti costretto ad una vita da invalido è senz'altro un target lusinghiero e socialmente importante.

Come tutta la chirurgia quella ortopedica in particolare è gravata dal rischio di trombosi venosa profonda. La trombosi venosa profonda degli arti inferiori (TVP) costituisce un problema sanitario di notevole importanza. Anche se la vera prevalenza della TVP è sconosciuta, perché molti casi asintomatici non sono diagnosticati, si stima che l'incidenza sia fra i 50 e i 150 nuovi casi ogni 100.000 abitanti l'anno.

La TVP è una malattia estremamente seria e potenzialmente fatale. In assenza di un adeguato e tempestivo trattamento si può verificare un episodio di embolia polmonare nel

50% dei casi nell'arco di tre mesi dalla comparsa della TVP. La mortalità da embolia polmonare è stimata intorno al 13%. Il legame fra le due affezioni è strettissimo tant'è che ormai vengono considerate come aspetti diversi di una unica entità nosologica: il Tromboembolismo venoso (TEV). A lungo termine l'ostruzione e/o il reflusso da ricanalizzazione a livello del



circolo venoso profondo, conseguenza della TVP condizionano la comparsa di un quadro clinico, la Sindrome Post-Trombotica (SPT), gravemente invalidante e di cui l'ulcera venosa è la manifestazione più grave.

In assenza di una adeguata profilassi circa 64 su 100 pazienti operati di artroprotesi del ginocchio e 54 su 100 pazienti operati di artroprotesi elettiva dell'anca vanno incontro ad un episodio di tromboembolismo venoso (TEV). Lo stesso discorso vale per i pazienti con frattura d'anca che devono essere in urgenza sottoposti ad intervento chirurgico.

L'età elevata, la complessità e la durata dell'intervento nonché la degen-

za a letto relativamente lunga sono i principali fattori che spiegano come proprio in questa popolazione chirurgica il TEV mieta un numero così elevato di vittime. Va da sé che ciascun paziente ha un proprio profilo di rischio tromboembolico che fa riferimento alla sua storia familiare, alla presenza di diatesi trombotica congenita o acquisita o altri fattori di rischio. La definizione di questo profilo di rischio è la prima tappa della prevenzione della malattia tromboembolica venosa.



Oreste Urbano
e Giancarlo
Gemelli

Le eparine a basso peso molecolare (Ebpm) hanno costituito un momento fondamentale nell'evoluzione del confronto con il TEV fornendo al medico un'arma fondamentale in prima istanza nella sua prevenzione e quindi nel suo trattamento. Se è vero che una adeguata profilassi con Ebpm dimezza i casi di tromboembolismo venoso dopo intervento di artroprotesi sia d'anca sia del ginocchio. E ci preme sottolineare come sia di fondamentale importanza il prolungamento della profilassi per

almeno quattro settimane dopo l'intervento.

La potenziale gravità della TVP impone una diagnosi precoce, tempestiva e precisa. Dato che la diagnosi clinica è inaccurata (il 70% dei pazienti con segni e sintomi clinici suggestivi di una TVP non ne risultano affetti se sottoposti ad esame strumentale di conferma) è essenziale poter sottoporre, in breve tempo, ogni paziente con sospetto clinico di TVP ad un esame strumentale di conferma. E questo è ancor più vero in soggetti ospedalizzati ed allettati dove la TVP può essere a lungo misconosciuta e

avere come prima espressione clinica i segni di embolia polmonare, a volte fatali: a volte questi pazienti non hanno l'arto gonfio perché degenti a letto!

L'avvento di attrezzature diagnostiche ad ultrasuoni (eco-doppler, eco-color-doppler) ha fornito quelle caratteristiche di precisione, tempestività, accuratezza diagnostica, ripetibilità, costo relativamente basso richieste per la gestione di questa patologia, relegando in secondo piano altri esami come la flebografia da riservare solo a casi selezionati. La disponibilità di eco-color-doppler consente di fare diagnosi nella quasi totalità dei casi di TVP (sia prossimali che distali): il primo sospetto di TVP impone l'immediato invio del paziente presso un centro specialistico di angiologia o chirurgia vascolare per la conferma strumentale e l'impostazione di una tempestiva terapia medica.

Oltre mille ginecologi al congresso SIEOG

Oltre mille ginecologi provenienti da tutta Italia hanno partecipato, dal 22 al 27 Ottobre 2004, al quattordicesimo Congresso nazionale della SIEOG (Società Italiana Ecografia Ostetrico-Ginecologica) che torna in Sicilia ben 22 anni dopo il Congresso congiunto SISUM tenuto a Palermo nel lontano 1982. La piena sinergia del Comitato Scientifico e del Consiglio Direttivo della SIEOG con il Provider dell'Evento Educazionale ICT di Catania, ha consentito ai due Presidenti del Congresso Prof. Giuseppe Ettore, Direttore U.O. di Ginecologia e Ostetricia - Dipartimento Materno Infantile dell'Ospedale Garibaldi di Catania ed il Prof. Paolo Scollo, primario ginecologo dell'Ospedale Cannizzaro del capoluogo etneo e Presidente SIEOG per il prossimo biennio, la realizzazione di un programma di alto valore scientifico. I temi congressuali ed i simposi interdisciplinari hanno riguardato il pianeta dell'ecografia ostetrico-ginecologica consentendo di approfondire temi di rilevante attualità. A tale pro-

posito, ampio spazio è stato dato, come ha sottolineato il Prof. Giuseppe Ettore, ad un argomento che sta particolarmente a cuore ai tanti operatori sanitari, cioè ai problemi medico-legali in ecografia ostetrica e ginecologica. *"Nella sezione riservata e dedicata a tale argomento - continua il Prof. G. Ettore - ginecologi, magistrati, avvocati e medici legali hanno approfondito, nelle varie sfaccettature, le responsabilità professionali e della Struttura Ospedaliera. Non può, infatti, non rilevarsi come l'evoluzione delle tecniche di diagnosi prenatale ecografica ed invasiva abbia posto in risalto rilevanti aspetti del rapporto medico-paziente inerenti l'informazione, la comunicazione della diagnosi e decision making ed il consenso informato ..."*

Hanno inoltre costituito oggetto di indagine di

indubbio interesse scientifico temi quali il terzo trimestre di gravidanza, l'ecografia del pavimento pelvico, l'ipossia fetale acuta e cronica, l'utero, la neurosonologia, l'addome fetale, il cuore fetale.

Dal punto di vista organizzativo i lavori congressuali sono stati preceduti nelle giornate del 22, 23, 24 ottobre, da 7 Corsi pregressuali, tutti a numero

passa attraverso la formazione continua e l'aggiornamento teorico-pratico con esami finali di idoneità che hanno lo scopo di formare gli operatori secondo le Linee Guida elaborate dal Comitato Educazionale della Società Scientifica medesima".

In ordine ai sette Corsi pre-congressuali il Prof. P. Scollo sintetizza i temi affrontati: " nel primo di essi, avente per oggetto la *Formazione degli operatori in ecografia ostetrica*, giunto alla 9° edizione, si è posto

Giuseppe Pedullà, Giuseppe Ettore, Giancarlo Di Renzo, Paolo Scollo, Sergio Pedullà.



chiuso, che hanno registrato una attenta partecipazione degli operatori sanitari del settore. A tale riguardo, il Prof. G.C. Di Renzo, direttore della Clinica Ostetrica e Ginecologica dell'Università di Perugia e Presidente Nazionale uscente della SIEOG afferma: *"Il miglioramento della professionalità degli oltre 3000 soci SIEOG*

l'obiettivo di illustrare dettagliatamente le Linee Guida per l'esecuzione dell'esame ecografico di screening.

Nel *Corso sulla translucenza nucale*, organizzato in collaborazione con la Fetal Medicine Foundation di Londra, sono stati sviluppati i principi generali dello screening, le cromosomopatie, la visualizzazione del-

l'osso nasale, le tecniche della diagnosi prenatale invasiva e la diagnosi di malformazioni durante l'ecografia della 11^a-14^a settimana.

Il Corso di Formazione e competenza in ecografia ginecologica, si è posto come obiettivo quello di calare le Linee Guida della SIEOG in un percorso formativo in un ambito, quale quello ginecologico, in cui non esiste, al momento, e non solo in Italia, un bench mark di riferimento e di controllo della qualità.

Nel Corso di monitoraggio fetale intrapartum: cardiotocografia e tecniche complementari, le varie figure professionali intervenute, a cui lo stesso era indirizzato - ostetriche, specializzandi e specialisti, neonatologi, avvocati e magistrati - si è privilegiato un approccio volto a fornire indicazioni di valore clinico pratico, dando ampio spazio alla presentazione di casi clinici ed alla discussione."

Con il Corso di Formazione e di competenza sull'utilizzo della Velocimetria Doppler in Ostetricia si è inteso fornire informazioni scientifiche aggiornate sullo stato dell'arte alla luce delle Linee Guida recentemente pubblicate dalla SIEOG su questo argomento.

Il Corso di Formazione e di Competenza in Ecografia Mammaria ha rappresentato una reale opportunità di crescita culturale di interesse diagnostico e clinico tra il ginecologo e la mammella. In tale sede si è rimarcato quanto poco diffuso sia l'impiego degli ultrasuoni tra i ginecologi nella diagnostica senologica.

In ultimo, con *il Corso di base di ecografia ostetrica per ostetriche*, gli esperti intervenuti hanno offerto le proprie conoscenze teorico-pratiche necessarie affinché le ostetriche e gli ostetrici partecipanti possano essere in grado di sviluppare e potenziare le proprie professionalità.

"Il Ministero della Salute - afferma il Dott. Sergio Pedullà, Responsabile della struttura ICT di Catania e Provider degli eventi formativi residenziali svoltisi presso la struttura congressuale etnea delle Ciminiere - ai fini della realizzazione degli obiettivi formativi del progetto ECM nazionale, ha ritenuto validi tutti i sette Corsi-Precongressuali, riconoscendo ai medesimi complessivamente ben 43 crediti formativi; inoltre all'evento Congressuale - accreditato sia per i medici che per gli ostetrici partecipanti all'evento - sono stati assegnati complessivamente 32 crediti formativi. Appare utile sottolineare che complessivamente hanno partecipato agli eventi formativi - Corsi e Congresso - oltre 1.000 operatori del settore, con provenienza prevalentemente nazionale e già al termine dei lavori congressuali è stato possibile - grazie all'uso di sofisticata strumentazione elettronica - rilasciare gli attestati ECM relativi agli eventi svolti.

Odontoiatri

Seminario di formazione all'Ordine Procedure rigenerative in chirurgia parodontale e implantare

"Le procedure rigenerative in chirurgia parodontale e implantare" è il tema del seminario di formazione promosso dalla Fondazione Cultura e Salute in collaborazione con l'Ordine. Si terrà il 27 novembre, con inizio alle 20,30 nell'auditorium dell'Ordine.

Esperto di contenuto il prof. Roberto Briguglio; tutor il dott. Massimo Costa.

La malattia parodontale nelle sue varie forme può dare esito ad un deficit dei tessuti parodontali di superficie e profondi. È fondamentale pertanto utilizzare strumenti diagnostici che consentano di caratterizzare i quadri clinici dei vari tipi di malattia allo scopo di formulare un corretto piano di trattamento.

Il corso si propone di analizzare le soluzioni chirurgiche e in particolare le tecniche rigenerative che consentono di ottenere il ripristino del sito parodontale compromesso e di quello implantare che appare insufficiente. Si descriveranno tutte le manovre atte al raggiungimento dell'obiettivo.

La descrizione delle tecniche sarà accompagnata dalla proiezione di video chirurgici.

I lavori si concluderanno nel pomeriggio dello stesso giorno 27 col questionario di valutazione dell'apprendimento e la discussione sugli argomenti trattati. Al seminario sono stati assegnati quattro punti ai fini ECM.



Corso il 4 dicembre Ricostruzione dei settori posteriori

Si svolgerà il 4 dicembre all'Hotel Royal con inizio alle ore 9 il corso su "La ricostruzione diretta e indiretta dei settori posteriori". L'iniziativa coordinata dalla dottoressa Cinzia Leone ha ottenuto 4 punti ai fini dell'accreditamento ECM. I lavori impiegheranno una sola giornata e si concluderanno alle 17,30 con le valutazioni finali.

Politica odontoiatrica e serietà di riforme

Riceviamo e pubblichiamo

Cari colleghi, sono quasi due anni che non scrivo più da queste pagine e in verità per tutto questo tempo ho sentito la mancanza di questo passaggio che mi ha tenuto spesso vicino a voi.

Il fatto è che alle volte occorre saper aspettare in silenzio, perché è in silenzio che si osserva, che si apprende. Il silenzio è un eccellente punto di osservazione e di ascolto, in quanto si deve saper osservare ed ascoltare e forse sarebbe più giusto dire che, in un'epoca dove ognuno deve assolutamente dire la sua, dovremmo tutti trovare quell'umiltà che ci impone di passare un po' del nostro tempo ad apprendere l'arte dell'osservare e dell'ascoltare.

È in silenzio che si valutano le nostre posizioni passate ed è da lui che nascono quelle future e soprattutto è dal silenzio che si generano delle energie che conducono a qualcosa.

Ne è passata acqua sotto i ponti e si sono accavallati avvenimenti su avvenimenti. La materia è tanta e quasi ho sgomento per tutto quello che devo scrivere per informarvi, per cui dividerò le informazioni in due categorie, quelle di tipo nazionale e quelle che da odontoiatri messinesi ci colpiscono direttamente.

Oggi abbiamo una figura nazionale che mi consta essere capace con i fatti di tutelarci, anche sbattendo i pugni sul tavolo, e, piaccia o no, soprattutto a chi ne canta già il *de profundis* risponde alla figura del dr. Giuseppe Renzo, il quale giorno 11 ottobre 2004 informa il Ministero della salute, il Miur e tutti i presidenti dei corsi di laurea, che appare azione sconsiderata, miope e delinquenziale quella di non riconsiderare numericamente le ammissioni degli iscritti ai corsi di laurea in virtù di un rapporto odontoiatria-pazienti di 1 ogni 1.089 che non risponde assolutamente a

quel rapporto corretto di 1/2.000 individuato dall'Oms.

L'azione del nostro presidente prosegue opponendosi e pare con un certo successo affinché sanatorie recenti non passino. Su tali "vergogne" ha espresso parere negativo o per lo meno di grande dubbio la Commissione affari costituzionali riunitasi giovedì 30 settembre.

Certo che ti ringrazio Renzo, e lo faccio pubblicamente senza paura di essere accusato di lecchinaggio acuto, in quanto tu sai che per certi aspetti non è questo il momento buono per camminare a braccetto con te, ma dimostri ancora una volta che abbiamo bisogno di una persona che si sappia muovere nei meandri della politica odontoiatrica, soprattutto in quanto quello che dovrebbe essere il vero promotore di quanto tu su organi ufficiali hai affermato e difeso, l'Andi nazionale latita e ritiene opportuno fare gli schemini

su quanto tempo ci devo mettere per fare un ritrattamento scanalare o per togliere un ottavo incluso. Peccato che non mi abbiano detto nel corso di una giornata quante volte devo andare a fare la pipì nel bagno del mio studio, devo esserselo dimenticato, ma a parte gli scherzi tutto questo è sintomatico di una classe dirigente che crede di essere su una catena di montaggio, mentre io al contrario credo di essere un artigiano che con metodiche moderne cerca di fare al meglio il suo dovere. Peppino pensaci a ciò che ti ho detto, e siccome sei un uomo coraggioso che non ha paura di intraprendere strade nuove rifletti su quanto sarebbe bello lasciare lì questi mezzi burocrati a masturbarsi sui minuti e sui secondi mentre noi ci incamminiamo verso una sana forma sindacale che non si...

Forse è meglio se mi fermo e continuo a guardare e ad ascoltare, lasciando sulla barca di questo sindacato tutti quelli che cantano il tuo *de profundis* certi di poterti sostituire in base a paventate amicizie. Non fa male alle volte ricordare che un uomo vale in quanto è...

Alfredo Catarsini

La CTU nell'accertamento dell'invalidità

di Gaetano CAPILLI

Tra Leggi e Decreti la confusione regna sovrana

Tra Leggi e Decreti, nella bolgia tutta italiana determinata dalle competenze assai spesso conflittuali che i vari Enti e Ministeri esercitano in materia di prestazioni previdenziali (siano esse erogate direttamente o per mandato affidato da altri Enti), sempre più spesso si assiste (da coloro che per compito istituzionale sono precipuamente coinvolti nella materia: giudici, avvocati, medici degli Enti previdenziali addetti al contenzioso giudiziario,...) a fenomeni di disorientamento in coloro ai quali, per motivi di giustizia, vengono affidati compiti di valutazione

medico-legale in materia di invalidità pensionabile. Sarebbe presuntuoso, da parte di chi scrive, pretendere di porre chiarezza in materia con le poche righe di un articolo pubblicato su una rivista (là dove corposi testi spesso non riescono); la larga diffusione del "nostro" giornale, comunque, è incitamento per una breve dissertazione che vuole porsi lo scopo di "diradare la nebbia" che sovrasta l'argomento dell'invalidità pensionabile.

Mi sembra opportuno dividere la materia in due capitoli, tralasciando quelle varianti di invalidità pensionabile che poco sono oggetto di controversia giudiziale

ria e, quindi, di frequente interessamento del CTU (pensione di invalidità nel pubblico impiego, invalidità dei fondi speciali propri delle varie categorie, pensioni di guerra, ...) e tralasciando, anche, tutte quelle norme accessorie che prescindono dalla prestazione propria del CTU, essendo più di pertinenza amministrativa (compatibilità con altre prestazioni previdenziali nello stesso o in altro ambito di tutela, compatibilità con altri redditi, a c c ereditamento contributivo):

Invalidità in ambito INPS: prestazione direttamente gestita dall'Istituto Nazionale della Previdenza

Sociale, tanto nell'accertamento, quanto nell'erogazione (perché individua nell'oggetto beneficiario il lavoratore assicurato con l'INPS).

Invalidità civile: prestazione erogata anch'essa dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, ma per mandato del Ministero dell'Economia, del Bilancio e della Programmazione Economica (ex Ministero del Tesoro), a tutela del "soggetto" non assicurato (prestazione a carattere sociale).

L'invalidità in ambito INPS consta, essenzialmente, di due prestazioni: l'Assegno Ordinario d'Invalidità e la Pensione

Convegno degli ufficiali CRI e incontro a Capo d'Orlando Medicina dei disastri chirurgia sul campo

Nell'ambito delle attività di formazione, si è tenuto a Merano (Bz) in settembre, il VI Convegno nazionale ufficiali medici C.R.I. sul tema:

"L'attività sanitaria nelle operazioni di pace: esperienze a confronto".

In apertura dei lavori tenuta dal Magg. Med. Gabriele Lupini si è sottolineato la valenza scientifica dell'asise che ha visto la partecipazione di numerosi Ufficiali nonché quella di un attento pubblico e di crocerossine.

Si sono succeduti i saluti delle autorità cittadine e la lettura magistrale del prof. Sabato A.F. ordinario di Anestesia e Rianimazione all'Università Tor Vergata di Roma sul tema: "La terapia del dolore nella storia della medicina".

Gli argomenti trattati hanno spa-

ziato dall'"Organizzazione civile e militare in patria e all'estero" alla "Medicina e Chirurgia sul campo".

Sono state illustrate: le operazioni di emergenza del C.O.I. (Comando operativo di Vertice Interforze) al comando del Gen. Filiberto Cecchi, dell'Arma dei Carabinieri, della Polizia di Stato, nonché i Modelli operativi del Ministero della Salute.

Attraverso diapositive sono stati trattati i traumi chiusi dell'addome e le lesioni O.R.L. da scoppio. È stato ampiamente illustrato il Regolamento sanitario internazionale.

Ha svolto il ruolo di moderatore il dott. Angelo Petrunaro che ha fatto un excursus storico sulla neutralità dei feriti risalendo al suo ideatore l'ufficiale medico dell'esercito borbonico

Ferdinando Palasciano che a Messina nel 1848 - al gen. Filangieri che aveva ordinato di passare per le armi anche i feriti - rispose: Hostes, dum vulnerati, fratres. E per questo venne deferito alla Corte Marziale e condannato a morte. Grazie alla lungimiranza del re Ferdinando di Borbone, la condanna venne tramutata in un anno di carcere duro che l'ufficiale scontò a Reggio di Calabria.

Un altro escursus storico è stato fatto, sempre dal moderatore, sulle armi di distruzione di massa (guerra biologica o bioterrorismo) il cui uso si perde nella notte dei tempi.

I lavori del Convegno si sono conclusi con "Simulazione di catastrofe con posizionamento di un P.M.A. e attivazione di catena dei soccorsi",

Ordinaria d'Inabilità (esistono altre due prestazioni pensionistiche, l'Assegno Privilegiato d'Inabilità e la Pensione Privilegiata d'Inabilità, che prevedono la causalità di servizio nel determinismo dello stato invalidante o inabilitante e che rappresentano una frazione decimale delle prestazioni e quasi mai oggetto di controversia giudiziaria, trovando esse il giusto riconoscimento, nella totalità dei casi, in fase amministrativa).

La normativa è regolata dalla Legge N° 222/84 che, all'art. 1 definisce la prestazione dell'Assegno Ordinario d'Inabilità, definendo *invalido... l'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni conformi alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente a meno di un terzo, a causa di infermità o difetto fisico o mentale.*

Da tutto ciò scaturisce, intanto, che per poter ritenere il soggetto invalido è necessario che la sua capaci-

tà di lavoro (e non di guadagno, come, purtroppo, assai spesso si legge nelle relazioni di molti CTU che ancor oggi disconoscono l'innovazione introdotta nell'ormai lontano 1984 dell'invalidità correlata esclusivamente allo stato di salute del soggetto, all'esclusivo elemento biologico, prescindendo dalle condizioni economico-sociali) sia ridotta a meno di un terzo (senza dover fornire alcuna percentualizzazione dell'invalidità, come, invece, deve essere fatto in materia di invalidità civile) in modo permanente (appare evidente che il concetto di permanenza presuppone che non possa essere prevista la durata dello stato d'invalidità) in occupazioni confacenti alle sue attitudini (ciò rende necessaria, pertanto, una attenta anamnesi lavorativa del soggetto correlata con un'altrettanto attenta analisi di tutte le possibili attività lavorative rapportate al suo grado di istruzione,

escludendo tutte quelle attività usuranti, declassanti o offerte a titolo puramente caritatevole) a causa di infermità o difetto fisico o mentale (al comma 2 dell'articolo di legge è previsto che anche là dove la capacità di lavoro sia ridotta a meno di un terzo per infermità preconstituita al rapporto di lavoro, elemento che escluderebbe la tutela di legge, sussiste il diritto all'assegno se sono dimostrabili o un successivo aggravamento o l'insorgenza di nuove infermità).

L'Assegno Ordinario d'Inabilità ha una validità triennale ed è confermabile, alla scadenza, su domanda del beneficiario; dopo tre riconoscimenti diventa definitivo, ferma restando la facoltà dell'Istituto erogatore ad effettuare, ove ritenuta la necessità, eventuali revisioni. L'Assegno è compatibile con lo svolgimento di attività lavorativa.

L'art. 2 della legge 222/84 si occupa della Pensione Ordinaria

d'Inabilità definendo *inabile... l'assicurato o il titolare di assegno d'invalidità (ex legge 222/84) che, a causa di infermità o difetto fisico o mentale, si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa.*

L'inabilità è, dunque, una condizione: il soggetto *a causa di infermità o difetto fisico o mentale* si trova **nell'impossibilità assoluta di svolgere qualsiasi attività lavorativa** (si deve pertanto fare una attenta analisi di tutte le possibili attività che il soggetto, affetto da grave menomazione, potrebbe ancora svolgere, in funzione della sua condizione fisica e del livello di istruzione conseguito). Resta fermo il concetto di *permanenza* già previsto nella trattazione dell'invalidità.

La Pensione Ordinaria d'Inabilità è una prestazione definitiva, fatta salva la facoltà dell'Istituto erogatore ad effettuare, ove ritenuta la necessità, eventuali revisioni, ovviamente incompatibile con qualsiasi retribuzione o prestazione sostitutiva della retribuzione (prevedendosi per legge che il soggetto, a causa dello stato di inabilità, non possa svolgere alcuna attività lavorativa).

La prestazione in materia di **invalidità civile**, introdotta dalla Legge N° 118/71, rappresenta, invece, una delle forme di assistenza sociale con cui lo Stato si impegna a rimuovere una particolare situazione di bisogno del cittadino. Molteplici le prestazioni erogate in tale ambito, correlate con l'età del beneficiario e con differenti parametri valutativi.

Appare opportuna solo una breve dissertazione (ai testi specializzati il compito di svolgere un'attenta analisi tra leggi e decreti) sulle prestazioni erogabili, nelle

svolta presso l'Ospedale Civile "F. Tappeiner" di Merano in ottemperanza della programmata attività addestrativa sul campo.

Temi trattati anche a Capo d'Orlando nel convegno provinciale organizzato dall'Associazione nazionale Arma di cavalleria col patrocinio del Comune, dell'Ordine dei Medici e del Comando operativo di vertice interforze Roma. Le relazioni sono state svolte da: generale Domenico Di Napoli, dott.

Francesco Marzachi, dott. Paolo Catanoso, prof. Antonio Bottari, maggiore medico Gabriele Lupini, dott. Luigi Lucibello e professoressa Tindara Mblica Colella. Nell'occasione sono stati consegnati attestati di

benemerita alla prof. Velia Mri, all'arch. Giancarlo Cioffi, al milite Giuseppe Glorioso e al cap. Franco Angeli.

*Il moderatore
Angelo
Petrungaro
e la sala
congresso*



quali il CTU viene incaricato dal Giudice di svolgere indagini medico-legali per l'eventuale riconoscimento nel corso di azione giudiziaria, non avendone ottenuto il richiedente il riconoscimento nella fase amministrativa (il compito del riconoscimento amministrativo è proprio delle Commissioni Mediche per l'Accertamento dell'Invalidità Civile, istituite dal Ministero dell'Economia, del Bilancio e della Programmazione Economica presso le AA.SS.LL., e su cui le Commissioni Mediche Periferiche di Verifica esercitano un compito di vigilanza).

Tale analisi non può prescindere dall'età del soggetto:

Minori di età: si considerano invalidi civili i soggetti minori di anni 18 con *persistenti difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età*. Appare logico supporre, in assenza di ulteriori precisazioni di legge, che debba considerarsi invalido civile il minore, portatore di un danno funzionale di tipo medio o medio-lieve, determinante cambiamenti peggiorativi, sia pur minimi, rispetto ad uno standard di attività svolte da soggetti minori di 18 anni (motricità, apprendimento, proprietà del linguaggio, sviluppo cognitivo, capacità relazionali, svolgimento di attività ludiche e sportive). A tali soggetti, con l'introduzione della Legge 289/90 è possibile erogare una *indennità di frequenza* per il ricorso, continuo o periodico a trattamenti riabilitativi o terapeutici (condizionata, quindi, all'obbligatoria frequenza continua ma anche periodica di centri ambulatoriali specializzati nel trattamento terapeutico o nella riabilitazione e nel recupero di persone portatrici di handicap). Al minore può anche competere l'indennità di accompagnamento, secondo i criteri che verranno trattati nell'apposito capitolo, indennità incompatibile con la predetta indennità di frequenza.

I Continua

Nata nell'ottobre 2003 è composta da oltre cento specialisti

Associazione medico-legale siciliana, un anno di attività

di Giuseppe Maria RAPISARDA

La sua sigla è AS.ME.L.S., e rappresenta ormai in Sicilia i medici specialisti in medicina legale e delle assicurazioni; e con l'avallo, peraltro, delle relative scuole di specializzazione delle tre università della regione. È l'Associazione medico-legale siciliana, che, nata il 10 ottobre dello scorso anno su iniziativa di dodici medici legali dell'isola che ne costituiscono il "Comitato Costituente", realizza il punto di arrivo di un cammino durato per mesi e dedicato alla raccolta ed all'elaborazione, da parte del comitato, delle istanze, delle proposte e dei suggerimenti pervenuti dalla gran parte dei medici legali che operano nella nostra terra.

Essa rappresenta, però, anche la stazione di partenza verso un cammino che – non semplice, né breve – si propone (come recita lo statuto dell'Asmels) "di aggregare i medici specialisti in medicina legale e delle assicurazioni che svolgono nell'isola la propria attività professionale, o che ivi abbiano residenza, o che vi siano nati; e ciò, per potere realizzare, e mantenere nel tempo, il più fecondo e costruttivo confronto tra conoscenze ed esperienze per il miglioramento della qualità delle attività medico-legali, nonché al fine di promuovere e qualificare l'interazione dei medici legali con gli altri professionisti che con la medicina legale contraggono rapporti (id. est: magistrati, avvocati, funzionari di società assicurative, etc.)". E l'associazione accoglie fra i suoi iscritti anche medici specializzandi delle scuole di medicina legale e delle assicurazioni degli atenei siciliani, nonché i medici legali di altre regioni italiane che si riconoscano nelle "dichiarazioni di principio" dello statuto (messo a disposizione di chiunque ne faccia richiesta). Al momento, sono ben centotré gli iscritti all'associazione (tutti, per ora, siciliani), novantuno specialisti e dodici specializzandi un blocco compatto di professionisti che trovano in essa il punto di riferimento cui guardare ed al

quale richiamarsi per quanto attiene alle loro istanze, alle loro problematiche, ai loro rapporti con i colleghi di altre branche specialistiche e con tutti coloro che, direttamente od indirettamente, si occupano di medicina legale.

L'ASMELS lavora da un anno, infatti, affinché i medici legali raggiungano tre scopi fondamentali: riacquistare la propria unica ed insostituibile "Identità" anche attraverso la migliore coesione fra di essi; acquisire la più chiara ed ampia "Visibilità", anche attraverso l'alto numero di iscritti all'associazione; puntare alla "Riqualificazione Permanente", anche attraverso la realizzazione di convegni e congressi. Ed al riguardo, l'ASMELS punta a divenire l'epicentro di una nuova riqualificazione professionale che vuole realizzarsi con l'ausilio degli Insegnamenti universitari siciliani (ai quali è dedicata la carica di "Garante" dell'associazione prevista dallo statuto) e nel solco delle linee dottrinarie tracciate dalla SIMLA (la Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni); una riqualificazione che vuole anche essere stimolo costante e supporto attivo per quelle battaglie sindacali del SISM-LA (il Sindacato degli Specialisti in Medicina Legale e delle Assicurazioni) che mirano a recuperare e riaffermare la peculiare ed insostituibile identità del medico legale.

Ma quali i risultati conseguiti?

Nel primo anno di attività l'associazione ha già realizzato a Catania una giornata di studio in tema di invalidità civile, svoltasi il 3 aprile scorso, nonché il suo primo congresso regionale che, incentrato sul danno biologico, si è svolto dal 25 al 26 dello scorso giugno ed ha ottenuto dal ministero della salute otto punti di accreditamento ECM. Per l'invalidità civile, sono stati precisati e ridefiniti, con l'ausilio di numerosi colleghi delle commissioni, comprese quelle di verifica, alcuni concetti utili ad una più

omogenea valutazione di alcune patologie di interesse ricorrente. Per il congresso regionale sono state invece trattate, da autorevoli docenti di medicina legale della Sicilia e di altre regioni d'Italia, da giuristi e magistrati, e da assicuratori, le più attuali questioni inerenti al danno biologico ed alle sue prospettive in ambito valutativo (sulla giornata di studio relativa all'invalidità civile, così come sui risultati del congresso regionale, si possono richiedere all'ASMELS note e chiarimenti).

L'attività dell'associazione non si è limitata, però, al solo aggiornamento: si sono stretti, infatti, saldi vincoli di collaborazione con le scuole di specializzazione in medicina legale delle tre università siciliane, che nel giugno scorso hanno congiuntamente designato il professore Giuseppe Lo Menzo di Catania a ricoprire la carica di "Garante" dell'ASMELS (carica semestrale e riservata, a rotazione, ai tre atenei dell'isola); sono stati pubblicati i primi due numeri del notiziario trimestrale (che chiunque può ottenere gratuitamente facendone richiesta); è stato attivato il sito web; sono stati designati i "Delegati" per i diversi settori riguardanti le attività associative; è stato formato il "Collegio di Conciliazione" per la composizione delle controversie che dovessero insorgere fra i colleghi medici legali; è stata migliorata la gestione della comunicazione fra soci e comitato (anche per mezzo delle assemblee degli iscritti), nonché fra associazione e colleghi di altre branche specialistiche; sono stati allacciati rapporti con i mass media (tre quotidiani regionali, due televisioni regionali e quattro provinciali hanno pubblicato e messo in onda servizi giornalistici sull'associazione); sono stati aperti nuovi e più efficaci canali di collaborazione con la SIMLA, con il SISMLA, con ordini dei medici della Sicilia, con tribu-

nali dell'isola, con enti pubblici ad attività medico-legale e con compagnie assicurative della regione.

Per i prossimi mesi, e fino al 2 aprile del 2005 (data prevista per la prima assemblea elettiva degli iscritti finalizzata ad eleggere, con voto diretto, il "Coordinatore" ed i componenti del "Comitato Organizzatore"), il comitato costituente continuerà a lavorare affinché l'associazione risulti ancor meglio organizzata ed ancor più operativa. Fino ad allora - e come da statuto - il comitato riassume in sé prerogative e doveri del coordinatore e del comitato organizzatore, avendo peraltro delegato, nell'ottobre del 2003, fra i suoi componenti, la dottoressa catanese Concetta Maria Muncivì alla carica di "Coordinatore Facente Funzioni". Ed intanto, si sta provvedendo alla realizzazione di alcune giornate di studio nelle città di Palermo, Messina, Siracusa, nonché all'organizzazione del secondo congresso regionale dell'AS.ME.L.S., che dovrebbe tenersi a Taormina nel marzo del prossimo anno.

Ad ogni buon conto, per informazioni e chiarimenti sulle numerose attività dell'associazione e sul suo attuale organigramma, o per questioni di ordine medico-legale, chi lo desidera può telefonare al numero 095 313169, o può inviare un fax al numero 095 315831, ma può anche inviare una e-mail (asmels@libero.it), o collegarsi al sito web (<http://asmels.altervista.org>).

Da ultimo, l'elenco dei dodici medici legali che compongono il comitato costituente dell'associazione, e che l'hanno fondata: Giovanni Amato, Salvatore Cicero, Cataldo Fiorenza, Salvatore Giuffrida, Pietro Mazzeo, Antonella Milana, Concetta Maria Muncivì, Claudio Pulvirenti, Ivana Rao, Giuseppe Maria Rapisarda, Anna Spina, Fabio Tafuri.



Responsabilità professionale del medico

Necessario il nesso tra omissione e danno

di Francesca DE DOMENICO

Il dibattuto problema dell'accertamento della responsabilità professionale del medico è stato configurato in modo peculiare in una recente sentenza della Corte di Cassazione che ha ribadito la necessità di stabilire un nesso tra condotta omissiva danno verificatosi per il paziente.

Tizio, il medico ricorrente, era stato condannato, in primo come in secondo grado, per avere colposamente cagionato la morte di Caio perché nell'eseguire accertamenti radiografici aveva omissivo di rilevare e segnalare la presenza di una "opacità ovalare di media densità, in regione apico-sottoclaveare sinistra (dal diametro di cm 1-1,5)...dai margini irregolari...". La formazione si era rivelata una neoplasia polmonare a decorso nettamente infausto, che già al momento del secondo accertamento aveva invaso zone dell'encefalo e che successivamente aveva estesa la sua azione distruttiva anche a livello epatico. Uno dei motivi sui quali il medico aveva articolato le proprie difese era la insussistenza, a suo avviso, del nesso di causalità tra la propria condotta e l'evento morte.

I giudici di primo e secondo grado erano ricorsi all'ausilio di due commissioni peritali, che comunque avevano espresse posizioni in contrasto tra di loro. Sia il primo che

il secondo giudice, però, avevano condivisa l'opinione del secondo collegio peritale, per il quale l'esistenza di quel nodulo composto di "strie fibrotiche risalenti verso la posizione apicale del polmone", la collocazione di esso ed il fatto che il paziente fosse un fumatore, erano dati tali da mettere in allarme il sanitario, che avrebbe dovuto diligentemente attivarsi e suggerire l'esecuzione immediata di nuove e approfondite indagini diagnostiche. La mancata indicazione nel referto della presenza del nodulo, così come la non esatta valutazione della possibile pericolosità di quella formazione per la salute del paziente, per il collegio peritale rivelavano un comportamento del sanitario improntato a negligenza o imperizia, sulla cui base poteva senz'altro fondarsi l'attribuzione di colpa professionale. Riguardo al problema del nesso causale tra il comportamento del medico e la morte del paziente, i periti del secondo collegio, rilevata la progressiva evidente alterazione prodotta su organi vitali del paziente dalla neoplasia altamente invasiva, avevano strettamente collegato a tale situazione patologica il decesso di Caio. Come si è accennato, uno degli argomenti trattati nell'ambito della difesa svolta dal legale di Tizio è stata la possi-

bile incidenza sull'evento morte di altre gravi patologie che già affliggevano Caio, quali l'aneurisma dell'aorta addominale, una broncopatia ostruttiva, un diffuso enfisema ed una rilevante epatopatia, tali e talmente rilevanti, sempre secondo la difesa di Tizio, da potere escludere il nesso tra l'omissione del medico e la successiva morte del paziente. Secondo il legale del medico, in mancanza di esame autoptico, il solo che avrebbe potuto descrivere con certezza le cause del decesso di Caio, non poteva essere escluso che la morte fosse stata determinata da una qualsiasi delle altre gravi situazioni patologiche già esistenti.

La valutazione dei dati fin qui esposti prelude ad una ricostruzione del cammino logico percorso dagli organi giudicanti per giungere all'attribuzione di responsabilità e dunque alla formulazione di un giudizio di colpevolezza; nel caso particolare l'operazione valutativa doveva necessariamente verteere sull'esame del comportamento omissivo e sulle conseguenze che invece l'azione omessa avrebbe avuto, se compiuta, sulla salute del paziente. In tema di colpa professionale medica, la giurisprudenza ha esposto orientamento oscillanti. In epoca non recente è stato affermato che "...quando è in gioco la vita umana anche solo

poche probabilità di successo....sono sufficienti" in altra occasione si è chiarito che "...in tema di responsabilità per colpa professionale del medico, se può essere consentito il ricorso ad un giudizio di probabilità in ordine alla prognosi sugli effetti che avrebbe potuto avere, se tenuta, la condotta dovuta, ...è necessario che l'esistenza del nesso causale venga riscontrata con sufficiente grado di certezza, se non assoluta...almeno con un grado tale da fondare su basi solide un'affermazione di responsabilità, non essendo sufficiente a tal fine un giudizio di mera verosimiglianza..."

Recentemente, invece, le Sezioni Unite della Suprema Corte hanno usato locuzioni di tale tenore: "serie, rilevanti possibilità di successo", "alto grado di possibilità", "altissima percentuale" ed espressioni simili: in altre parole, per attribuire responsabilità professionale ad un medico occorre provare che un diverso comportamento del sanitario avrebbe impedito l'evento lesivo (che si è in effetti verificato) con un alto grado di probabilità, il più vicino possibile alla certezza. L'autorevole organo ha precisato che il Giudice non può fare leva, per fondare la propria convinzione, solo su criteri di probabilità espressi dalle regole statistiche, essendo

doveroso verificare sempre la validità di quelle regole alla luce delle circostanze particolari.

Per l'orientamento più recente della Suprema Corte, gli strumenti di cui il giudice può disporre nella ricostruzione del nesso tra il comportamento omissivo e l'evento lesivo comprendono dati statistici, regole di comune esperienza e leggi scientifiche, anche se i dati più influenti restano comunque quelli legati al caso concreto ed alla valutazione delle singole evenienze; le Sezioni Unite, in particolare, hanno affermato che "deve risultare giustificata e processualmente certa la conclusione che la condotta omissiva del medico è stata condizione necessaria dell'evento lesivo con alto o elevato grado di credibilità razionale o probabilità logica".

La decisione della Corte è di rilevante interesse proprio nel punto che concerne l'enunciazione

del concetto di "probabilità logica": tale concetto si traduce in una operazione globale compiuta dal Giudice sul conforto dei dati di comune esperienza, delle regole scientifiche, delle leggi statistiche (che conservano la loro validità anche in quanto affiancate da numerosi altri criteri) e di tutti i fattori specifici che hanno concorso a configurare la situazione sottoposta alla sua attenzione: si potrà così giungere, ad esempio, a negare la sussistenza di responsabilità, anche in presenza di precise regole di statistica, laddove si accerti che nel caso concreto cause esterne sono intervenute a determinare da sole l'evento e, invece, ad affermarla quando, pur in mancanza di dati statistici concordanti, emerga che la condotta è stata di fatto la causa prima e unica dell'evento.

Tornando al caso in esame, l'evoluzione della neoplasia così come rilevata e ricostruita dal collegio

peritale passava attraverso alcuni punti essenziali: il nodulo neoplastico evidenziato nel febbraio 1989 corrispondeva, per collocazione e caratteristiche, a quella opacità già presente nel settembre 1987 e di cui il medico Tizio aveva trascurato di valutare la possibile pericolosità; l'accrescimento del nodulo, passato dalla misura di 1-1,5 cm del settembre 1987 ai 4 cm del febbraio 1989, era compatibile con l'intervallo di tempo trascorso tra le due indagini radiografiche e consentiva dunque di retrodatare l'insorgere della neoplasia proprio ad epoca anteriore o comunque prossima al settembre 1987; la progressiva invasione da parte della neoplasia di zone encefaliche ed epatiche era compatibile, secondo dati di esperienza ormai acquisiti dalla scienza medica, con l'insorgenza della patologia in epoca risalente alla seconda metà dell'anno 1987; qualunque potesse essere la natura del-

l'opacità visibile nelle lastre del settembre 1987, la rilevazione di essa e la considerazione dello stato di salute generale del paziente suggerivano il compimento di ulteriori indagini; la diagnosi di neoplasia effettuata con tempestività nel settembre 1987 avrebbe condotto a soluzioni chirurgiche e terapeutiche immediate che avrebbero consentito al paziente una migliore qualità di vita e gli avrebbero concesso un allungamento della vita stessa.

In altre parole nella ricerca della responsabilità professionale del medico il dato di esperienza non può essere del tutto abbandonato, anche se deve porsi l'accento sul concetto di probabilità logica quale elemento idoneo per fondare un giudizio positivo sulla sussistenza del nesso eziologico, anche al di là di quello che può essere l'apprezzamento statistico sulla possibilità o probabilità di sopravvivenza.