

**Rivista medico-scientifica
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Arezzo**



EDITORIALE

TEMI DI APPROFONDIMENTO

IL CASO CLINICO

MEDICINA E SOCIETÀ

RICERCA SUL CAMPO

STORIA DELLA MEDICINA IN AREZZO

DEONTOLOGIA MEDICA

Il Cesalpino

Agosto 2004

Nuova serie · Anno 3° Numero **8**

SOMMARIO

Editoriale	1
Temi di approfondimento	
• RICERCA DEL LINFONODO SENTINELLA NEL CANCRO GASTRICO IN FASE INIZIALE	3
• IL SIGNIFICATO DEI TEST DI SCREENING PER LA SINDROME DI DOWN IN POPOLAZIONE A BASSO ED ALTO RISCHIO PER ETÀ	7
• IL PROGETTO ED.A.P.A.	11
• EFFETTI TERAPEUTICI DELL'AMLODIPINA NELLE URGENZE IPERTENSIVE	12
• TABAGISMO: per un incontro fortunato tra fumatore e scelta terapeutica	17
• PRESCRIZIONE DELLA VENTILAZIONE MECCANICA DOMICILIARE NELLA PROVINCIA DI AREZZO	22
• LA CONSIDERAZIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBI TEMPORO- MANDIBOLARI	27
• LA SINOVIA E L'ALLARME ARTICOLARE	29
Il caso clinico	
• OCCLUSIONE INTESTINALE DA ENDOMETRIOSI INTESTINALE	30
Medicina e Società	
• GLI ANZIANI E LA PATOLOGIA DA CALORE: indagine conoscitiva nell'estate del 2003 ad Arezzo ed ipotesi di un programma preventivo	32
Ricerca sul campo	
• FARMACI: FRA EFFICACIA E SICUREZZA PERCHÉ SORVEGLIARE I FARMACI??	36
Storia della Medicina in Arezzo	
• LE COLONIE ELIOTERAPICHE: la pediatria in provincia di Arezzo dal 1925 al 1933	39
Deontologia medica	
• IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA III Parte	44
IL CESALPINO	
• Comitato Editoriale e Redazionale Consiglio provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. Presidente: Raffaele Festa	
• Direttore Responsabile Roberto Romizi	
• In Redazione Donato Angioli, Alberto Cinelli, Lucia Lenzi, Rossella Nassi, Piero Pieri, Michela Rinaldini Coordinatore Redazionale: Cesare Maggi	
• Segreteria Redazionale Paola Bidini e Marco Cerofolini C/O Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Viale Giotto, 134 · 52100 Arezzo Tel. 0575 22724 · Fax 0575 300758 e-mail: chirurgi@omceoar.it sito web: www.omceoar.it	

EDITORIALE

Qualsiasi riflessione sul tema delle dipendenze deve fare i conti con alcuni schemi o stereotipi che normalmente limitano il dibattito a posizioni contrapposte, ideologiche e quindi sterili: classico è l'esempio del dibattito tra atteggiamenti proibizionisti e antiproibizionisti, nel quale ciò che guida è un pregiudizio, di tipo rispettivamente morale (o meglio moralistico) o acriticamente libertario, laddove esigenza primaria dell'intero settore è invece l'uso di modelli teorici scientificamente validati, e il riferimento costante a prassi ormai diffuse almeno nel mondo dei servizi.

Contemporaneamente è necessario prendere atto che l'intero fenomeno è drasticamente cambiato, almeno per due ordini di motivi:

- In primo luogo, ad un atteggiamento centrato sul concetto di emergenza e di allarme sociale, tipico degli ultimi decenni dello scorso secolo, se ne è sostituito un altro, che può essere definito di "normalizzazione" del fenomeno, in cui l'allarme è stato sostituito dalla sua accettazione, con conseguenze evidenti a cominciare dall'investimento di risorse ad esso finalizzate; per fare un esempio concreto, vari studi, anche nella nostra realtà, ci dicono che l'esperienza dell'uso di cannabinoidi riguarda una percentuale vicina al 50% degli studenti delle scuole medie superiori, senza che questo sia oggi particolarmente stigmatizzato o almeno sottolineato.
- Un secondo aspetto riguarda l'oggettivo mutamento nell'uso delle sostanze psicoattive: lo stereotipo del drogato da eroina, con una evidente connotazione tossicomana, e con una vita completamente sovvertita nelle sue coordinate psicosociali riguarda ormai una percentuale esigua, ad esempio, degli utenti di un servizio come il nostro: oggi è prevalente una popolazione che usa droghe diverse (particolarmente rilevante, nel nostro territorio, è il problema dell'uso di cocaina), che appartiene a fasce di età più "diffuse", dalla preadolescenza fino alla quinta - sesta decade, che ha minori problemi di inserimento sociale, sia di scolarità che di piena occupazione; questa situazione impone ai servizi percorsi formativi e strategie operative nuove, non sempre facili da mettere in atto.

Un altro elemento, oggetto anch'esso di trasformazioni socio culturali importanti riguarda l'uso di alcol: in un quadro caratterizzato da una incidenza e prevalenza rilevanti, assume importanza un dato: ad una popolazione tradizionale di alcolisti "mediterranei" in cui l'alcol è assunto soprattutto col vino, in modo continuativo nel corso dell'intera settimana, ed in cui è prevalente il sesso maschile e la "mezza età", si affiancano nuove popolazioni (donne e adolescenti), ma soprattutto nuovi comportamenti, molto vicini al concetto di sballo: soprattutto nel week end, usando bevande diverse come la birra, con l'intento più o meno consapevole di sballare, e con le conseguenze drammaticamente presenti sui mass media; si può parlare di "internazionalizzazione dei consumi", in cui si sottolinea una abitudine importata dai paesi anglosassoni e del nord Europa; si tratta di una vera e propria tossicomania, non distinguibile da quella derivata dall'uso di sostanze illegali.

L'uso di alcol, ma anche di altre droghe legali, appare oggi il target più importante per chi si vuole occupare di dipendenze: in questa prospettiva, appare importante il problema del tabagismo, ancora oggi in forte crescita, almeno in alcune fasce di popolazione; soprattutto, anche in questo caso, gli adolescenti e le donne.

Il programma, messo a punto dal nostro servizio in questo settore, in parte oggetto della nostra pubblicazione, recepisce la necessità di affrontare il problema, entro una riflessione più generale: appare logico, in prospettiva recuperare un nuovo significato: le dipendenze possono essere affrontate entro la cornice più ampia dei comportamenti umani.

Credo cioè che il dipartimento delle dipendenze possa essere definito come il dipartimento dei comportamenti problematici, pensando quindi non tanto ad una frammentazione degli interventi in relazione all'uso di questa o quella sostanza, ma con un modello univoco in funzione di altri parametri, a cominciare dalle tipologie di organizzazione familiare e sociale che sono causa e conseguenza dei comportamenti stessi.

Un vantaggio immediato di questa impostazione riguarda la possibilità concreta di affrontare in modo univoco situazioni molto diverse solo in apparenza: l'uso di eroina, ma anche di alcol, cocaina, psicofarmaci, cannabinoidi, amfetamine di sintesi, ed anche "dipendenze senza sostanze", quali il gioco d'azzardo compulsivo ed i disturbi del comportamento alimentare sono assai di frequente combinati in uno stesso nucleo familiare, o anche in una stessa persona, con le logiche conseguenze sul piano dell'approccio diagnostico e, successivamente, terapeutico.

L'auspicio, per finire, è anche che, per questi motivi, si crei un rapporto sempre più stretto tra servizio e comunità locale, con una sorta di responsabilità condivisa, superando l'idea di una delega che, in una prospettiva di lungo periodo, non è in grado di perseguire l'obiettivo secondo me più importante: la ricerca e il mantenimento di stili di vita sani e di relazioni interpersonali e familiari più serene (potremmo dire ecologiche).

Paolo E. Dimauro

Direttore Dipartimento delle Dipendenze
Azienda USL 8 Arezzo

RICERCA DEL LINFONODO SENTINELLA NEL CANCRO GASTRICO IN FASE INIZIALE

Gianni Mura, Giorgio Maria Verdecchia
U.O. Chirurgia e Terapie Oncologiche Avanzate - Forlì
(Direttore G.M. Verdecchia)

Per corrispondenza:
Dr. Gianni Mura
Via Cimabue 19 - 52100 Arezzo
Tel. 0575-357842 - 347-5595679
E-mail: mandrei@tin.it

Dr. G.M. Verdecchia
Via Marciànò 54 - 47100 Forlì

Riassunto

La biopsia del linfonodo sentinella (LS) è stata utilizzata nella gestione di numerose forme di neoplasia al fine di ridurre il numero e l'entità delle linfadenectomie, con conseguente minore morbilità. Negli ultimi anni sono stati effettuati tentativi di applicare la ricerca del LS alla chirurgia del cancro gastrico in fase iniziale. Nel presente studio 6 pazienti con diagnosi preoperatoria di early gastric cancer (EGC) senza interessamento linfonodale (T_1N_0) sono stati sottoposti a ricerca del LS con la metodica combinata dell'iniezione endoscopica preoperatoria peritumorale di colorante vitale associata a iniezione endoscopica intraoperatoria di ^{99m}Tc -colloide. Utilizzando una gamma-probe manuale sono stati identificati i linfonodi ipercaptanti ("caldi"). I linfonodi colorati e/o "caldi", classificati come sentinella, sono stati rimossi prima della resezione. I pazienti sono stati sottoposti ad intervento resettivo standard associato a linfadenectomia D2, indipendentemente dalla presenza e dalla sede degli eventuali linfonodi sentinella. Tutti i linfonodi sono stati inviati per esame istologico standard con ematossilina-eosina; i LS sono stati inoltre studiati mediante immunocistochemica con anticorpi anti-citocheratina per la ricerca di eventuali micrometastasi. Vengono discussi i risultati preliminari e le prospettive future di questa metodica.

Parole chiave

Carcinoma gastrico, linfonodo sentinella, linfadenectomia

INTRODUZIONE

La terapia chirurgica rimane allo stato attuale l'unico trattamento potenzialmente curativo nei pazienti con cancro dello stomaco. Una delle conseguenze dell'uso diffuso della endoscopia diagnostica è stata un'augmentata possibilità di resecare cancri gastrici agli stadi iniziali. La terapia chirurgica "standard" prevede anche per tumori di piccole dimensioni ed in fase iniziale, il ricorso ad una chirurgia resettiva "maggiore": gastrectomia totale o sub-totale (resezione prossimale o, più frequentemente, distale) piuttosto che resezioni segmentali o "wedge". Alla resezione si associa la linfadenectomia D2 che prevede l'asportazione dei linfonodi regionali di I e II livello secondo i criteri stabiliti dalla Japanese Research Society for Gastric Cancer (JRS GC)¹.

L'invasione da parte del tumore della tonaca muscolare o dello strato sottosieroso (T_3) comporta infatti percentuali di coinvolgimento linfonodale di circa il 50%; l'incidenza di coinvolgimento linfonodale si aggira sul 15% quando l'invasione tumorale è limitata allo strato mucoso o sottomucoso (early gastric cancer o T_1), scendendo al 2% (range 0-4.8%) in caso di interessamento del solo strato mucoso (sottocategoria T_{1a})². Questo significa che ricorrendo ad una linfadenectomia standard viene eseguita una procedura più grande del necessario in un numero considerevolmente alto di pazienti allo stadio T_1 . Se avessimo un indicatore affidabile di assenza di metastasi linfonodali, sarebbe possibile conservare un grosso volume di stomaco e ridurre l'estensione della linfadenectomia.

La ricerca del primo linfonodo che drena dal tumore primitivo o linfonodo sentinella (LS) allo scopo di ridurre l'entità della linfadenectomia, introdotta da Morton nel 1992 nel melanoma cutaneo, è stata oramai validata ed applicata di routine per il melanoma, il tumore della mammella, della tiroide e studiata in altri tumori solidi. Negli ultimi anni sono stati pubblicati studi che hanno valutato l'applicabilità della metodica del linfonodo sentinella anche nel cancro gastrico.³ Alcuni Autori sono ricorsi all'utilizzo di colorante vitale, altri hanno utilizzato marcatori radioattivi, alcuni infine metodiche combinate (colorante associato a particelle radioattive)^{4,5,6,7}. Presentiamo la nostra esperienza preliminare mirante a mettere a punto una metodica affidabile di ricerca del LS nel carcinoma dello stomaco con livello di infiltrazione T_1 (early gastric cancer).

PAZIENTI E METODI

Nel periodo gennaio-aprile 2004 sono stati arruolati nello studio 6 pazienti ricoverati presso la UO di Chirurgia e Terapie Oncologiche Avanzate di Forlì con la diagnosi preoperatoria di carcinoma gastrico allo stadio $T_1 N_0 M_0$, senza cioè segni di coinvolgimento linfonodale alla TC od ecografia preoperatorie.

I pazienti sono stati sottoposti 16-18 ore prima dell'intervento chirurgico (pomeriggio precedente) ad EGDS con iniezione di ^{99m}Tc -colloide nella sottomucosa peritumorale (0.2 ml x 4); la distribuzione del radio colloide è stata seguita nel tempo mediante

linfoscintigrafie seriate, con acquisizione definitiva alla gamma-camera immediatamente prima dell'intervento (fig 1).

Durante il tempo chirurgico, eseguita la fase esplorativa di stadiazione chirurgica e dopo aver esposto ed isolato lo stomaco, è stata eseguita una seconda EGDS con iniezione peritumorale (0.2 ml x 4) del colorante vitale patent-blue. Il colorante in pochi minuti ha permesso la visualizzazione delle vie linfatiche e delle stazioni linfonodali di drenaggio (fig.2). Utilizzando una gamma-probe manuale (fig.3) sono stati identificati i linfonodi ipercaptanti ("caldi"). I linfonodi colorati e/o "caldi", classificati come sentinella, sono stati rimossi prima della resezione.

I pazienti sono stati sottoposti ad intervento resettivo standard (gastrectomia totale o resezione a seconda della sede del tumore) associato a linfoadenectomia D2, indipendentemente dalla presenza e dalla sede degli eventuali linfonodi sentinella. Come nostra abitudine, sono stati isolati dal pezzo operatorio i linfonodi delle singole stazioni ed inviati separatamente per l'istologia (fig.4). Su ogni campione è stata controllata nuovamente la radioattività.

I linfonodi "freddi" o non colorati sono stati esaminati con ematossilina-eosina; i linfonodi "caldi" o colorati sono stati studiati con ematossilina-eosina ed immunohistochimica con anticorpi anti-citocheratina per la ricerca di eventuali micrometastasi.

RISULTATI

Le procedure chirurgiche attuate sono state 2 gastrectomie totali (per tumore localizzato nel terzo superiore) e 4 gastrectomie distali; è stata sempre associata una linfoadenectomia D2 secondo i criteri della JRSGC. La ricerca del LS, endoscopia compresa, ha provocato mediamente un allungamento del tempo operatorio di circa 20 minuti. La mortalità post-operatoria è stata nulla, le complicanze sovrapponibili alla nostra esperienza precedente: nei 6 casi in esame non vi è stata comunque nessuna complicanza maggiore o che abbia richiesto il re-intervento. La degenza post-operatoria è stata di 7-12 giorni. In tutti i casi è stato possibile identificare linfonodi sentinella (1-5) su un totale di 25-52 linfonodi rimossi per paziente. Due pazienti hanno presentato metastasi linfonodali (N+): in un caso sono risultati infiltrati 1/3 linfonodi sentinella e 4/45 non-sentinella. Nel secondo caso si è assistito ad un salto di stazione o "skip metastasis": i 2 LS localizzati a livello delle stazioni 5 (sopraduodenale) e 7 (a. gastrica sinistra) sono risultati negativi, mentre è stato trovato infiltrato 1/25 non-LS (stazione 9). La ricerca con immunohistochimica non ha evidenziato foci di micrometastasi.



Fig. 1 Linfoscintigrafia pre-operatoria

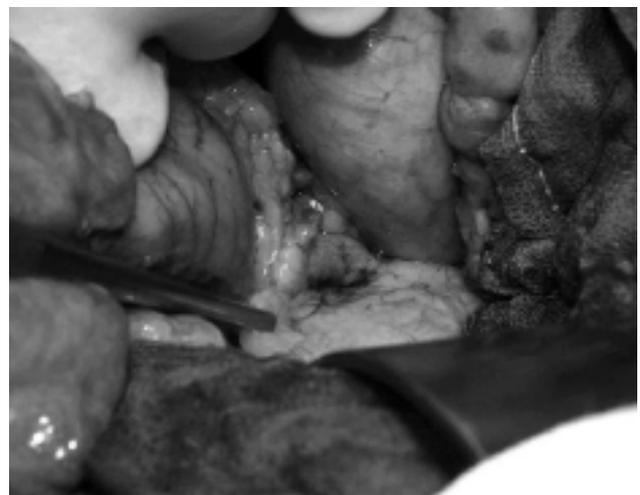


Fig. 2 Visualizzazione della diffusione linfatica del colorante vitale



Fig. 3 Identificazione con gamma probe dei LN caldi

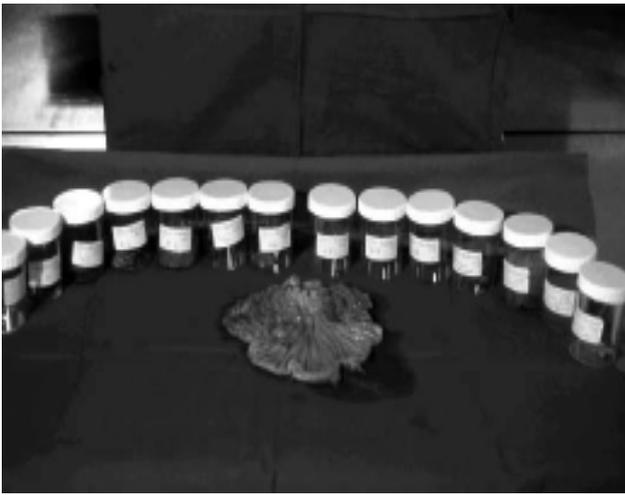


Fig. 4 Pezzo operatorio aperto e stazioni linfonodali inviate singolarmente per l'istologia

DISCUSSIONE

Nel carcinoma dello stomaco la linfadenectomia estesa al secondo livello linfonodale associata all'intervento di resezione (D2) deve essere considerata la procedura chirurgica standard. Tale atteggiamento ha permesso risultati significativi in termini di sopravvivenza: 44-66% di overall survival a 5 anni nelle varie casistiche dopo resezione D2, con dati ancora più incoraggianti negli stadi iniziali. Nello stadio IA (T_1N_0) si è arrivati al 95% di sopravvivenza a 10 anni^{1,2,8}.

La presenza di metastasi linfonodali è considerato il maggiore fattore prognostico indipendente. Secondo una recente review della letteratura² la percentuale di coinvolgimento linfonodale nell'Early Gastric Cancer (EGC) è complessivamente del 15%. Nella sottocategoria di tumore confinato alla mucosa T_{1a} è del 2% (range 0-4.8%), salendo invece al 20% (range 15-25%) nella sottocategoria T_{1b} , che presenta inoltre il 5% (2.8-6.4%) di coinvolgimento linfonodale del secondo livello N2.

Tali dati corrispondono con i dati dell'esperienza di Forlì: nella nostra casistica di 452 casi di Early Gastric Cancer su un totale di 1755 carcinomi gastrici, abbiamo trovato 63 N+ (13.9%): di questi, 9 (2.1%) appartenevano allo stadio T_{1a} , 54 (11.9%) allo stadio T_{1b} ; nel secondo gruppo 16 (3.5%) presentavano un coinvolgimento del secondo livello linfonodale N2.

Tali basse percentuali di positività linfonodali nell'EGC portano a ritenere che, ricorrendo ad una linfadenectomia standard, eseguiamo una procedura più pesante del necessario in un numero considerevolmente alto di pazienti allo stadio T_1 . Un indicatore affidabile di assenza di metastasi linfonodali, permetterebbe di conservare un grosso volume di stomaco e ridurre l'estensione della linfadenectomia.

A questo scopo si è cercato negli ultimi anni di

applicare anche al carcinoma dello stomaco il concetto di linfonodo sentinella già utilizzato con successo nel melanoma cutaneo e nel tumore della mammella al fine di ridurre l'entità della linfadenectomia^{3,4,5,6,7}. Sono stati utilizzati dai vari Autori sia coloranti vitali (patent blue, verde di indocianina) che colloidi marcati con ⁹⁹Tc. Abbiamo deciso nella nostra esperienza di utilizzare la metodica combinata colorante-radiocolloide. La casistica ridotta non permette, evidentemente, di trarre conclusioni definitive; in base alla nostra esperienza e dal confronto con la letteratura riteniamo comunque di poter esprimere alcune considerazioni generali sull'applicazione della ricerca del LS gastrico e su alcuni problemi tecnici legati alla metodica.

L'utilizzo di un colorante vitale determina una visualizzazione rapida ed efficace dei vasi linfatici e dei linfonodi, ma presenta un rapido wash-out. È questo il motivo per cui bisogna ricorrere ad una endoscopia intraoperatoria per l'iniezione sottomucosa peritumorale. Una problematica può essere creata dal possibile stravasamento di colorante in cavità peritoneale e colorazione dei tessuti circostanti, con conseguente difficoltà ad identificare correttamente i linfonodi sentinella.

La ricerca radio-guidata del LS non permette al contrario la visualizzazione della rete linfatica; necessita di una endoscopia pre-operatoria per dare il tempo al radio colloide di localizzarsi a livello delle stazioni linfonodali di drenaggio. Anche in questo caso vi può essere dispersione del radio-colloide sia in cavità addominale che all'interno del lume gastroenterico: la bassa attività RI di linfonodi "caldi" in molti casi può essere causata da tale dispersione. È stato visto infatti che nel 19% dei casi la RI attività dei LS gastrici era inferiore alla sensibilità della gamma probe.

Kitagawa⁹ consiglia per la ricerca dei LS di tumori gastroenterici la combinazione del radio-traccianti con il colorante vitale. Hayashi⁶ infatti fornisce dati di accuratezza del 93% con il radio-colloide e del 93% con la metodica del colorante: l'accuratezza raggiunge il 100% con il loro uso combinato. Sono varie le problematiche che rendono sicuramente più difficile la ricerca del LS nel carcinoma dello stomaco che nel melanoma o nel tumore della mammella. Innanzitutto vi è una maggiore complessità del flusso linfatico gastrico. I canali linfatici nello stomaco sono infatti multidirezionali e formano una complessa rete. I linfonodi perigastrici adiacenti al tumore sono la prima sede di metastasi solo nel 62% dei casi; nel 13% dei casi vi era un interessamento dei linfonodi N2 di secondo livello senza metastasi negli N1¹⁰. Il colorante iniettato intorno a tumori della grande o piccola curva drenava su linfonodi del lato opposto del tumore in circa il 30% dei pazienti³. Spesso il salto di stazione, la cosiddetta "skip metastasis", direttamente

ad un linfonodo dell'arteria gastrica sinistra o dell'arteria epatica comune o dell'ilo splenico, può essere spiegata con la complessità del drenaggio linfatico gastrico: la linfografia in molte occasioni evidenzia che è quella in realtà la direzione del flusso^{5,10}.

La presenza di metastasi in linfonodi non classificati come sentinella (quelli non colorati o "freddi") è spiegabile spesso con il fatto che il flusso linfatico è bloccato in presenza di una notevole infiltrazione cancerigena: anche nella nostra esperienza abbiamo evidenziato un pacchetto linfonodale microscopicamente infiltrato, come confermato in seguito dall'istologia, ma che non si è colorato né ha assunto il radio-colloide.

Un'ulteriore problematica è data dal fatto che per potere essere utilizzata clinicamente, la ricerca del LS dovrà avvalersi dell'istologia intraoperatoria su sezioni al congelatore. Su questo punto si inserisce il problema della possibile presenza di micrometastasi, evidenziabili solo con la ricerca immunoistochimica. Il significato clinico e prognostico delle micrometastasi è tutt'ora controverso: ad ogni modo, fino a dimostrazione del contrario, la presenza di cellule cancerose all'immunoistochimica è da considerarsi potenzialmente metastatica^{11,12}. Allo stato attuale non esiste una metodica affidabile per la ricerca intraoperatoria delle micrometastasi. È in fase di messa a punto un sistema RT-PCR che, se validato, sarebbe di validissimo aiuto in tale direzione¹³.

Concludendo, non esistono fin'ora dati sufficienti sull'affidabilità dell'utilizzo del LS nel carcinoma dello stomaco in fase iniziale. Le casistiche pubblicate dai vari Autori, oltrechè spesso numericamente inadeguate, differiscono sulla metodica utilizzata e, all'interno della stessa metodica, sui dosaggi ed i tempi di somministrazione del colorante o del radio-colloide. A tale proposito noi proponiamo l'avvio di uno studio multicentrico che utilizzi un protocollo standardizzato di ricerca del LS, e che a nostro avviso dovrebbe utilizzare la metodica combinata che associa il colorante vitale al radio-colloide. Soltanto dopo l'analisi di una casistica più numerosa e dopo che sia disponibile un metodo per la ricerca intraoperatoria delle micrometastasi, sarà proponibile l'utilizzazione cli-

nica al fine di introdurre una chirurgia del carcinoma dello stomaco individualizzata sulla base del linfonodo sentinella^{9,14}.

Bibliografia

- ¹ Sasako M. D2 nodal dissection. *Oper Tech Gen Surg* 2003; 5(1): 36-49
- ² Roukos DH. Current status and future perspectives in gastric cancer management. *Cancer Treat Rev* 2000; 26(4): 243-55
- ³ Ichikura T, Morita D, Uchida T et al. Sentinel node concept in gastric carcinoma. *World J Surg* 2002; 26: 318-322
- ⁴ Kitagawa Y, Fujii H, Mukai M et al. Radio-guided sentinel node detection for gastric cancer. *Br J Surg* 2002; 89: 604-608
- ⁵ Miwa K, Kinami S, Taniguchi K et al. Mapping sentinel nodes in patients with early-stage gastric carcinoma. *Br J Surg* 2003; 90: 178-182
- ⁶ Hayashi H, Ochiai T, Mori M et al. Sentinel lymph node mapping for gastric cancer using a dual procedure with dye- and gamma probe-guided techniques. *J Am Coll Surg* 2003; 196, 6: 68-74
- ⁷ Kim MC, Kim HH, Jung GJ et al. Lymphatic mapping and sentinel node biopsy using ^{99m}Tc tin colloid in gastric cancer. *Ann Surg* 2004; 239: 383-387
- ⁸ Roviello F, Marrelli D, Morgagni P et al. Survival benefit of extended D2 lymphadenectomy in gastric cancer with involvement of second level lymph nodes: a longitudinal multicenter study. *Ann Surg Oncol* 2002; 9(9):894-900
- ⁹ Kitagawa Y, Fujii H, Mujai M et al. Current status and future prospects of sentinel node navigational surgery for gastrointestinal cancers. *Ann Surg Oncol* 2004; 11(3):242S-244S
- ¹⁰ Sano T, Katai H, Sasako M, Maruyama K. Gastric lymphography and detection of sentinel nodes. *Recent Results Cancer Res* 2000; 157: 253-8
- ¹¹ Ajisaka H, Miwa K. Micrometastases in sentinel nodes of gastric cancer. *Br J Surg* 2003; 89: 676-680
- ¹² Matsumoto M, Natsugoe S, Ishigami S et al. Rapid immunohistochemical detection of lymph node micrometastasis during operation for upper gastrointestinal carcinoma. *Br J Surg* 2003; 90: 563-566
- ¹³ Matsuda J, Kitagawa Y, Fujii H et al. Significance of metastasis detected by molecular techniques in sentinel nodes of patients with gastrointestinal cancer. *Ann Surg Oncol* 2004; 11(3): 250S-254S
- ¹⁴ Morton D. Sentinel node mapping and an International Sentinel Node Society: current issues and future directions. *Ann Surg Oncol* 2004; 11(3): 137S-142S

IL SIGNIFICATO DEI TEST DI SCREENING PER LA SINDROME DI DOWN IN POPOLAZIONE A BASSO ED ALTO RISCHIO PER ETÀ

Centini G.; Rosignoli L.; Scarinci R.; Pasqui L.; Talluri B.; Kenanidis A.; Faldini E.; Cazzavacca R.; Petraglia F.
Centro di Diagnosi Prenatale
Università degli Studi di Siena

SOMMARIO

obiettivi:

valutare la validità del Triplo Test e dello Screen Test in popolazione a basso ed alto rischio di età nello screening di aneuploidie;

materiali e metodi:

9680 gestanti a basso rischio e 627 ad alto sottoposte a triplo test; 2780 gestanti a basso rischio e 408 ad alto rischio sottoposte a Screen Test o Test combinato; determinazione della sensibilità, specificità, falsi positivi e detection rate nelle due popolazioni; applicazione del t di student;

risultati:

il Triplo Test ha mostrato una DR dell'84,2% nella popolazione a basso rischio e dell'83,3% in quella ad alto rischio con un $p < 0,003$ alto rischio vs basso rischio per le trisomie 21 e 18; lo Screen Test ha presentato una DR del 100% e del 90,0% rispettivamente nella popolazione a basso ed alto rischio; Screen Test vs Triplo Test basso rischio $p < 0,005$;

conclusioni:

i due test sono attendibili per lo screening delle aneuploidie nella popolazione a basso rischio con migliore performance dello Screen test; nella popolazione ad alto rischio si riducono il numero degli esami invasivi di circa il 78% con il Tritest e di circa l'84% con lo Screen Test.

INTRODUZIONE

La sindrome di Down (DS), così definita per il Dr. J. Langdon Down che per primo la descrisse nel 1866 è caratterizzata dalla presenza di tre cromosomi 21 (Lejeune e Jacobs 1959) e rappresenta uno dei motivi di maggiore interesse della medicina fetale. Negli anni '70 fu individuato il primo indicatore di rischio per la DS rappresentato dall'età materna avanzata (ema): le gestanti con età uguale o superiore ai 35 anni presentano una prevalenza statisticamente significativa di nascite di feti affetti da cromosomopatia di cui la trisomia 21 è quella più rappresentata. Questa scoperta ha condizionato tutte le politiche sanitarie del mondo occidentale, in quanto l'età materna avanzata consente di accedere alla diagnostica prenatale invasiva gratuitamente. I risultati ottenuti hanno evidenziato, però, che, l'ema da sola è in grado di individuare tra il 30 ed il 40% dei feti affetti con una percentuale di falsi positivi molto elevata (la variabilità chiaramente è in rapporto all'età media delle gestanti nel territorio preso in considerazione),

in quanto sono molte di più le gravidanze in donne a basso rischio. Dagli anni '90, finalmente, la messa a punto di numerosi test per lo screening della trisomia 21 e trisomia 18 mediante markers biofisici e biochimici associati all'età materna, ha fornito risultati sempre più soddisfacenti passando da un 66% di detection rate (DR) con un 5% di falsi positivi del Triplo Test o Tritest fino alla Translucenza Nucale (NT) ed al Test Combinato o Screen Test con un 90% di DR e la stessa percentuale di falsi positivi, per arrivare probabilmente a breve, al Nasal Bone (nb) ed al Test Integrato che sembrano superare di poco il 90% di DR, ma con una percentuale di falsi positivi dell'1%. I test più in uso attualmente sono il Triplo Test e lo Screen Test o Test Combinato. Riportiamo l'esperienza del Centro di Diagnosi Prenatale dell'Università degli Studi di Siena per verificare la validità di questi test in termini di detection rate e di falsi positivi nelle gestanti a basso rischio per età e capire, inoltre, se sia giustificato proporre un test di screening ad una gestante con età di 35 anni e superiore come alternativa alla diagnostica invasiva.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto su due popolazioni di cui ognuna a sua volta divisa in due gruppi a basso ed alto rischio di età:

la prima popolazione considerata, periodo gennaio 1992 - giugno 2003, è rappresentata da:

- 9680 gestanti di età inferiore ai 35 anni che hanno richiesto il Triplo Test;
- 627 gestanti di età uguale o superiore ai 35 anni (range 35-42 con media 38,0) che hanno accettato di eseguire il test al momento dell'esecuzione dell'amniocentesi (pertanto senza conoscere il risultato);

la seconda popolazione, che ha richiesto lo Screen Test nel periodo ottobre 2000 - giugno 2003, è formata da:

- 2780 gestanti di età inferiore ai 35 anni;
- 408 gestanti di età uguale o superiore ai 35 anni (range 35-44 con media 38,2)

Il Triplo Test viene eseguito nel secondo trimestre di gravidanza, tra la 15° e la 18° settimana + 6 giorni di gestazione, con un prelievo di sangue materno con cui vengono dosati tre ormoni: l'alfa feto proteina, l'estriolo non coniugato e la gonadotropina corionica umana e con una datazione della gravidanza tramite ecografia eseguita non prima

della 12^a settimana; la risposta del test viene fornita a distanza di tre-quattro giorni; la qualità del test è dipendente dalla qualità del laboratorio.

Il Test Combinato o Screen Test viene eseguito nel primo trimestre di gravidanza, tra la 10^a e la 13^a settimana + 6 giorni di gestazione (41mm-82mm di CRL) e consiste nella misurazione della translucenza nucale (NT): reperto ecografico transitorio che si osserva solo in queste settimane di gestazione ed è dovuto all'accumulo di liquido retronucleare del feto; un aumento dello spessore della translucenza nucale riferito a curve di normalità è sospetto di trisomia 21 e di altre cromosomopatie fetali. Alla NT si associa il valore di due ormoni placentari dosati nel sangue materno che sono la PAPP-A e la free-beta hCG. La risposta del test viene fornita a distanza di tre-quattro giorni; la qualità del test è fortemente dipendente dall'ecografista che deve sottoporsi ad un lungo periodo di training prima di diventare operativo. Ambedue i test considerano l'età materna come variabile fissa con un cut-of di 1:250 a termine di gravidanza in accordo con molti autori. Tutti i casi riportati, gravidanze singole e senza ulteriori fattori di rischio, hanno avuto il follow-up e rappresentano circa il 90% della popolazione in studio. Sulla base dei casi patologici registrati sono stati considerati la sensibilità, la specificità, i falsi positivi e la detection rate di ambedue le popolazioni.

È stato impiegato il t di Student per valutare la significatività per il Triplo test e lo Screen Test donne ad alto vs basso rischio; Triplo test vs Screen Test in donne a basso rischio.

RISULTATI

Triplo Test:

- nel gruppo a basso rischio sono stati registrati 32 casi di aneuploidie di cui 13 Down e 5 trisomie 18; sul totale il test ha individuato 27 casi con una capacità diagnostica riferita non soltanto alle trisomie: la DR di tutti i casi patologici è stata dell'84,4% con una sensibilità dell' 84,2% ed una specificità del 99,9% e l'8,2% di falsi positivi; la DR per la trisomia 21 è stata del 53,8%, per la trisomia 18 del'80.% ed insieme del 61,1%;
- nelle gestanti ad alto rischio per età con 12 casi patologici di cui 10 diagnosticati, 6 Down e 4 tri18, la sensibilità è stata dell'83.3% e la specificità del 99.6% con il 21.8% di falsi positivi, ma con una DR per tri21 e tri18 del 100% (tab. 1).

Screen test:

- nelle gestanti a basso rischio con la diagnosi di due casi di Down, un caso di Turner ed un caso di 46XX/46XX-13+marker il test ha mostrato una sensibilità e una specificità del 100% con il 4,8% di falsi positivi;
- nelle gestanti ema i casi patologici sono stati

9 di cui 6 Down, 2 tri18, un caso di T13-14(45XY) tutti diagnosticati, con una sensibilità del 100.0%, una specificità del 100,0% ed il 13,9% di falsi positivi (tab.2).

Durante il rilevamento della translucenza nucale sono stati rilevati 5 casi di igroma cistico settato (di cui un Down), un caso di mielomeningocele, un caso di malformazione multipla ed un caso di piede torto congenito bilaterale nella popolazione a basso rischio, mentre in quella ad alto rischio si sono registrati due casi di igroma cistico.

Per il Triplo test è risultato significativo il confronto tra gestanti ad alto rischio vs basso rischio $p < 0,003$; mentre tra Screen test e Triplo Test la significatività è risultata nella popolazione a basso rischio $p < 0,005$. Per quanto riguarda tutte le aneuploidie il Triplo test ha mostrato la stessa sensibilità tra donne a basso rischio e donne ad alto rischio; mentre lo Screen Test ha ottenuto una detection rate del 100% per le trisomie in tutti e due i gruppi.

Nelle gestanti ema che hanno richiesto lo Screen test sono state effettuate 66 amniocentesi invece delle 408 previste, riducendo di circa l'86% la procedura invasiva senza perdere nessun caso di Down e trisomia 18; con il Tritest si sarebbero ridotte le amniocentesi di circa il 78% con lo stesso risultato.

Screening biochimico, Triplo test, per la trisomia 21 e 18 in gestanti a basso ed alto rischio per età

periodo gennaio 1987– giugno 2003

età' <35 anni

casi	positivi	pat rilevati/tot	
9680	694	27/32	Se 84,2%
			Sp 99,9%
			DR 84,4%
			FP 8,2%
	tri 21-tri18	7+4/13+5	DR 61,1%
	tri21	7/13	DR 53,8%
	tri18	4/5	DR 80,0%

età' =>35 anni

627	142	10/12	Se 83.3%
			Sp 99,6%
			DR 83.3%
			FP 21.8%
	tri21	6/6	DR 100%
	tri18	4/4	DR 100%

Tab. 1

**Screening biofisico-biochimico, Screen Test, per la trisomia 21 e 18
in gestanti a basso ed alto rischio per età**

periodo ottobre 2000 – giugno 2003

<u>età' <35 anni</u>				
casi	positivi	pat rilevati/tot		
2780	136	4/4	Se	100%
			Sp	100%
			FP	4,8%
	down	2/2	DR	100%
<u>età' =>35 anni</u>				
408	66	9/9	Se	90,0%
			Sp	99,0%
			FP	13,9%
	tri21	6/6	DR	100%
	tri18	2/2	DR	100%

Tab. 2

DISCUSSIONE

La nostra esperienza conferma la validità dei due test nello screening delle cromosomopatie con una migliore performance di diagnosi per lo Screen test rispetto al Triplo Test. Anche se abbiamo voluto confrontare le due popolazioni, risulta evidente che il numero dei patologici rilevati nella popolazione a basso rischio del Test Combinato non consente ancora di farne una valutazione statisticamente significativa. Il Triplo Test con una DR dell' 83,3 % su tutte le cromosomopatie e con un'ampia casistica, 9680 casi nella popolazione a basso rischio, permette di poter trarre un giudizio positivo sulla sua validità; lo stesso si può dire per la popolazione ad alto rischio che ha consentito la diagnosi di tutti i Down ed i trisomici 18. Lo Screen Test offre spunti di maggiore interesse, non soltanto per la popolazione non a rischio, ma anche per quella a rischio con il 13,9% di falsi positivi e nessun falso negativo. I due tests risultano comunque difficilmente comparabili perché uno, il Tritest, trae la sua validità da una buona organizzazione, datazione della gravidanza, ma soprattutto da un buon laboratorio, obiettivo non difficile da raggiungere, mentre il test Combinato è fortemente dipendente dall'operatore ecografico che deve avere non solo un buon training ma anche un controllo semestrale sulle sue prestazioni effettuato da un centro diverso e questo è più difficile da raggiungere.

CONCLUSIONI

Ambedue i Test risultano validi ed offrono una

buona capacità di screening non soltanto per le trisomie 21 e 18 ma anche per altre cromosomopatie. Tra i due il Test Combinato o Screen Test garantisce migliori capacità di DR ed una precocità, il primo trimestre, che sicuramente lo rende preferibile, inoltre consente la diagnosi precoce di patologie malformative fetali come è risultato nella nostra e nell'esperienza di numerosi autori. La scelta del test, comunque, è condizionata dall'operatore ecografico, pertanto i centri che non dispongono di un ecografista accreditato dovrebbero mettere a punto il Triplo Test per non incorrere in una alta percentuale di falsi positivi e negativi che inficierebbe il Test Combinato. Per quanto riguarda la popolazione a rischio i due test non hanno registrato falsi negativi per la trisomia 21 e la trisomia 18 con un aumento, era atteso, dei falsi positivi del 21,8% e del 13,9% rispettivamente per il Tritest ed il Test Combinato con una migliore evidente performance del secondo. Risulta pertanto giustificato offrire alle gestanti a rischio che non intendano sottoporsi ad esami invasivi, l'alternativa dei test di screening specificando

che non si dovrebbero perdere casi di trisomia 21 e 18 e che la possibilità di altre aneuploidie non diagnosticate è statisticamente molto bassa, ma con una percentuale di falsi positivi sicuramente più elevata. La nostra esperienza è supportata dai risultati di altri autori che si sono confrontati con strategie simili alle nostre, ovvero i test di screening biochimici e/o biofisici. D'altra parte è importante considerare il desiderio e la volontà delle gestanti che, nella nostra esperienza, hanno richiesto spontaneamente lo Screen Test prima di sottoporsi all'esame invasivo ed hanno accettato il risultato del test previa discussione durante il counseling; questa scelta ha consentito di ridurre dell'86% le amniocentesi. Questo trend, risultato del 12,8% su 3180 Screen Test, documenta una importante evoluzione di pensiero delle nostre donne che sempre più difficilmente accettano la possibilità di perdere un bambino sano a fronte di un rischio che soltanto la donna può giudicare accettabile o no. Se, in ipotesi, applicassimo i test di screening a tutta la popolazione a rischio per età nella nostra regione che costituisce circa il 40% di tutte le gravidanze, ovvero circa 10.400 gestanti, ridurremmo gli esami invasivi con il Triplo Test a circa 2300 e con lo Screen Test a 1800, abbattendo drasticamente la perdita di feti sani, con un rischio statisticamente trascurabile di falsi negativi e con un evidente enorme vantaggio economico (il risparmio potrebbe essere impiegato per migliorare le istituzioni di supporto ai bimbi affetti da patologia). Questo tipo di politica sanitaria potrebbe essere perseguibile soltanto con equipes che siano

in grado di effettuare un buon counseling e con un drastico cambiamento della cultura attuale.

Bibliografia

Lejeune J, Gautier M, Turpin R
Etudes des chromosomes somatique de neuf enfants mongoliens.
G R Acad Sci 1969 ;248:1721

Jacobs PA, Baikie AG, Cout Brown WM, Strong Ja
The somatic chromosomes in mongolism.
Lancet 1959;1:710;

Langdon Down J
Observation on an ethnic classification of idiots.
Clin Lectures and Reports, London Hospital 1866; 3: 259-62;

Snijders R, Smith E.
The role of fetal translucency in prenatal screening.
Curr Opin Obstet Gynecol. 2002 Dec;14(6):577-85.

Pajkrt E, Mol BW, van Lith JM, Bleker OP, Bilardo CM.
Screening for Down's syndrome by nuchal translucency measurement in a high-risk population.
Ultrasound Obstet Gynecol.1998 Sep;12(3):156-62.

Stewart TL, Malone FD.
First trimester screening for aneuploidy: nuchal translucency sonography.
Semin Perinatol.1999 Oct;23(5):369-81.

Thilaganathan B, Sairam S, Michailidis G, Wathen NC.
First trimester nuchal translucency: effective routine screening for Down's syndrome.
Br J Radiol.1999 Oct;72(862):946-8.

Valenti C, Schutta EJ, Kehaty T.
Prenatal diagnosis of Down syndrome.
Lancet 1968;11:220.

Wald NJ, Gorge L, Smith D, Densem JW, Pettersen K.
Serum screening for Down's syndrome between 8 and 14 weeks of pregnancy.
Br J Obstet Gynecol 1996;103:407-12.

Wald NJ, Kennard A, Hackshaw AK.
First trimester serum-screening for Down's syndrome.
Prenat Diagn 1996;16:387-91.

Wald NJ, Watt HC, Hackshaw AK.
Integrated screening for Down's syndrome based on tests performed during the first and second trimesters.
N Engl J Med 1999;341:461-7.

Wald NJ, Kennard A, Hackshaw A, Mc Guire A.
Antenatal screening for Down's syndrome.
J Med Screen 1997;4:181-246.

Dominguez M, Audibert F, Benattar C, Champagne C, Gomel V, Frydman R.
Is the routine amniocentesis for advanced maternal age still indicated ?
Fetal Diagn Ther 2001;16:372-7.

Rosen DJ, Kedar I, Amiel A, Ben-Tovim T, Petel Y, Kaneti H, Tohar M, Fejgin MD.
A negative second trimester triple test and absence of specific ultrasonographic marker may decrease the need for genetic amniocentesis in advanced maternal age by 60%
Prenat Diagn 2002;22:59-63.

Vintzileos AM, Guzman ER, Smulian JC, Yeo L, Scorza WE, Knuppel RA.
Second-trimester genetic sonography in patient with advanced maternal age and normal triple screen.
Obstet Gynecol 2002;99:993-5.

Shipp TD, Benaceraff BR.
Second-trimester ultrasound screening for chromosomal abnormalities.
Prenat Diagn 2002;22:296-307.
Bahado-Singh R, Shahabi S, Karaka M, Mahoney MJ, Cole L, Oz UA. The comprehensive midtrimester test: high sensitivity Down syndrome test.
Am J Obstet Gynecol 2002;185:803-8.

Egan JF, Malakh L, Turner GW, Markenson G, Wax JR, Benn PA.
Role of ultrasound for Down syndrome screening in advanced maternal age.
AM J Obstet Gynecol 2001;185:1028-31.

Strigini F, Centini G, Cariati E, Susini S, Rosignoli L, Biagiotti R, Borsotti R.
Screening biochimico per la trisomia 21 del feto in utero: risultati di uno studio multicentrico nella Regione Toscana.
Registro Toscano Difetti Congeniti, New Letter, Novembre 1995.

Centini G, Rosignoli L, Scarinci R, Pierini A, Kenanidis A, Bianchi F, and Scientific Segretariat of Tuscany Registry of Congenital Defects.
Prenatal diagnosis impact on prevalence of live-births with Down Syndrome in the Tuscany Region. Eurocat meeting Heidelberg, Giugno 2003.
Reproductive toxicology (in progress).

LABORATORIO DI CITOGENETICA OSPEDALE SAN DONATO AREZZO

Prestazioni erogate:

Diagnosi citogenetica prenatale su liquido amniotico (cariotipo fetale)

Il servizio è fornito solo alle gestanti con gravidanza a rischio di cromosomopatia.

I principali fattori di rischio sono: età materna superiore ai 35 anni, triplo test positivo, anomalie ecografiche e familiarità per sindrome cromosomica.

Diagnosi citogenetica postnatale su sangue periferico (cariotipo costituzionale)

Si accede mediante presentazione di richiesta da parte del Medico di Medicina Generale.

Le principali indicazioni sono: segni clinici evocativi di patologia cromosomica, poliabortività (più di 3 aborti) e procedure di fecondazione assistita.

Ricerca molecolare delle principali mutazioni associate all'emocromatosi

La ricerca delle principali mutazioni del gene HFE viene effettuata in pazienti con sospetto clinico di emocromatosi.

Cariotipo da midollo osseo (diagnosi citogenetica in oncematologia)

L'accertamento è riservato ai pazienti ricoverati presso i vari Reparti ospedalieri.

Cariotipo da materiale abortivo

L'accertamento è riservato ai pazienti ricoverati presso i vari Reparti ospedalieri.

IL PROGETTO ED.A.P.A.

Salvatore Lenti, Carlo Frigerio

Ambulatorio di II livello internistico per la diagnosi e cura dell'ipertensione arteriosa

Il Progetto ED.A.P.A (EDucazione all'Automisurazione della Pressione Arteriosa), si prefigge lo scopo di educare il paziente alla corretta misurazione della propria pressione arteriosa in ambito domiciliare.

L'Ipertensione Arteriosa è uno dei più frequenti fattori di rischio cardiovascolare; presenta un'ampia prevalenza nella popolazione adulta occidentale e assorbe notevoli risorse per la diagnostica e la cura farmacologica.

Un aspetto clinico fondamentale sia in ambito diagnostico che nel successivo follow-up è la corretta valutazione della Pressione Arteriosa ed è evidente come la rilevazione dei valori pressori sia elemento fondamentale per evitare di confondere valori occasionalmente alterati con valori stabilmente alterati.

La misurazione della pressione arteriosa può essere effettuata da un Medico presso il proprio ambulatorio o il domicilio del paziente, da un Infermiere o, infine, dal paziente stesso (automisurazione domiciliare).

L'automisurazione domiciliare della pressione arteriosa può essere definita come la "misurazione volontaria e cosciente della pressione arteriosa, eseguita dall'individuo stesso", così distinguendosi dalla misurazione clinica occasionale eseguita dall'equipe medica o dalla misurazione ambulatoriale automatica.

Le Linee Guida Europee 2003 per il trattamento dell'ipertensione arteriosa ne evidenziano e ribadiscono l'importanza.

"...La misurazione della pressione arteriosa a domicilio può fornire informazioni sui valori pressori in giorni diversi e rilevati in una condizione il più vicino possibile alla vita di tutti i giorni. Quando considerate come valore medio di più rilevazioni eseguite in un periodo di più giorni, tali rilevazioni si sono dimostrate in grado di condividere alcuni dei vantaggi della misurazione ambulatoria delle 24 ore, quali la mancanza dell'effetto "da camice bianco" e una maggiore riproducibilità e predittività della presenza e progressione del danno d'organo rispetto alla misurazione tradizionale. Pertanto, la misurazione domiciliare della pressione per un periodo di tempo adeguato, prima e durante il trattamento può anche essere raccomandata in quanto procedura economica che può migliorare la compliance del paziente al trattamento....

...Qualora si suggerisca di utilizzare l'automisurazione domiciliare della pressione, si deve prestare attenzione ai seguenti fattori:

- consigliare solo l'impiego di strumenti validati;
- raccomandare l'impiego di strumenti di misurazione semiautomatici piuttosto che di sfigmomanometri a mercurio;
- istruire i pazienti ad eseguire misurazioni in posizione seduta dopo alcuni minuti di riposo e informarli che i valori possono essere diversi tra le varie misurazioni in ragione delle oscillazioni spontanee della pressione;
- evitare di ottenere un eccessivo numero di misurazioni e assicurarsi che alcune di esse siano eseguite prima di assumere la terapia per ottenere informazioni sulla durata del trattamento;
- considerare che i valori di pressione rilevati a livello domiciliare sono ridotti rispetto a quelli misurati in ambulatorio;
- fornire al paziente chiare istruzioni sulla necessità di riportare al medico una chiara documentazione dei valori pressori misurati e di evitare di automodificare gli schemi di terapia."

Sulle base di queste considerazioni nasce il Progetto di EDucazione all'Automisurazione della Pressione Arteriosa, denominato con l'acronimo **ED.A.P.A.**

Il nostro Progetto, di tipo osservazionale, è mirato alla valutazione dello stato di conoscenza e quindi di informazione che hanno le persone in materia di ipertensione arteriosa, ma non solo, vogliamo garantire che l'automisurazione venga praticata secondo criteri standardizzati.

A questo scopo vengono tenuti, in collaborazione con l'Auser di Arezzo, incontri con la popolazione per illustrare il "problema ipertensione" e per spiegare la corretta metodica di misurazione della pressione arteriosa. I volontari dell'AUSER, insieme con alcuni infermieri professionali, sono i nostri Collaboratori per l'attuazione del Progetto, sia attraverso l'informazione che la distribuzione di apparecchi semiautomatici validati (Omron MX 300), forniti ai partecipanti, con turni della durata di 2-3 giorni, per la rilevazione domiciliare della pressione arteriosa.

I dati ottenuti verranno riportati su apposite schede e riconsegnate ai volontari, insieme ad un questionario inerente la durata della patologia, la presenza di comorbidità e la concomitanza di fattori di rischio cardiovascolare

Nell'ambito del nostro Progetto verrà inoltre proposto un secondo questionario inerente la valutazione della Qualità della vita del paziente iperteso. I partecipanti al progetto, debitamente informati e previo consenso orale, dovranno compilare i questionari e attenersi alle istruzioni fornite. Sarà rispettata ogni tutela per il rispetto della privacy personale.

EFFETTI TERAPEUTICI DELL'AMLODIPINA NELLE URGENZE IPERTENSIVE

Salvatore Lenti^{1,2}, Carlo Frigerio^{2,3}, Luciano Ralli¹,
Claudio Pedace³, Dino Vanni⁴

¹ U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso

² Ambulatorio II livello internistico per la diagnosi e cura dell'ipertensione arteriosa

³ U.O. Medicina Interna e Geriatria

⁴ U.O. Medicina Interna

USL 8 - Ospedale San Donato - Arezzo

Per corrispondenza:

Dr. Salvatore Lenti

U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso

Ospedale San Donato

Via Pietro Nenni

52100 Arezzo

tel: 0575-255003

e-mail: lentisa@libero.it

Riassunto

Le urgenze ipertensive rappresentano situazioni cliniche con marcato incremento dei valori di Pressione Arteriosa (PA), in assenza di sintomi importanti o di danno d'organo immediato, che richiedono una diminuzione della PA in 24 ore da ottenere se possibile con farmaci per via orale.

Scopo del nostro studio è stato quello di valutare gli effetti della terapia antiipertensiva per os con un calcioantagonista diidropiridinico, l'amlodipina, in quei soggetti a conoscenza di essere ipertesi, ma non in trattamento. Sono stati randomizzati pazienti ipertesi giunti al DEU con PA > 160/120 mm Hg, con valori persistentemente elevati dopo 30 min di osservazione.

A questi pazienti sono stati somministrati 10 mg di amlodipina per os ed è stato effettuato un monitoraggio ambulatorio della PA (ABPM) delle 24 ore.

Dopo 24 ore tutti i pazienti hanno ottenuto una PA <140/90 mm Hg misurata con metodo sfigmomanometrico. L'analisi dei ABPM ha consentito di evidenziare una riduzione significativa della Pressione Arteriosa Media (PAM) in assenza di incrementi della frequenza cardiaca o di effetti collaterali significativi.

Parole chiave

Urgenze ipertensive, calcioantagonisti, amlodipina, monitoraggio ambulatorio della pressione arteriosa.

INTRODUZIONE

L'ipertensione arteriosa rappresenta la più comune patologia cardiovascolare e costituisce una dei principali fattori di rischio per altre malattie cardio - e cerebrovascolari¹.

Pertanto questo problema si presenta con notevole frequenza nei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (DEU): infatti circa il 5% dei pazienti ipertesi presenta una o più urgenze ipertensive nell'arco di un anno^{2,3}.

Di fronte ad atteggiamenti omologati è necessario innanzitutto inquadrare il problema in un contesto clinico e in un appropriato quadro nosografico-sindromico, in modo da affrontare la relativa terapia in maniera razionale.

È prioritario stabilire se si è davanti a un paziente con una vera crisi ipertensiva, oppure se si tratta di un semplice rialzo pressorio. A tal fine è utile suddividere il problema in quattro classi sindromiche:

A. VERE CRISI IPERTENSIVE

1. Emergenze Ipertensive
2. Urgenze Ipertensive

B. SEMPLICI RIALZI PRESSORI

1. Ipertensione stabile non complicata
2. Ipertensione labile transitoria

Le **Emergenze ipertensive** sono situazioni cliniche (tipo le emergenze cerebrali, cardiache, associate ad eccesso di catecolamine circolanti, eclamptiche, post traumatiche, post operatorie, in corso di epistassi) in cui è richiesto di ridurre in modo **immediato** (all'incirca entro sessanta minuti e mediante terapia parenterale) la Pressione Arteriosa (PA) almeno del 20-25 % rispetto al basale, sebbene non sia necessario riportarne i valori a livelli di assoluta normalità⁴.

Le **Urgenze ipertensive** sono, invece, situazioni cliniche con marcato incremento dei valori di PA, in assenza di sintomi importanti o di danno d'organo immediato e che necessitano di una riduzione della PA da attuarsi in un periodo **non immediato**, ma entro 24 ore dall'insorgenza del quadro ipertensivo, di solito mediante terapia orale⁴.

I **semplici rialzi pressori** sono spesso oligo-asintomatici e, pur richiedendo comunque un trattamento, non implicano un danno d'organo⁴.

Secondo l'esperienza comune la maggior parte dei pazienti con elevati valori di PA può essere ascritta tra le classi sindromiche delle urgenze ipertensive ed i semplici rialzi pressori, tanto che spesso il loro confine, soprattutto in situazioni di urgenza, non è ben demarcato fino a quando non si delinea il loro quadro clinico di presenza di danno d'organo.

Gli interventi farmacologici possono essere vari, appunto perché non c'è necessità di raggiungere l'obiettivo di una riduzione dei valori di PA, ma è importante conoscere per ciascun caso clinico la fisiopatologia e la patologia ipertensiva che sono alla base del quadro medesimo, così come vanno tenuti ben presenti i sintomi e i segni clinici. Inoltre, la scelta dei farmaci dovrà essere guidata dalla conoscenza del loro meccanismo d'azione e dei loro potenziali effetti collaterali⁵.

Tra i vari farmaci un paragrafo a se stante lo meri-

ta la **nifedipina**, nella formulazione sublinguale, che forse è stato l'agente ipotensivo troppo facilmente e indiscriminatamente somministrato sia nelle emergenze che nelle urgenze così come nei semplici rialzi pressori. Questa facilità di impiego nasce dall'ampia maneggevolezza del farmaco (basta perforare la capsula e farla deglutire) e dal suo immediato effetto emodinamico (figura 1).

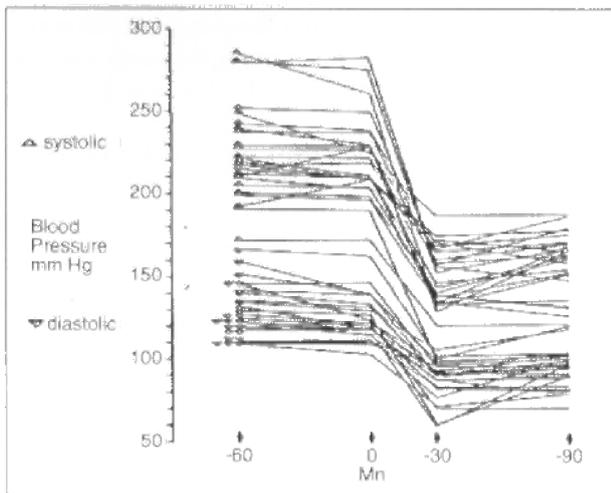


Figura 1 · Effetto della nifedipina orale in 25 emergenze ipertensive (BMJ 1:286;19-21,1983)

Ma questo effetto emodinamico può talora rappresentare un'arma a doppio taglio: in primo luogo quanto più elevata è la PA iniziale tanto maggiore è il crollo pressorio indotto dal farmaco e l'eccessiva ipotensione può sfociare in una ischemia miocardica o in un ictus cerebri; in secondo luogo è documentato che l'importante vasodilatazione arteriosa che consegue alla somministrazione di nifedipina può comportare furto coronarico oppure una reazione tachicardizzante (da riflesso catecolaminico) con secondaria discrepanza tra apporto e richieste metaboliche miocardiche e secondaria ischemia miocardica sino all'infarto.

Questi concetti sono stati descritti in letteratura sia per quanto i casi di stroke⁶ e di infarto miocardico⁷ dopo nifedipina sublinguale.

La letteratura ha poi recentemente bocciato la diffusissima procedura di somministrazione sublinguale essendo stato dimostrato che l'assorbimento da parte della mucosa orale è scarsa mentre è ottimale a livello intestinale, motivo per il quale l'effetto del farmaco viene attribuito alla dose deglutita e non a quella tenuta nel cavo orale^{8,9}.

Per tutte queste problematiche di assorbimento, effetti collaterali cardiaci e cerebrali e incapacità di poter controllare il tasso o il grado di caduta pressoria, nel sesto Report del Joint National Committee l'uso della nifedipina sublinguale è stato addirittura definito "inaccettabile"¹⁰.

Ma lo stesso Report consiglia di somministrare dosi adeguate di farmaci con cinetica di tipo linea-

re e a lunga durata di azione, i quali portano a consistenti riduzioni pressorie evitando eccessive cadute pressorie e mantenendo un buon controllo pressorio fino alla fine dell'intervallo di somministrazione.

Tra i farmaci a cinetica lineare rientrano i calcioantagonisti diidropiridinici come l'**amlodipina**, la quale presenta una struttura simile a quella delle altre diidropiridine con però importanti modificazioni a livello delle catene laterali e sono, appunto, queste modificazioni che portano l'amlodipina a caratterizzarsi per la sua lunga durata d'azione¹¹.

La cinetica di legame dell'amlodipina si caratterizza per una spiccata affinità di legame per il sito di legame diidropiridinico recettoriale oltre che per un graduale inizio ed un graduale esaurimento dell'interazione con il complesso recettoriale^{12,13}.

L'amlodipina è completamente assorbita dopo la somministrazione per os, raggiungendo la massima concentrazione plasmatica fra 6 e 12 ore dopo l'assunzione, ma il suo effetto può iniziarsi a vedersi dopo circa 3 ore^{14,15} (figura 2).

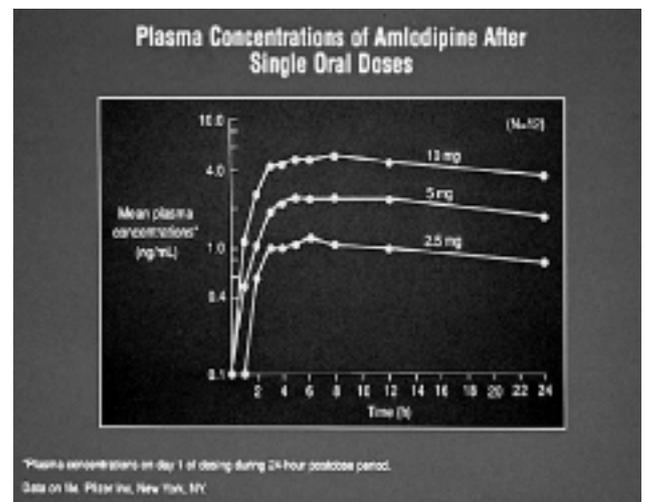


Figura 2 · Concentrazioni plasmatiche di amlodipina dopo somministrazione orale di una singola dose

Inoltre il tempo impiegato per raggiungere la massima concentrazione plasmatica è maggiore rispetto a tutti gli altri calcioantagonisti e questa gradualità nell'inizio dell'azione farmacologica si traduce in una graduale insorgenza degli effetti emodinamici, fra cui la vasodilatazione, dopo somministrazione orale del farmaco^{16,17}.

SCOPO DELLO STUDIO

Scopo del nostro studio, puramente di tipo spontaneo, è stato quello di valutare gli effetti della terapia antipertensiva per os con un calcioantagonista diidropiridinico, l'amlodipina, in quei soggetti a conoscenza di essere ipertesi, non complicati e non in trattamento, che si sono presentati alla nostra U. O. di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso dell'Ospedale San Donato di Arezzo,

presentando valori pressori frequentemente elevati (> 160/120 mm Hg), classificabili al grado 3 secondo le Linee guida OMS/ISH del 1999¹⁸ e tra i criteri di esclusione sono stati considerati non eligibili quei pazienti con ipertensione arteriosa in trattamento o ipertensione secondaria.

MATERIALE E METODI

Sono stati randomizzati per questo studio 70 soggetti, a conoscenza di essere ipertesi, non complicati e non in trattamento, giunti alla nostra osservazione con PA > 160/120 mm Hg all'ingresso, misurata con metodo sfigmomanometrico Riva-Rocci, in accordo alle raccomandazioni e criteri World Health Organization (WHO) (misurazione ad entrambe le braccia per escludere vasculopatia periferica; 3 misurazioni, a distanza di 2 minuti, in posizione seduta ed una in posizione ortostatica, per escludere ipotensione ortostatica); calcolo dell'Indice di massa corporea (BMI) secondo la formula "peso corporeo (kg)/altezza (m²)"; a tutti è stato eseguito un fundus oculi per escludere retinopatie; un ECG standart a 12 derivazioni con rilevazione della frequenza cardiaca; un'anamnesi per diabete mellito, cardiopatia ischemica, nefropatie, ipertensione arteriosa e dislipidemia ed un'anamnesi farmacologica o di sostanze ipertensivanti (contraccettivi orali, FANS, liquirizia, cocaina, anfetamine); un esame clinico per escludere la presenza di soffi carotidei e un dosaggio della Microalbuminuria (MAU) con metodo semi-quantitativo (Mikral-Test, Böeringer Mannheim, Germany) tramite dip-stick su uno spot di urine dopo 30 minuti di relax.

Dopo un periodo di relax in ambiente tranquillo di circa 1 ora è stata rimisurata la PA a tutti i soggetti (3 misurazioni in posizione seduta ogni 2 minuti) ed è stata eseguita la media delle misurazioni e solo 58 soggetti (30 M, 28 F; età media: 52.8 ± 1.8 ES anni) sono stati arruolati per il nostro studio in quanto presentavano valori di PAS 162.2 ± 1.9 e di PAD 118.8 ± 1.5 mm Hg.

A questi pazienti sono stati somministrati 10 mg di amlodipina per os ed è effettuato un monitoraggio ambulatorio della PA (ABPM) delle 24 ore (metodo dinamico non invasivo, oscillometrico, Spacelabs Mod. 90207).

Dei restanti 12 soggetti: 10, che presentavano una PAS media di 156.8 ± 1.4 e una PAD media di 98.8 ± 1.2 mm Hg con associata sindrome ansiosa, sono stati trattati con alprazolam 0.25 1 cp per os e sono stati trattenuti nella nostra Area di Osservazione Breve per circa 3 ore; mentre solo 2 soggetti, che presentavano valori di PA di 144/84 e 146/86 mm Hg, sono stati dimessi e inviati al proprio domicilio con consiglio di eseguire screening diagnostico per ipertensione arteriosa.

I risultati sono stati espressi come medie ± gli errori standard (ES) delle medie. Lo studio degli indici

di correlazione tra variabili è stato effettuato con il Test di Pearson e con l'analisi di regressione lineare multipla. È stato considerato significativo ai fini statistici un valore di p < 0.05.

RISULTATI

Dopo 3 ore dall'inizio del trattamento 55 pazienti (95%) hanno ottenuto una PAS di 148.5 +/- 1.5 e di PAD 92.5 +/- 1.3 mm mm Hg (misurata con metodo Riva-Rocci, sempre con 3 misurazioni ogni 2 minuti in posizione seduta) ed hanno continuato la misurazione tramite ABPM e sono stati dimessi ed inviati a domicilio; mentre 3 pazienti sono rimasti nell'Area di Osservazione Breve in quanto la PA era sempre all'incirca di 160/110 mm Hg (tabella 1; figura 3).

I 10 pazienti che erano stati trattati con alprazo-

Pazienti	55 (amlodipina)		Significatività
- PAS	162.2 +/- 1.9	148.5 +/- 1.5	p < 0.05
- PAD	118.8 +/- 1.5	92.5 +/- 1.3	p < 0.05
Pazienti	10 (alprazolam)		
- PAS	162.2 +/- 1.9	154.5 +/- 1.8	NS
- PAD	118.8 +/- 1.5	92.8 +/- 1.6	p < 0.05
Pazienti	3 (amlodipina)		
- PAS	162.2 +/- 1.9	160.5 +/- 1.1	NS
- PAD	118.8 +/- 1.5	114.5 +/- 1.5	NS

Tabella 1 · modificazione dei valori pressori dopo tre ore dalla somministrazione del trattamento (amlodipina, 58 paz; alprazolam, 10 paz)

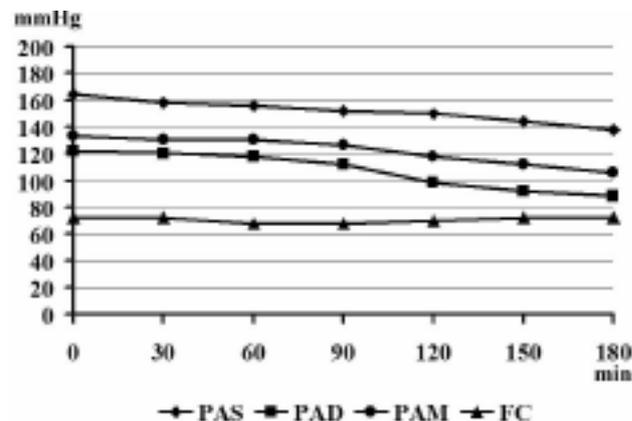


Figura 3 · modificazione dei valori pressori e della frequenza cardiaca registrati all'ABPM

lam, per concomitante sindrome ansiosa, sono stati dimessi ed inviati a domicilio con valori di PAS di 154.5 ± 1.8 e di PAD 92.8 ± 1.6 mm Hg, consigliando ulteriori accertamenti clinico-diagnostici.

Dopo 24 ore tutti e 58 pazienti hanno ottenuto una PAS di 138.5 ± 1.1 mm Hg ed una PAD di 84.6 ±

1.2 mm Hg.

Dall'analisi degli ABPM abbiamo ottenuto una riduzione della Pressione Arteriosa Media (PAM) iniziale di 134.5 ± 1.2 mm Hg ad una PAM di 106.2 ± 1.1 mm Hg.

La FC iniziale è stata di 74.8 ± 0.7 batt/min e quella finale è stata di 73.7 ± 1.2 batt/min e quindi non abbiamo registrato differenze significative.

Il BMI dei pazienti era nel range di normalità (25.3 ± 0.5).

Il fundus oculi ha classificato tutti i pazienti nel II stadio della Classificazione di Keith - Wagener.

Il dosaggio della MAU ha rilevato valori di 200 ± 50 mg/die (tabella 2; figura 4).

Non abbiamo registrato nessun effetto collaterale

Pazienti	58 (amlodipina)		Significatività
- PAS	162.2 +/- 1.9	138.5 +/- 1.1	p < 0.05
- PAD	118.8 +/- 1.5	84.6 +/- 1.2	p < 0.05
- PAM	134.5 +/- 1.2	106.2 +/- 1.1	p < 0.05
- FC	74.8 +/- 0.7	73.7 +/- 1.2	NS
- BMI	25.3 +/- 0.5		
- Fundus Oculi	II stadio		
- Microalbuminuria	200 +/- 50 mg/die		

Tabella 2 · risultati dei valori pressori dopo 24 ore dal trattamento e parametri valutati

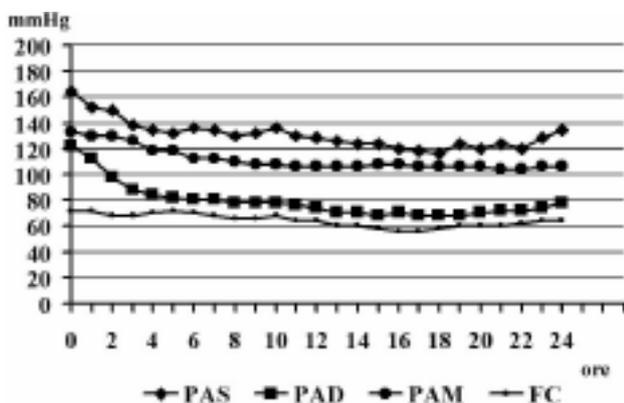


Figura 4 · modificazione dei valori pressori e della frequenza cardiaca registrati all'ABPM dopo 24 ore

in tutti i pazienti che hanno condotto a termine lo studio.

A dimostrazione del fatto che questi soggetti ipertesi, non in trattamento e ancora non complicati, necessitavano di un trattamento farmacologico in urgenza, abbiamo analizzato ad un test di regressione lineare multipla i valori di PAM iniziali versus la MAU ed il Fundus oculi ed abbiamo rilevato una significatività statistica, mentre il peso delle altre

variabili (età, PAS e PAD, BMI) è risultato meno significativo.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Variabili	F- ratio	p
- Età	4.52	0.05
- Fundus Oculi	6.16	0.02
- PAS casuale	4.74	0.04
- PAD casuale	3.78	0.07
- PAS diurna	5.12	0.03
- PAD diurna	3.94	0.08
- Microalbuminuria	9.47	0.008

Tabella 3 · test di regressione lineare multipla tra la Pressione Arteriosa Media versus variabili considerate

L'ottimizzazione della terapia antipertensiva ha reso meno frequenti le vere urgenze ed emergenze ipertensive, rimanendo, invece, ancora di frequente riscontro nella pratica clinica le semplici crisi ipertensive.

Tale evento clinico può essere controllato anche a domicilio del paziente, una volta che siano escluse, mediante una approfondita anamnesi ed un attento esame obiettivo, altre concomitanze cliniche in grado di porre a rischio la vita o la salute del paziente (crisi stenocardica, insufficienza cardiaca, patologia aortica o coinvolgimento cerebrale). I farmaci a disposizione del Medico sono numerosi ed appare opportuno scegliere il trattamento più razionale, dopo aver inquadrato il problema in un contesto clinico e in un appropriato quadro nosografico-sindromico.

I risultati del nostro studio, se saranno confermati in una casistica più ampia e secondo uno studio longitudinale di tipo prospettico, potranno indicare che i calcioantagonisti diidropiridinici a cinetica lineare, come l'amlodipina, possono essere utilizzati nelle urgenze ipertensive in quanto sono discretamente rapidi nella loro azione dopo somministrazione orale, ma soprattutto sono meno violenti nei loro effetti periferici a carattere emodinamico.

RINGRAZIAMENTI

Questo articolo è dedicato a tutti gli infermieri dell'U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso e del Day Hospital Medico, a cui vanno i nostri più sentiti ringraziamenti per la loro peculiare assistenza professionale.

Bibliografia

¹ MacMahon S, Peto R, Cutler J et Al: Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, prolonged differences in blood pres-

sure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet* 1990; 335: 765-774

² Abdelwanab W, Frishman W, Landau A: Management of hypertensive urgencies and emergencies. *J Clin Pharmacol* 1995; 35: 747-762

³ Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M et Al: Hypertensive urgencies and emergencies. Prevalence and clinical presentation. *Hypertension* 1996; 27: 144-147

⁴ Kaplan NM: Emergenze ed Urgenze ipertensive. In Kaplan NM, *Clinica dell'ipertensione*, SEU Editore, Roma 1991, pag 329-347

⁵ Calhoun DA, Oparil S: Treatment of hypertensive crisis. *New England J Med* 1990; 323: 1177-1183

⁶ Spence DJ: Il paziente predisposto allo stroke. In Messerli FH, *L'abc della terapia antipertensiva*. Momento Medico Ed, Salerno 1995, pag. 242-249

⁷ O'Mailia JJ, Sander EG, Giles TD: Nifedipine associate myocardial ischemia or infarction in the treatment of hypertensive urgencies. *Ann Intern Med* 1987; 107

⁸ Grossman E, Messerli FH, Grodzicki T, et Al: Should a moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies? *JAMA* 1996; 276: 1328-1331

⁹ Van Harten J, Burggraaf K, Dahof M, et Al: Negligible sublingual adsorption of nifedipine. *The Lancet* 1987; 2: 1363-1365

¹⁰ The Sixth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood pressure (JNC VI). *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413-2445

¹¹ Burges RA, Dodd MG: Amlodipine. *Cardiovasc Drug Rev* 1990; 8: 25-44

¹² Naylor WG, Gu XH: The unique binding properties of amlodipine: a long-acting calcium antagonist. *J Hum Hypertens* 1991; 5 (suppl 1): 55-59

¹³ Rigby JW, Gardiner DG, Greengrass PM, Burges RA: Amlodipine: interaction with calcium channel binding sites. *J Cardiovasc Pharmacol* 1998; 12 (suppl 6): S144. Abstract

¹⁴ Data on file. Pfizer Inc, New York, NY

¹⁵ Reid JL, Meredith PA, Donnelly R, Elliott HL. Pharmacokinetics of calcium antagonist. *J Cardiovasc Pharmacol* 1998; 12 (suppl 7): S22 - S26

¹⁶ Purcell H, Waller DG, Fox K. Therapeutic focus: calcium antagonists in cardiovascular disease. *Br J Clin Pract* 1989; 43: 369-379

¹⁷ Abernethy DR. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of amlodipine. *Cardiology* 1992; 80 (suppl 1): 31-36

¹⁸ Guidelines Subcommittee 1999 World Health Organization - International Society of Hypertension - Guidelines for the Management of Hypertension. *Journal of Hypertension* 1999; 17: 151-183

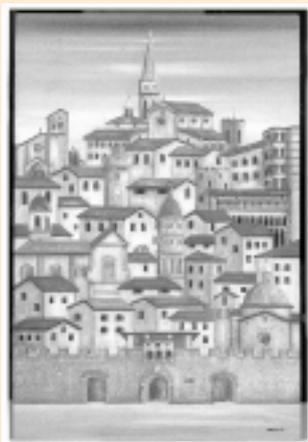


Progetto
Città Sane di Arezzo



Organizzazione
Mondiale della Sanità

Profilo di Salute della Città di Arezzo 2004



PROFILO DI SALUTE DELLA CITTÀ DI AREZZO

Il "Profilo di Salute" è lo strumento attraverso il quale è rappresentata lo stato salute dei cittadini del Comune e dei fattori che la influenzano. Molti dei problemi di salute della popolazione non possono essere affrontati a prescindere dalla conoscenza del contesto in cui essi evolvono e questo, a livello locale, significa identificare le relazioni tra popolazione e ambiente di vita, stato di salute, uso dei servizi sanitari e il contesto socio sanitario, comprese le disuguaglianze e le esclusioni sociali. Il "Profilo di salute" mette a fuoco, da un punto di vista "integrato", non settoriale i "determinanti della salute".

Alla sua terza edizione, il "Profilo" rappresenta non solo il modo di "leggersi" in rapporto alla capacità di promuovere salute, ma anche di verificare se, nel tempo, si sono prodotte modifiche rispetto alla situazione di partenza. Perché questo strumento espliciti piena potenzialità, occorre una maggiore consapevolezza, non solo da parte di chi lo ha voluto (amministratori), ma della stessa comunità e di tutti coloro che sono impegnati nella programmazione della città.

Lo scopo principale del Profilo è quello di creare le basi per la predisposizione del Piano di Salute e, quindi, fornire informazioni accurate, aggiornate, non distorte sulla salute dei cittadini e sui suoi determinanti, valutare le azioni rispetto all'impatto sulla salute, stimolare la partecipazione della comunità nel processo di pianificazione per la salute e, infine, sollecitare i vari gruppi ad intraprendere azioni per il miglioramento della salute.

Nel "Profilo di Salute della Città di Arezzo 2004" sono raccolti i dati più recenti disponibili dalle diverse fonti.

Chi fosse interessato a riceverne una copia può rivolgersi alla Segreteria del Centro Francesco Redi, via della Fioraia 17 - 19, 52100 Arezzo, tel. 0575 22256 fax 0575 28676 email: isde@ats.it

TABAGISMO:

PER UN INCONTRO FORTUNATO TRA FUMATORE E SCELTA TERAPEUTICA

Valentina Cocci

Psicologo Psicoterapeuta Ser.T. Zona Aretina A-USL 8 AREZZO

Paolo Eduardo Dimauro

Direttore Ser.T. Zona Aretina e Direttore Dipartimento Dipendenze A-USL 8 AREZZO

Per corrispondenza:

Dr. Paolo E. Dimauro via Fonte Veneziana 17
52100 AREZZO

tel. 0575255941-3 fax 0575255942

e-mail: p.dimauro@usl8.toscana.it

Riassunto

Nell'ambito della clinica del tabagismo, sono percorribili più "strade" per raggiungere l'obiettivo di smettere di fumare. Questo articolo affronta il tema di se e come sia possibile prevedere, già nel primo colloquio di valutazione, il tipo di trattamento più utile per quel particolare fumatore. Partendo dalla presentazione dei differenti generi (setting individuale, familiare, di gruppo), metodi e strumenti di trattamento (colloquio psicologico, farmaco, laser di aurocolostimolazione) proposti dal Centro Clinico per il Tabagismo della A-USL di Arezzo, si analizzano gli elementi che lo psicologo deve valutare nel primo colloquio attraverso l'analisi sia dei contenuti che della relazione con il paziente fumatore per scegliere il trattamento più efficace per smettere di fumare.

Parole chiave

Tabagismo, colloquio di valutazione psicologica, scelta terapeutica

ABSTRACT

Tabagism: matching the smoker with the correct therapy

In the clinical treatment of tabagism there are many ways in which the objective of giving up smoking can be achieved. This paper focuses on whether, and how, it is possible to foresee the suitable therapy for each specific patient during the first assessment interview. First, a description is given of the different contexts (individual, family and group setting), methods and tools of treatment (psychological interview, drugs, electronic stimulation of the auricle) proposed by the Centro Clinico per il Tabagismo of Arezzo local health service A-USL. Then, we consider the elements which should be evaluated by the psychologist in the first interview by analysing not only the contents but also the relation with the patient in order to select the most effective treatment.

Key Words

Tabagism, psychological assessment interview, therapeutic choice

INTRODUZIONE

La scelta del tipo di intervento più utile e praticabile per la persona fumatrice che si rivolge al

"Centro Clinico per il Tabagismo" della A-USL 8 di Arezzo è un tema centrale dibattuto ultimamente all'interno sia del "Gruppo di Lavoro Aziendale per la definizione di un programma di interventi per il Tabagismo" sia del Centro stesso che gestisce, all'interno del Ser.T. Zona Aretina dell'A-USL 8 di Arezzo, un ambulatorio per la disassuefazione dal fumo.

Il "Centro" è costituito da un medico (responsabile del Centro) e uno psicologo del Ser.T. di Arezzo; nell'ultimo anno, si sono aggiunte altre due figure professionali (ex-lavoratori socialmente utili). La sede del "Centro", costituita da una stanza per i colloqui e una sala riunioni per gli incontri di gruppo, è situata in un edificio distaccato rispetto al Ser.T. e che ospita altre attività territoriali socio-sanitarie.

Fin dall'inizio dell'attività del Centro (settembre 2001), abbiamo proposto per la disassuefazione dal fumo di sigaretta una diversificazione di generi di trattamento (individuale, di gruppo, familiare) che, al loro interno, si differenziano anche per i metodi e gli strumenti utilizzati (farmaco, sostegno psicologico, elettrostimolazione auricolare). Sono, dunque, percorribili "strade" differenti per raggiungere lo stesso obiettivo terapeutico (smettere di fumare). In base all'esperienza di questi due anni di attività e nel tentativo di affinare la nostra capacità predittiva, ci domandiamo allora:

- È possibile prevedere, già dopo il primo colloquio, un incontro positivo tra quel fumatore e uno specifico trattamento?
- Per definire ciò, che parte dovrebbe giocare la richiesta esplicita del fumatore ("Vorrei iscrivermi al corso di gruppo..." piuttosto che "Il gruppo non fa per me... voglio un farmaco che mi faccia passare la voglia di fumare" oppure "Mi hanno detto che c'è un apparecchio che ti dà la scossa all'orecchio e non hai più voglia di fumare") e quanto invece dovrebbe essere necessaria una riformulazione di questa domanda?

In un percorso che non è mai lineare come quello del fumatore che decide di smettere di fumare, sembra diventare fondamentale il primo tratto di questo cammino, quella che potremo chiamare la fase valutativa o l'analisi della domanda, non solo per creare un legame terapeutico e raccogliere informazioni importanti in merito alla dipendenza da nicotina, ma anche per valutare quale può essere l'incontro "fortunato", cioè efficace, tra fumatore, da una parte, e scelta terapeutica, dall'altra.

GENERI, METODI E STRUMENTI

La scelta del tipo di intervento è sempre preceduta da un colloquio di valutazione psicologica che costituisce il primo strumento di lavoro per identificare il contesto di trattamento più utile e, quindi, il genere, il metodo e lo strumento terapeutico più efficaci per quella persona fumatrice affinché possa smettere di fumare.

Il primo colloquio con il paziente fumatore I contenuti del colloquio comprendono, oltre alle notizie anagrafiche, il grado di dipendenza da nicotina (Scala di Fagerstrom), il legame con la sigaretta (quanto fuma, da quanto tempo, i tentativi precedenti per smettere di fumare e i motivi del fallimento), il livello di motivazione, il grado di fiducia a smettere di fumare (scala 1-5), l'invio (chi ha fatto l'invio/come), il "perché proprio ora" al Centro, la presenza di diagnosi psichiatrica e/o di tossicodipendenza.

Nel primo incontro con il fumatore cerchiamo di mettere a disposizione un contesto interpersonale di ascolto in cui il paziente possa cominciare a riflettere sul fumo di sigaretta e sulle motivazioni personali che lo hanno portato a contemplare l'idea di smettere di fumare per arrivare a identificare le possibili strategie da mettere in atto per raggiungere l'obiettivo.

I "generi": l'incontro con il gruppo

I trattamenti di gruppo che offre il Centro sono di due tipi:

a) Il Corso intensivo di gruppo per smettere di fumare

Il Corso intensivo di gruppo per smettere di fumare si basa su un approccio multimodale che utilizza metodi diversi, da quello prescrittivo usato prevalentemente nelle prime due settimane (uso del calendarietto per l'automonitoraggio delle sigarette fumate durante lo scalaggio) a quelli esperienziale, educativo e interpretativo^{iv} usato nella seconda parte del corso, dopo la sospensione delle sigarette. Ogni gruppo ha la sua storia per cui gli interventi e i metodi utilizzati sono sempre calibrati su quel particolare gruppo e sulla relazione che si crea tra terapeuta e gruppo.

Il corso dura 7 settimane per complessivi 12 incontri; si aggiungono poi 4 incontri di verifica di gruppo nel corso di un anno^v. La frequenza degli incontri è bisettimanale e ogni incontro dura un'ora e mezza. La disassuefazione avviene lentamente con data-limite fissata 24 ore prima del 5° incontro. Il gruppo è "chiuso" (inizia e finisce con le persone presenti al primo incontro) e di "piccola" dimensione (max 15-18 persone) ed è possibile partecipare con la famiglia. È coordinato dalla psicologa del Centro. Il medico, presente al 5° incontro, valuta con una visita individuale l'utilità per il fumatore della terapia farmacologica e ne

segue eventualmente il monitoraggio. La tariffa è di 90 euro. Se il fumatore non riesce a smettere di fumare può partecipare ad un altro Corso senza alcun costo aggiuntivo. Ogni anno vengono attivati tre corsi con inizio nei mesi di febbraio, maggio e settembre.

In un'ottica più esperienziale, il gruppo si pone per la persona fumatrice come un contesto di apprendimento a vari livelli: per smettere di fumare; per acquisire nuove modalità per fronteggiare ansie, rabbie, stress, frustrazioni senza l'aiuto della sigaretta; per sperimentare un'immagine di sé di non fumatore e mobilitare altre immagini di sé^{5,6}.

Il contesto di gruppo, soprattutto nella seconda parte degli incontri (VI-XII), ha lo scopo di aiutare ad affrontare le ansie connesse alla separazione dalla sigaretta e alle diverse esperienze di dipendenza/separazione emotivo-affettiva che la separazione dalla sigaretta può richiamare.

b) Il Gruppo di Auto-Aiuto "S.T.O.P. e non solo"^{vi}

Il gruppo di auto-aiuto "Stop e non solo" nasce nel marzo 2003 dalla collaborazione tra gli operatori del Centro Clinico per il Tabagismo e alcuni ex-fumatori che, una volta concluso il corso intensivo, sentono il bisogno di proseguire ad incontrarsi in un contesto di gruppo, questa volta non istituzionale, per proteggersi dalle ricadute.

Il gruppo, costituito inizialmente da circa dieci persone, viene formato al lavoro di gruppo^{vii} dalla psicologa del Centro per due mesi su tematiche quali la dipendenza da tabacco, il gruppo, l'auto-aiuto.

Attualmente il gruppo di auto-aiuto si riunisce tutti i lunedì per un'ora e mezza presso i locali di una Circoscrizione comunale che offre la sede e si fa promotrice in città della pubblicizzazione dell'iniziativa. Il gruppo è aperto tutto l'anno. Non sono presenti al suo interno figure istituzionali se non in alcuni incontri programmati di supervisione o consulenza. Il conduttore del gruppo è a turno uno dei membri del gruppo.

Gli obiettivi del gruppo di a-a sono i seguenti: 1. fornire uno spazio di confronto per mantenersi non fumatori e prevenire le ricadute; 2. offrire un aiuto a chi vuole smettere di fumare. Al gruppo, infatti, possono accedere direttamente dal territorio i fumatori interessati a smettere di fumare. La partecipazione al gruppo è gratuita ed è aperta anche alle famiglie dei fumatori. Il rapporto con il Centro della A-Usl 8 è di collaborazione: il Centro si va a costituire come possibile intervento di 2° livello nelle situazioni in cui il percorso dentro il gruppo di auto-aiuto non si mostra efficace o come inviante nel caso di ex-fumatori che, una volta concluso il corso intensivo, sentono il bisogno di continuare a confrontarsi con altri ex-fumatori o nel caso di fumatori che per una serie di motivi (costi, tempo di attesa per il corso intensivo della A-Usl, ecc.) vogliono sperimentare il contesto di auto-aiuto.

I "generi": l'incontro con l'individuo
I trattamenti individuali prevedono l'utilizzo di strumenti differenti che possono anche essere impiegati in integrazione:

a) Il farmaco

Il trattamento farmacologico della dipendenza da nicotina può essere affrontato con varie strategie, tra le principali la Terapia Sostitutiva Nicotinica e il bupropione.

b) Il sostegno psicologico

Il counselling individuale (con una media di 5 sedute) segue essenzialmente queste linee guida: 1) data-limite in cui si stabilisce la cessazione del fumare; 2) scalaggio nei giorni precedenti con l'aiuto del calendarietto o, in alcuni casi, sospensione immediata della sigaretta; 3) "rottura" degli automatismi e delle associazioni (sigaretta/caffè, sigaretta/pausa TV, ecc.); 4) inviti a trovare alternative più costruttive e altrettanto piacevoli al fumo da sigaretta.

La fase di cessazione della sigaretta può aprire un'altra fase in cui l'assenza del sintomo permette di comprendere meglio gli spazi e i bisogni che la sigaretta andava a saturare. In questi casi, su richiesta del fumatore, il counselling individuale può proseguire con terapie di sostegno su tematiche specifiche. Per lo stesso motivo, talvolta al termine del corso intensivo di gruppo vengono richiesti percorsi psicoterapici individuali o di semplice consulenza psicologica.

c) Il laser di auricolostimolazione

Da pochi mesi il Centro è stato dotato dalla Regione Toscana di apparecchio laserfit che utilizza il metodo dell'elettrostimolazione auricolare.

CARATTERISTICHE DELL'UTENZA E SCELTA DEL TRATTAMENTO

I dati si riferiscono ai 132 pazienti afferenti al nostro Centro da settembre 2001 a settembre 2003 e sono stati rilevati al primo colloquio. Ci limiteremo ad un'analisi descrittiva delle caratteristiche dell'utenza poiché l'elaborazione statistica fa parte di una ricerca in corso da parte del Centro i cui risultati saranno occasione di una prossima pubblicazione sull'efficacia del trattamento.

Di questi 132 fumatori, la distribuzione per sesso è la seguente: 60 Maschi (45,4%) e 72 Femmine (54,6%) con un'età media di 45 anni. Il grado di scolarizzazione si concentra maggiormente intorno alla licenza media superiore (44%) e inferiore (33%) con una quota non esigua di laureati (18%) e un 5% di soggetti con la licenza elementare. La maggioranza dei soggetti sono coniugati (58%); il 22% è celibe/nubile, il 14% è separato/divorziato, il 3% è vedovo.

Il consumo medio di sigarette\die è di 25. Circa un terzo dei soggetti (33%) è al primo tentativo di smettere di fumare; un altro terzo circa (34%) ha già fatto un tentativo di smettere di fumare; il

restante campione ha già effettuato due (18%) o più di due tentativi (15%) di smettere di fumare. La distribuzione per "grado di dipendenza da nicotina" misurata con la Scala di Fagerstrom (scala 0-11) è la seguente: 19% dipendenza lieve (<4); 38% dipendenza media^{5,6}; 43% dipendenza forte^{7,11}. Il 18% ha pochissima fiducia di smettere di fumare (grado 1 nella scala 1-5); il 28% ha una fiducia media^{2,3}, il 51% ha una fiducia alta o altissima di farcela a smettere di fumare^{4,5}.

La scelta dei trattamenti è stata la seguente:

Corso di gruppo: N. 97 soggetti di cui N. 65 hanno completato il trattamento e N. 32 si sono ritirati (partecipazione a meno di 3 incontri)

Trattamenti individuali: N. 17

Invio al Gruppo di Auto-Aiuto: N. 1

Fumatori non presi in carico (consulenze, fumatori che rifiutano trattamento): N.17

Nell'ambito dei corsi di gruppo, significativo è il dato dei soggetti che si ritirano precocemente dal trattamento (presenza a meno di 3 incontri) poiché in questa categoria rientrano in modo significativo, oltre ad alcuni forti fumatori (più di 40 sigarette/die), soggetti con diagnosi psichiatrica, con diagnosi di tossicodipendenza e con gravi patologie organiche.

DISCUSSIONE

Persone e gruppo sono permeabili a certi metodi piuttosto che ad altri e ciò in relazione a bisogni, convinzioni, valori, stili di pensiero¹.

A livello di genere di trattamento, per un fumatore può essere più utile un confronto personale con il medico piuttosto che un'esperienza di gruppo con altri fumatori. A livello di metodo, per un fumatore può essere più efficace una prescrizione farmacologica piuttosto che un'interpretazione; una singola seduta di elettrostimolazione piuttosto che un percorso di un mese e mezzo con sedute di gruppo bisettimanali. Per un altro, lo sperimentare in gruppo il piacere e le difficoltà di separarsi dalla sigaretta può essere più efficace dell'assunzione di gomme e cerotti alla nicotina.

Nel primo colloquio, una volta individuato il contesto terapeutico più praticabile dal fumatore (setting individuale, di gruppo, familiare) si tratta di valutare quali siano il metodo e gli strumenti con maggiori probabilità di "influenzamento"^{viii}.

A questo proposito, nel primo incontro con il fumatore è importante dare spazio, oltre all'anamnesi tossicologica (quanto fuma, da quanto tempo, se ha già provato a smettere e in quale modo, se ci sono familiari fumatori), anche alla valutazione di altri aspetti:

1.domanda di cura esplicita o implicita: parte dei pazienti che hanno abbandonato precocemente il trattamento o non hanno intrapreso alcun percorso terapeutico sono stati "portati" al colloquio dai familiari oppure sono

stati inviati dal medico per patologie gravi (tumore alla gola e al polmone, infarto del miocardio, asma, ecc.). Con questi pazienti dobbiamo chiederci se ci sia in loro lo spazio mentale ed emotivo per trattare ciò che è legato al fumo di sigaretta. Se questo spazio non c'è e non sembra esserci neppure la possibilità di lavorare per sollecitare la motivazione, c'è da valutare se può essere "il tempo" per un trattamento oppure può essere più utile dare delle informazioni sui possibili trattamenti fissando una visita successiva dopo un periodo di riflessione da parte del fumatore;

2. livello di motivazione: nel gruppo c'è il tempo per lavorare sulla motivazione, per cui può aver successo anche chi inizialmente è motivato a smettere di fumare ma può sentirsi ancora incerto e ambivalente; chi si sottopone al laser, per avere successo, in genere deve sentirsi "già pronto" ad affrontare la separazione dalla sigaretta o comunque deve aver già superato un atteggiamento più ambivalente;
3. fiducia nella possibilità di smettere di fumare: è la disponibilità a lasciarsi "influenzare" e ad abbandonare le proprie sicurezze per entrare in una condizione di "possibilità". La fiducia a smettere di fumare sembra uno dei fattori predittivi dell'efficacia del trattamento. Sembra, dunque, che condizione per apprendere a smettere di fumare sia una certa quota di ansia e confusione quali segnali di messa in discussione dello "schema di riferimento"^{1,2} e di costruzione di uno spazio potenziale considerato, anche in letteratura, uno dei fattori trasformativi dell'esperienza terapeutica^{8,9,10,11};
4. abilità relazionali e comunicative (comunicazione diretta ed empatica, assertività, capacità di ascolto): nel gruppo è richiesta una certa capacità empatica e di identificazione con l'altro e, quindi, meccanismi difensivi non rigidi e una certa capacità di regressione¹²;
5. capacità introspettiva: condizione necessaria nei trattamenti psicologici sia individuali che di gruppo;
6. livelli di suggestionabilità: questo tratto è indispensabile per chi si sottopone a trattamenti tipo laser o a quelli farmacologici;
7. livelli di competitività: questo fattore entra in gioco nel contesto di gruppo e costituisce uno stimolo "a fare bene";
8. diagnosi psichiatrica: se, da una parte, il setting di gruppo dà minor spazio ai vissuti di persecutorietà rispetto al setting individuale dove l'investimento affettivo è su una singola persona (il terapeuta)¹³, dall'altra, l'esperienza di gruppo può essere controindicata ad alcuni pazienti con diagnosi psichiatrica di

tipo psicotico in quanto nel gruppo si attiva a livello più o meno consapevole l'angoscia di perdersi nel gruppo e di perdere la propria individualità.

Le informazioni precedenti si ricavano, parte, dai contenuti del primo colloquio e, parte, dalla relazione che si instaura già nel primo contatto con il fumatore e/o la sua famiglia^{2,14,15}.

Una volta analizzata la domanda, colti i bisogni e le risorse di quel fumatore e fatta la proposta terapeutica, se il nostro interlocutore non se la sente di affrontare ciò che a noi sembra più utile per lui, dobbiamo rispettare questa scelta e considerare qualcos'altro di più praticabile^{xl}. In altri termini, crediamo che la scelta del tipo di trattamento debba essere in qualche modo condivisa^{xii} con il fumatore e la sua famiglia.

In conclusione, per prevedere un incontro positivo tra fumatore e tipo di trattamento, non possiamo dimenticare che nel mezzo tra le due variabili, il fumatore con le sue caratteristiche (compresa la sua disponibilità ad essere permeabile a ciò che viene proposto) da una parte, e il tipo di trattamento (comprendendo in questo il genere, il metodo e gli strumenti) dall'altra, ci sta la relazione tra il fumatore e l'operatore^{xiii}. Non possiamo dimenticare, cioè, quanto nell'incontro con il singolo fumatore o con il gruppo noi operatori (psicologi, medici) con i nostri riferimenti teorici e "metodi" preferenziali ma anche con le nostre caratteristiche cognitive, affettive, relazionali non siamo fuori da questa relazione ma ne siamo co-costruttori.

L'invito, dunque, è in ultima analisi a noi operatori a recuperare quel "terzo occhio" che ci permette una posizione auto-riflessiva e osservativa di come stiamo nella relazione con quel fumatore o quel gruppo di fumatori e della nostra disponibilità a condividere la fatica e il piacere di lavorare insieme ad un'esperienza di trasformazione.

Note

¹ Il Gruppo di Lavoro Aziendale, coordinato dal dr. Dimauro, integra e raccorda gli interventi terapeutici e di prevenzione in materia di tabagismo per la A-USL 8 di Arezzo in collaborazione con vari soggetti (U.F. Tossicodipendenze, Ufficio Educazione alla Salute, U.F. Pneumologia, U.F. Cardiologia, Dip.to Prevenzione ecc.).

ⁱⁱ "Il genere è un campo di riferimento entro cui è possibile farsi riconoscere e riconoscersi [...]. Disponiamo di quattro grandi generi terapeutici: l'incontro con la singola persona, l'incontro con il gruppo, l'incontro con la famiglia, che può essere vista anche come un gruppo assai particolare, l'incontro con i fattori ereditari-costituzionali ed il 'difetto biochimico', insito in una persona" (1).

ⁱⁱⁱ All'interno di ciascun genere terapeutico si sono affermati orientamenti diversi in quanto a presupposti che sono anche metodi, "vie privilegiate" tramite le quali provocare i cambiamenti attesi e auspicati. Rifacendosi a Cigoli (1), è possibile individuare quattro metodi differenti: 1) metodo prescrittivo: "Il prescrivere è un dire di fare [...]. Il cambiamento è cercato agendo perché [...] è dal fare e dall'agire che si può modificare ed anche comprendere."; 2) metodo esperienziale che consiste nell'affidarsi al sentire ed al provare. Per il cambiamento saranno allora necessarie esperienze emotive correttive e far tesoro di ciò che sentimenti ed emozioni provocano; 3) metodo educativo che sollecita nuove strategie cognitive rispetto a quelle utilizzate e che si sono rilevate inadatte; 4) metodo interpretativo che ha lo scopo di cercare significati alternativi attraverso il dialogo con l'altro.

^{vi} Le interpretazioni non riguardano mai i singoli membri del gruppo ma, in una concezione del gruppo come unità a sé data da più della somma delle singole parti, esse servono a mettere a fuoco le relazioni tra i membri del gruppo, gli emergenti del gruppo e gli ostacoli e i "blocchi affettivi" che il gruppo sta attraversando in rapporto al processo e all'obiettivo terapeutici (2, 3). Interpretare è un tentativo di avviare il lavoro verso una pensabilità del gruppo (4); consente di restituire al gruppo una sofferenza proiettata su un singolo che si fa portavoce del gruppo rispetto alle ansie.

^v La metodologia di base discende dal modello proposto dal Centro Antifumo di Ferrara anche se da questo si diversifica in alcuni aspetti: gruppo chiuso, integrazione del metodo prescrittivo con metodiche più esperienziali e interpretative, attenzione alle dinamiche gruppali in una concezione operativa di gruppo (2, 3).

^{vi} S.T.O.P. è un acronimo e sta per "Senza Tabacco Ottimi Polmoni".

^{vii} La formazione si è declinata in quattro incontri di due ore ciascuno divisi in mezz'ora di informazione e un'ora e mezza di lavoro di gruppo.

^{viii} Una relazione di aiuto passa attraverso l'"accoppiamento" che si crea tra metodo, quale struttura d'influenzamento dell'operatore, e permeabilità, quale disposizione ad accogliere ed elaborare del cliente (1).

^{ix} La pressione dei conviventi come unica motivazione per smettere di fumare ci dice in anticipo l'alto rischio di esito infausto del trattamento perché il continuare a fumare può diventare in questi casi un messaggio del fumatore per chi lo costringe a smettere, per cui si fuma per ripicca, per farla pagare al coniuge, per trasgredire alle regole, ecc. (7).

^x La ricerca in corso sulla popolazione afferente al Centro in questi due anni di attività sembra confermare una relazione significativa, anche dal punto di vista statistico, tra punteggi alti nella scala "fiducia a smettere di fumare" e l'esito favorevole del trattamento a sei mesi (16).

^{xi} "In certe situazioni, invece di parlare di rigidità o resistenze, è forse necessario che il terapeuta rifletta sulla possibilità di modificare il proprio modello o parte di esso laddove non sia utile o praticabile per il paziente" (15).

^{xii} "Il lavoro dell'équipe consiste anche in questa possibilità di avere fiducia salda sia nel proprio apparato per pensare e nei propri pensieri, sia nella disponibilità ad accogliere quelli di un altro, del paziente, e metterli in contatto e confronto, senza tacitare né gli uni né gli altri" (17).

^{xiii} Nella fase diagnostica, si tratta di valutare la scelta terapeutica che maggiormente permette l'evoluzione della relazione tra il paziente (individuo-famiglia) e il terapeuta.

Bibliografia

¹ Cigoli V. Convergenze e divergenze tra generi terapeutici. Dialogare con una persona e incontrare la famiglia, Psicobiettivo, 1988 vol. 8, 3: 43-57.

² Bleger J. I gruppi operativi nell'insegnamento in Bleger J., Psicigiene e psicologia istituzionale. Il colloquio clinico e contributi per una psicopatologia psicoanalitica, Ed. Lauretana 1989.

³ Pichon-Rivière E. Gruppi operativi e malattia unica in Pichon-Rivière E., Il processo gruppale. Dalla psicoanalisi alla psicologia sociale, 1985, Ed. Lauretana.

⁴ Nicolò A. M. Processo diagnostico con la famiglia in Nicolò A. M. e Zampino A. F., Lavorare con la famiglia. Osservazioni e tecniche di intervento psicoanalitico, 2002, Carocci, Roma.

⁵ Mitchell S. A. et al. Le matrici relazionali del Sé, 1992, Il Pensiero Scientifico, Roma.

⁶ Nicolò A. M. Versioni del sé e interazioni patologiche, Interazioni, 1992, 0.

⁷ Corso di formazione sul tabagismo per medici di medicina generale, 1999, Ed. Regione Toscana, Firenze.

⁸ Lucarelli D. Interpretazione e spazio potenziale, Quaderni di psicoterapia infantile, 1998, 38.

⁹ Spira M. Alle sorgenti dell'interpretazione, 1993, Borla, Roma.

¹⁰ Winnicott D. Gioco e realtà, tr. It. Armando Editore, 1974.

¹¹ Yalom D. J. Teoria e pratica delle psicoterapie di gruppo, 1995, Bollati Boringhieri, Torino.

¹² Eiger A. Un divano per la famiglia. Dal gruppo alla terapia familiare psicoanalitica, 1986, Roma, Borla.

¹³ Corraele A. Relazione presentata al Convegno Nazionale "Dipendenza e autonomia. Il gruppo e la cura delle dipendenze. Metodologie ed esperienze", Firenze 15-17 novembre 2001.

¹⁴ Ferruta A. Protos Monos. Il primo incontro con il paziente in un'istituzione curante, 1999, Psiche, I.

¹⁵ Giacometti K.: La relazione nel processo decisionale del terapeuta familiare in Telfener U. e Malagoli Togliatti M.G. (a cura di), Dall'individuo alla famiglia, 1992, Bollati Boringhieri, Torino.

¹⁶ Cocci V. Pieralli D., Morabito F., Dimauro P. E., "Modello organizzativo del Centro Clinico per il Tabagismo del Ser.T. Zona Aretina Asl 8 di Arezzo" in Comunicazioni del Convegno Regionale "Tabagismo. Strategie integrate d'intervento", Empoli 14 novembre 2003.

¹⁷ Ferruta A. 'L'isola di Prospero.' L'équipe nelle strutture intermedie svolge una funzione genitoriale? , Interazioni, 2, 1998, vol.2: 9-22.

TUTELA DELLA SALUTE DEI NON FUMATORI

Dal gennaio 2005 entra in vigore (sarà vigente) a tutti gli effetti la Legge n° 3 del 16 gennaio 2003 – Art. 51 "Tutela della salute dei non fumatori", relativa al divieto di fumare nei locali chiusi.

Infatti l'emanazione del D.P.C.M. attuativo del 23 dicembre 2003, lasciava ai gestori o titolari di esercizi pubblici o ai datori di lavoro un anno di tempo per adeguare i propri locali ai requisiti tecnici richiesti.

Come recita l'art. 51 della Legge n° 3/2003:

1) E' vietato fumare nei locali chiusi, ad eccezione di:

- a) quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico;
- b) quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati.

2) Gli esercizi e i luoghi di lavoro di cui al comma 1, lettera b), devono essere dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria regolarmente funzionanti. Omissis

Quindi non si potrà più fumare nei bar, ristoranti, pizzerie, discoteche, pub, né in ogni altro tipo di locale aperto al pubblico.

Qualora i titolari lo desiderino e le dimensioni e la tipologia delle superfici lo permettano, potranno essere create delle sale per fumatori, con adeguato impianto di ventilazione e ricambio d'aria.

I locali molto piccoli e quelli in cui non si possono creare due sale separate, saranno soggetti al divieto totale: non è possibile che un esercizio sia destinato "completamente ai fumatori".

In base all'art. 52 comma 20 della Legge Finanziaria 2002 le sanzioni per i trasgressori vanno da 25 a 250 euro.

Per i soggetti, come i titolari o gestori di esercizi pubblici o datori di lavoro, tenuti a far sì che il divieto sia fatto rispettare, le sanzioni vanno da 200 a 2000 euro. Le sanzioni sono raddoppiate qualora la violazione sia commessa in presenza di donne in evidente stato di gravidanza o di bambini fino a 12 anni.

L'entrata in vigore di queste norme rappresenta una conquista sanitaria particolarmente significativa per la tutela della salute di tutti.

E' un traguardo di civiltà, che poi dovrà essere concretamente raggiunto con una concreta attuazione. Voluto dalla maggioranza della popolazione (> 85%). Nel dicembre 2005 l'Unione Europea vieterà tutte le pubblicità del tabacco, comprese quelle del Gran Premio di Motociclismo e della Formula Uno.

Dr. Carlo Francalanci

Presidente Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Sezione di Arezzo

PRESCRIZIONE DELLA VENTILAZIONE MECCANICA DOMICILIARE NELLA PROVINCIA DI AREZZO

Raffaele Scala

Unità Operativa di Pneumologia, USL8
Ospedale S. Donato · Via Nenni, 20, 52100 Arezzo

Per la corrispondenza:

Dr. Raffaele Scala

Via Caduti sul lavoro, 8 · 52100 Arezzo

Tel. 3482605980 · Fax 0575-254545

e-mail: raffaele_scala@hotmail.com

Tale lavoro è stato presentato nell'ambito del Corso Aziendale per Medici prescrittori di protesi e ausili e per operatori del settore in ambito di assistenza protesica, tenutosi ad Arezzo il 20 Dicembre 2003.

Riassunto

La ventilazione meccanica domiciliare rappresenta un presidio terapeutico cardine sempre più diffuso nella moderna gestione pneumologica domiciliare delle malattie respiratorie croniche associate a severo handicap funzionale. La prescrizione di tale ausilio respiratorio da parte dello pneumologo richiede la conoscenza approfondita dei criteri di selezione del paziente e delle specifiche normative regolamentari che spesso risentono della gestione amministrativa locale sanitaria.

Nel presente lavoro l'Autore descrive le caratteristiche tecniche degli ausili per la ventilazione meccanica domiciliare, le indicazioni cliniche, la modalità di trattamento e il percorso aziendale seguito ad Arezzo per la relativa erogazione.

Parole chiave

Insufficienza respiratoria cronica, Ossigenoterapia domiciliare a lungo termine, Ventilazione meccanica domiciliare, Respirazione a pressione positiva continua nelle vie aeree, Assistenza domiciliare, Ausili respiratori

INTRODUZIONE

Gli ausili per la Terapia Respiratoria fanno parte dell'elenco n. 3 del Nomenclatore Tariffario delle protesi erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale. Tale elenco contiene gli apparecchi acquistati direttamente dalle Aziende Unità Sanitarie Locali (AUSL) (articolo 1, comma 4 del DM n. 332 del 27/8/1999) e assegnati secondo procedure specificate nel regolamento sulle norme di erogazione delle protesi (articolo 4 del DM n. 332 del 27/8/1999)¹. Gli ausili per la Terapia Respiratoria includono i presidi della famiglia 601 secondo il Nomenclatore Tariffario ex D.M. 28/12/92, che corrispondono ai presidi della classe 03.03 secondo la più recente classificazione ISO 9999 (1998, approvata come norma europea EN ISO 9999) (Tab. 1).

Nel presente lavoro vengono prese in considerazione le caratteristiche degli ausili per la ventilazione meccanica domiciliare (VMD), le indicazioni cliniche alla loro prescrizione e il percorso azien-

dale seguito ad Arezzo per la relativa erogazione.

GLI AUSILI PER VENTILAZIONE MECCANICA DOMICILIARE

Quali sono e a cosa servono?

La definizione di ventilatore polmonare data dal Nomenclatore Tariffario appare poco aderente alle moderne conoscenze scientifiche di fisiopatologia respiratoria e può risultare poco chiara e fonte di ambiguità interpretativa. Intende includere tutte le protesi per VMD sia di tipo non invasivo (a pressione positiva e a pressione negativa) che invasivo (per via tracheostomica)¹. Per omogeneità funzionale^{1,2} possono essere considerati ventilatori anche gli apparecchi per respirazione a pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP) per il trattamento dei disordini respiratori sonno-correlati (es. OSAS), nonostante la CPAP non sia da considerare "in senso stretto" un supporto della funzione ventilatoria.

La VMD occupa un posto di rilievo nella terapia dell'insufficienza respiratoria cronica (IRC) laddove il meccanismo fisiopatologico principale è l'ipoventilazione alveolare, dovuto a patologie che causano uno squilibrio tra capacità di generare pressione da parte della pompa muscolare ventilatoria e il carico di lavoro in termini di componenti elastica, resistiva e carico soglia (o PEEP intrinseca). In queste condizioni, la sola Ossigeno-terapia a lungo termine (OTLT) può non controllare la ritenzione notturna di CO₂, con insorgenza o accentuazione della ipercapnia diurna, per l'effetto rebound che la correzione della ipossiemia induce sui chemorecettori centrali³⁻⁶. Gli obiettivi fisiologici della VMD sono: miglioramento degli scambi gassosi (da sola o con la OTLT), aumento della ventilazione alveolare e riduzione del lavoro dei muscoli respiratori. La VMD, specie quella non invasiva, viene applicata prevalentemente durante la notte, poiché la correzione delle turbe degli scambi gassosi durante il sonno ha di solito positive ripercussioni durante la veglia con miglioramento di PaO₂ e PaCO₂, verosimilmente mediante un incremento della chemiosensibilità centrale^{3,4,6}. Gli obiettivi clinici della VMD sono: miglioramento della qualità della vita, aumento della sopravvivenza, dimissione di pazienti ricoverati in strutture al alto costo di gestione (Terapia intensiva generale o Respiratoria), riduzione della durata di degenza e riduzione delle ospedalizzazioni dopo la dimissione. L'applicazione della VMD è classificabile in: mandataria (life-support), in cui il supporto ventilatorio si rende indispensabile "quoad vitam" per la maggior parte delle ore al giorno ed è erogato in

DESCRIZIONE	Famiglia 601 NTP CODICE EX D.M. 28/12/92	Classi 03.03 CODICE CLASSIFICA- ZIONE ISO
Respiratore del tipo per uso domiciliare per la erogazione di ossigeno prelevato da bombole mediante sistema totalmente automatizzato e predeterminato; con dispositivo di collegamento alla bombola, con sistema di allarme e sicurezza	601.01.01	03.03.12
Concentratore di ossigeno, dotato di idoneo sistema di filtraggio dell'aria, di dispositivo di allarme e di sicurezza, con capacità di concentrazione regolabile da 0 a 5 l/m	601.01.05	03.03.18
Ventilatore polmonare a pressione positiva o negativa intermittente (IPPB) la cui fase inspiratoria viene attivata con l'intervento di un apparecchio esterno che insuffla aria nei polmoni realizzando una pressione positiva, con regolatore della pressione/minuto dell'aria insufflata, con possibilità di regolazione della frequenza respiratoria garantendo la possibilità di ventilazione controllata mediante via tracheostomica o con ventilazione nasale, dotato di umidificatore, predisposto per il trasporto per aerosol di farmaci nel polmoni, munito di dispositivo per il collegamento alla bombola di ossigeno.	601.11.01	03.03.15
Nebulizzatore ad ultrasuoni con allarme e filtro antibatterico, munito di regolatore della temperatura del nebulizzato	601.21.01	03.03.09
Apparecchio aspiratore per laringectomizzati	601.31.01	03.03.21

Tab. 1 · Ausili per la Terapia Respiratoria secondo il Nomenclatore Tariffario

modo invasivo per via tracheostomica; elettiva (life-sustaining), in cui il supporto ventilatorio è utile ma una sua eventuale interruzione non comporta un immediato rischio di vita per il paziente⁴. L'efficacia della VMD varia a seconda della condizione morbosa che è alla base dell'IRC^{3,6}. Nelle patologie respiratorie restrittive esiste una forte evidenza scientifica sia pure alla luce di studi non controllati sull'efficacia della VMD tale da considerare addirittura non etico eseguire un trial controllato e randomizzato. Nella BPCO gli studi controllati non hanno dimostrato fino ad ora un beneficio come sopravvivenza con la VMD versus la sola OTLT, nonostante la riduzione del carico dei muscoli respiratori, il controllo di episodi di apnea ostruttiva associati, il ridotto numero di ricoveri^{3,6,7}. La CPAP è la terapia di scelta dell'OSAS sintomatica in quanto previene gli episodi di collasso totale (apnea) o parziale (ipopnea) delle vie aeree superiori, migliorando la qualità della vita del paziente per la rapida correzione dei sintomi neuro-psichici (cefalea, ipersonnia diurna, calo dell'attenzione)⁸.

In quali pazienti deve essere prescritta la VMD?

Considerato il rilevante impegno di risorse sanitarie, è fondamentale effettuare una adeguata selezione dei pazienti da avviare alla VMD. Requisiti comuni indispensabili per la prescrizione della VMD sono: stabilità clinico-funzionale; adeguata motivazione e addestramento di paziente e caregiver; esistenza di un piano di dimissione, follow-up e emergenza; coinvolgimento del medico di medicina generale; attivazione dell'Assistenza domiciliare integrata respiratoria; collegamento con il medico del Distretto e con i medici dell'Emergenza Territoriale^{4,5}.

Vengono riportati di seguito i criteri di selezione per le varie condizioni morbose in accordo con le più recenti raccomandazioni della letteratura nazionale e internazionale³⁻⁷.

a-Ipoventilazione centrale da: inadeguato stimolo respiratorio primitivo (malattie cerebrali, sindrome obesità-ipoventilazione, lesioni midollari cervicali alte), in pazienti per lo più ventilatori-dipendenti, in cui è indicata la VMD invasiva; solo una quota di tali pazienti, affetti obesità-ipoventilazione, pos-

sono giovare in una fase precoce della VMD non invasiva.

b-Postumi di insufficienza respiratoria acuta in pazienti con un gruppo eterogeneo di patologie (primitivamente respiratorie o non) non svezzati dalla ventilazione meccanica per via endotracheale e tracheostomizzati per weaning prolungato e difficoltoso. Pur potendo talvolta respirare autonomamente per molte ore, tali pazienti sono per lo più ventilatore-dipendenti e necessitano della VMD trachestomica.

c-Patologie restrittive della gabbia toracica (cifoscoliosi congenite o sindromi post-polio; fibrotorace o gravi esiti pleuro-parenchimali di tb e/o di toracoplastica) o malattie neuromuscolari in presenza di uno o più dei seguenti criteri: 1) PaCO₂ diurna in fase di stabilità >45 mmHg con o senza segni di ipoventilazione cronica (cefalea mattutina, ipersonnia diurna, alterato ritmo sonno-veglia, astenia); 2) PaO₂ in stato di veglia e in fase di stabilità <60 mmHg; 3) Capacità vitale (CV)<20-30% del predetto ovvero < 1L. Altri criteri minori addizionali sono: massima pressione inspiratoria alla bocca<30 cmH₂O; differenza di CV dalla posizione eretta alla supina>25%; frequenza respiratoria>27/min; SaO₂ notturna<88% per 5 minuti consecutivi. Molti pazienti con patologia restrittiva possono giovare inizialmente della VMD non invasiva per poi passare alla invasiva quando la dipendenza dal ventilatore aumenta o, nelle neuro-miopatie, la disfunzione bulbare peggiora e la tosse diventa inefficiente.

d-Patologie ostruttive; l'indicazione alla VMD non invasiva in aggiunta alla OTLT si pone in casi selezionati di BPCO in presenza di: ipoventilazione notturna corretta dalla protesi meccanica (dimostrato dal monitoraggio notturno transcutaneo di PaCO₂ e SaO₂); OSAS associata ("overlap syndrome"); frequenti ricoveri per insufficienza respiratoria acuta specie se richiedenti ventilazione meccanica. Altrettanto selezionata deve essere la prescrizione della VMD nelle bronchiectasie e nella fibrosi cistica; in quest'ultima la VMD è stata impiegata come bridge in attesa di trapianto polmonare.

Che tipo di VMD deve essere erogata: invasiva o non invasiva, pressometrica o volumetrica? Quali accessori e materiali di consumo?

I fattori clinico-funzionali che orientano per la scelta della VMD non-invasiva, che comunque è da preferire quando possibile⁴, sono: <12 ore giornaliere necessarie di VMD; capacità di protezione delle vie aeree; efficienza della tosse; buon grado di vigilanza e di collaborazione; deglutizione conservata; adeguata aderenza dell'interfaccia al paziente. In tutti gli altri casi va considerata la VMD invasiva.

Se si prescrive una VMD invasiva per via tracheo-

stomica è raccomandabile^{4,9}:

- ☞ Scegliere un ventilatore volumetrico che garantisce un volume corrente prefissato, poiché il paziente ha una limitata autonomia ventilatoria. Con il ventilatore volumetrico variazioni della impedenza respiratoria (ipersecrezione, broncospasmo o ridotta compliance toraco-polmonare), provocano un aumento della pressione delle vie aeree, ma non riducono la ventilazione alveolare. In corso di ventilazione pressometrica, la variabile indipendente è la pressione impostata, mentre il volume varia in funzione dell'impedenza. L'utilizzo di algoritmi che garantiscono un volume minimo in ventilazione pressometrica hanno smussato i contorni di questa dicotomia.
- ☞ Scegliere un ventilatore con circuito bi-tubo, in cui esiste una separazione tra linea inspiratoria e espiratoria (per evitare rebreathing dell'aria espirata ricca di CO₂ e avere un monitoraggio dei volumi espirati), dotati di trappole raccogli-condensa.
- ☞ Scegliere un ventilatore con batteria interna di autonomia di almeno 4-6 ore.
- ☞ Utilizzare una cannula tracheale con cuffia e un set di almeno due controcannule.
- ☞ Impostare correttamente gli allarmi di pressione, di volume e di deconnessione.
- ☞ Prescrivere un umidificatore riscaldato e un filtro antibatterico.
- ☞ Prescrivere un aspiratore delle secrezioni tracheo-bronchiali con sondini mono-uso.
- ☞ Fornire un raccordo di connessione dell'ossigeno al ventilatore.
- ☞ Programmare la sostituzione periodica della cannula tracheale (ogni 40-60 giorni almeno).
- ☞ Fornire le istruzioni per la pulizia giornaliera della controcannula e della tracheotomia.
- ☞ Prescrivere il materiale di consumo: circuito, filtro anti-batterico, campana dell'umidificatore, set per aspirazione (ogni 48-72 ore); numero adeguato giornaliero di sondini per aspirazione.
- ☞ Prescrivere un pallone auto-gonfiabile Ambu per le emergenze e un ventilatore di riserva.

Quando si prescrive la VMD non-invasiva a pressione positiva bisogna^{3-7,9}:

- ☞ Scegliere il tipo di interfaccia con relativo sistema di fissaggio: boccaglio (limitato uso in pazienti neuromuscolari), maschera nasale (meglio tollerata ma poco efficace in caso eccessive perdite orali, edentulismo o stenosi nasale), maschera facciale (se non è possibile applicare la nasale), cuscinetti endo-nasali (in caso di lesioni da decubito, alternati alla maschera nasale).

- ☞ Scegliere la taglia dell'interfaccia in modo da avere massima tenuta e comfort.
- ☞ Se si utilizza una maschera nasale, valutare l'opportunità di prescrivere un reggimento per contenere le perdite aeree dalla bocca, specie durante il sonno.
- ☞ I ventilatori pressometrici sono in genere preferiti ai volumetrici (migliore tolleranza, maggiore risposta a variazioni della richiesta ventilatoria, adeguata compensazione delle perdite aeree).
- ☞ Se si sceglie un ventilatore con circuito mono-tubo, senza separazione tra linea inspiratoria e espiratoria, assicurarsi della presenza di una valvola espiratoria (a fungo) o di un sistema di dispersione dell'aria espirata (whisper, plateau valve, fori sulla maschera o sul raccordo connesso alla maschera), per prevenire il rebreathing. Evitare di usare più di un sistema di dispersione dell'aria che potrebbero interferire negativamente sul funzionamento del ventilatore. Se si sceglie un ventilatore con circuito bi-tubo, non usare valvole o sistemi di dispersione dell'aria.
- ☞ Prescrivere sempre un filtro antibatterico.
- ☞ L'uso di allarmi in corso di VMD non invasiva life-sustaining è ritenuto più negativo che utile, in quanto la loro attivazione può condizionare la tolleranza del paziente e la qualità del sonno.
- ☞ Valutare la prescrizione di un sistema di umidificazione (secchezza naso-faringea e tenacia delle secrezioni fino al 40% dei casi; aumento delle resistenze nasali in caso di perdite orali). Rispetto agli umidificatori passivi, quelli riscaldati attivi sono più efficaci e hanno il vantaggio di non interferire negativamente sul funzionamento del ventilatore e non aumentare lo spazio morto. Di contro richiedono un adeguato addestramento per il montaggio.
- ☞ Prescrivere la fornitura del materiale di consumo: circuito, maschera, sistema di fissaggio (almeno ogni 4-6 mesi), filtri antibatterici (almeno 10/mese).
- ☞ Fornire le istruzioni per la pulizia giornaliera e settimanale degli accessori.

Dove e da chi e come deve essere prescritta la VMD?

In molti casi, l'avvio alla VMD avviene dopo il superamento di un evento acuto che ha spesso richiesto l'impiego della protesi ventilatoria. Quando l'indicazione si pone in fase di stabilità clinica, l'adattamento successivo alla VMD è migliore se il programma viene avviato in regime di ricovero^{3,6}. I medici pneumologi di Arezzo sono i prescrittori principali di VMD dopo aver eseguito le indagini raccomandate (emogasanalisi, spirome-

tria, forza dei muscoli respiratori, pattern respiratorio, monitoraggio notturno transcutaneo di SaO₂ e PaCO₂)^{4,5}. Quando avviene la prescrizione di un ausilio per VMD¹, il medico prescrittore deve elaborare un piano di dimissione, personalizzandolo in base al tipo di patologia, al tipo di VMD (invasiva o non), al settaggio del ventilatore, all'ambiente socio-familiare. In ogni caso è raccomandato all'atto della dimissione il contatto con il medico di medicina generale, che rappresenta il responsabile della gestione domiciliare del paziente. La corretta informazione del paziente e dei familiari sulla VMD (potenziali benefici e effetti collaterali) va formalizzata mediante il consenso informato. Un punto da sottolineare è la scelta del tipo di ventilatore. Pur assicurando performance simili, i ventilatori sono diversi in termini di tecnologia e ciò si può riflettere sulla capacità di adattamento del paziente. Quindi, la compliance dello stesso paziente può essere diversa a ventilatori simili su cui è stato impostato lo stesso settaggio⁹. Inoltre, dato che la fornitura del ventilatore da parte della ditta aggiudicataria non avviene in tempi brevissimi (mai inferiori al mese nella nostra esperienza), è raccomandabile dimettere il paziente con la protesi ventilatoria. Ciò è indispensabile per i pazienti ventilatore-dipendenti che necessitano di VMD tracheostomica, ma è fortemente indicato anche nei casi di VMD non invasiva, che se sospesa per una settimana può far deteriorare i parametri funzionali respiratori¹⁰. Pertanto, previo accordi con la ditta fornitrice del ventilatore a cui il paziente si è adattato, è possibile dimettere il paziente in attesa che la AUSL autorizzi la fornitura dell'ausilio.

Chi deve erogare la VMD?

Nella nostra esperienza si possono verificare tre diverse evenienze:

1. Il ventilatore viene erogato dalla stessa ditta che ha fornito il ventilatore a cui il paziente si è adattato e che è stato raccomandato sotto propria responsabilità dal medico prescrittore, previa autorizzazione della AUSL, acquisto e regolare collaudo.
2. Se il medico prescrittore è fortemente convinto che il paziente può adattarsi a ventilatori simili a quello inizialmente valutato, la ditta erogatrice verrà identificata con gara di appalto dopo autorizzazione della AUSL, acquisto e regolare collaudo.
3. Il paziente può essere avviato alla VMD con un ventilatore disponibile già acquistato dalla AUSL; in tal caso la stessa ditta fornitrice curerà tempestivamente di valutare l'efficienza dell'apparecchio mediante rilascio di regolare certificazione.

In tutti e tre i casi è necessario che venga stipulato regolare contratto di manutenzione tra l'Ufficio

- a) Valutazione del caso con accertamento sia dell'*indicazione clinica* alla VMD (invasiva o non invasiva) o alla CPAP che *del diritto alla prescrizione* in un paziente residente nel territorio di gestione dell'AUSL
- b) Invio di *prescrizione dell'ausilio all'Ufficio Protesi della Farmaceutica Territoriale dell'AUSL* con accurata descrizione della diagnosi, del tipo di ausilio per VMD o CPAP, della frequenza consigliata di sostituzione del materiale di consumo, del piano di dimissione e del programma terapeutico e di follow-up.
- c) *Autorizzazione* alla fornitura dell'apparecchio per VMD o CPAP da parte dell'Ufficio Protesi dell'AUSL previa verifica dello stato di avente diritto del paziente e della corrispondenza tra la prescrizione del medico e il codice della classe del nomenclatore entro 20 giorni dalla richiesta; l'autorizzazione include anche la stipulazione di un contratto di manutenzione con la ditta fornitrice e il rifornimento del materiale da consumo.
- d) *Fornitura* del dispositivo prescritto da parte della: ditta erogatrice del ventilatore indicato dal medico prescrittore; ditta aggiudicataria della gara per acquisto di un ventilatore rispondente ai requisiti indicati dal medico prescrittore; ditta erogatrice di un ventilatore già in possesso dell'AUSL.
- e) *Collaudo* di accertamento della congruenza clinica e della rispondenza del dispositivo da parte dello specialista prescrittore entro 20 giorni dalla consegna; effettuato il collaudo, la ditta comunica all'AUSL entro 3 giorni lavorativi l'avvenuto rilascio dell'ausilio e la data di consegna dello stesso.

Tab. 2 · Percorso di prescrizione degli ausili della classe 03.03.15 per Ventilazione meccanica domiciliare (VMD) e Respirazione a pressione positiva continua (CPAP) ad Arezzo.

Protesi dell'AUSL di Arezzo e la ditta fornitrice del ventilatore; la stessa azienda provvederà al continuo rifornimento del materiale di consumo secondo la frequenza indicata dal medico prescrittore (Tab. 2).

Bibliografia

¹ Ministero della Sanità: DM n. 332 del 27 Agosto 1999. Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 27 settembre 1999

² Giunta Regionale. Regione Toscana. Dssa MG Cabras, 105/14022/0704/ del 7/5 2002. Erogazione apparecchi per la funzione respiratoria secondo il D.M. 332/99

³ Turkington PM, Elliott MW. Rationale for the use of non-invasive ventilation in chronic ventilatory failure. *Thorax* 2000; 55:417-23.

⁴ Clini E., Gigliotti F., Lanini B., Vianello A., Ambrosino N. Raccomandazioni per la ventilazione meccanica domiciliare. Aggiornamento anno 2003. Parte 1 *Rass Patol App Respiz* 2003; 18:368-75.

⁵ Clini E., Gigliotti F., Lanini B., Vianello A., Ambrosino N. Raccomandazioni per la ventilazione meccanica domiciliare. Aggiornamento anno 2003. Parte 2. *Rass Patol App Respiz* 2003; 18:461-70

⁶ Clinical indication for non-invasive positive pressure ventilation in chronic respiratory failure due to restrictive lung diseases, COPD, nocturnal hypoventilation: a Consensus Conference Report. *Chest* 1999; 166:521-34.

⁷ Scala R. la ventilazione meccanica noninvasiva nel trattamento domiciliare della broncopneumopatia cronica ostruttiva. *Recenti Progr. Med* 2004; 95:40-46

⁸ Robert D, Petitjean T, Langevin B, Mejero M.G., Rguibi M, Philit F. Noninvasive ventilation in sleep apnea. *Eur Respir Mon* 2001; 16:227-37.

⁹ Kacmarek RM, Hill NS. Ventilators for noninvasive positive pressure ventilation: technical aspects. *Eur Respir Mon* 2001; 16:76-105.

¹⁰ Nava S, Fanfulla F, Frigerio P, Navalesi P. Physiologic evaluation of 4 weeks of nocturnal nasal positive pressure ventilation in stable hypercapnic patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration* 2001; 68:573-83

LA CONSIDERAZIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBI TEMPORO- MANDIBOLARI

Deodato F., Trusendi R., Cristiano S.
Bartolini E., Giorgetti R.

Centro ATM e Postura, Università degli Studi di Siena

La multifattorialità della patologia ATM e le possibili correlazioni tra problematiche occluso- articolari e disfunzioni di distretti più lontani rendono la gnatologica una disciplina complessa.

Generalmente il motivo di un consulto gnatologia è la richiesta della risoluzione di limitazioni funzionali o di algie loco-regionali e sempre più frequentemente è il paziente stesso a chiedere circa la possibilità di correlazioni tra queste e algie o disfunzioni in altri distretti (lombalgia, brachialgia, cervicalgia,...) o più in generale tra questi ultimi e l'occlusione.

Ancora oggi molti operatori tendono a considerare l'individuo in modo settoriale, esaminando unicamente i singoli distretti di propria competenza e cercando poi, ad ogni costo, di ricollegare ad essi la sintomatologia in atto. Considerato che spesso la richiesta terapeutica non riguarda unicamente la risoluzione di problematiche o patologie di singoli distretti corporei, ma il miglioramento delle condizioni generali di salute del soggetto (algie diffuse, alterazioni funzionali posturali, ecc.) appare evidente l'importanza di considerare il paziente nella sua globalità.

Nel corso degli anni si è sempre più affermata l'ipotesi che le problematiche dell'ATM costituiscano un gruppo di patologie ad etiologia multifattoriale e vengono riconosciuti nella genesi di tali problematiche fattori predisponenti individuali (parafunzioni, lassità ligamentosa, malocclusione, morfopsicobiotipologia) che possono essere aggravati da particolari condizioni scatenanti. E' importante introdurre in questo ambito il concetto di costituzionalità: la possibilità di ciascun individuo di sviluppare "proprie" patologie o disarmonie, nonché la capacità di adattamento e di reattività del "proprio" sistema. In questo senso la patologia ATM si lega profondamente all'equilibrio tra stimolo perturbante e soglia di adattabilità.

Escludendo i casi traumatici o di danno iatrogeno, le patologie funzionali (meglio definite DTM) delle ATM sono sempre concomitanti ad altri disequilibri quali patologie del digerente, disturbi respiratori, dell'equilibrio, dell'alvo, del sonno, dell'umore, problematiche genito-urinarie, circolatorie, alterazioni del ciclo mestruale: un operatore esperto deve saper investigare su questi.

In ambito funzionale (non organico) pertanto, la difficoltà maggiore per l'operatore è, in quadri sindromici complessi, capire in ogni soggetto quanta

rilevanza abbia un particolare sintomo rispetto agli altri in relazione alla richiesta terapeutica, in modo da poter privilegiare un approccio rispetto ad un altro. L'operatore deve essere in grado di capire quale tra tutte le situazioni di disequilibrio riferite o rilevate, merita di essere considerata per prima per risolvere il motivo principale della consultazione. Emerge quindi l'importanza di una corretta anamnesi, che non deve essere la semplice elencazione delle patologie pregresse e dei sintomi eventualmente presenti, ma deve fornire informazioni sulla condizione generale del soggetto e quindi sul terreno biotipologico- costituzionale su cui una noxa patogena agisce.

In ambito diagnostico dei D.C.C.M. (Disordini Cranio Cervico Mandibolari) assumono per questo importanza fondamentale:

- L'osservazione del soggetto (in statica e in dinamica) indirizzata a cogliere segni caratteristici di patologia (asimmetrie e ipertoni muscolari, ipermobilità articolare, laterodeviazione o laterodeflessioni mandibolari durante la fonazione) ed a permettere una prima classificazione del soggetto.
- Un'anamnesi approfondita e particolareggiata, che consenta in una prima fase (dialogo specifico) l'inquadramento del soggetto: il paziente racconta le sue problematiche, l'operatore può cogliere le caratteristiche personali del paziente (emotività, frustrazioni, sofferenze, tendenze emozionali, capacità di collaborazione) e in un secondo momento (interrogatorio mirato) l'acquisizione di dati specifici, che aiutino l'operatore ad inquadrare la patologia.
- L'esame obiettivo, comprendente esame occlusale, palpazione muscolare, palpazione e auscultazione articolare, test di lassità ligamentosa, tests funzionali.

In tal modo si attuerà un miglior inquadramento generale del paziente e sarà possibile formulare una ipotesi diagnostica che consentirà una scelta consapevole degli esami strumentali più appropriati per una migliore definizione del quadro. Bisogna sottolineare che in questo ambito gli esami strumentali (RMN, TAC, Stratigrafia, OPT, EGMG) devono svolgere il ruolo di sostenere e non di sostituire la diagnosi clinica: lo strumento non fa diagnosi ma fornisce indicazioni che permettono all'operatore di fare diagnosi.

L'integrazione e l'interpretazione dei dati rilevati consentirà la formulazione di un iter terapeutico individualizzato, senza dimenticare che:

- in base alle problematiche riferite o riscontrate, si potranno formulare differenti quadri diagnostici e terapeutici pur in situazioni cliniche apparentemente analoghe
- in situazioni anatomicamente irreversibili l'operatore deve mirare in primis non ad una improbabile restitutio ad integrum ma alla remissione della sintomatologia algica ed al ripristino funzionale, evitando accanimenti terapeutici che potrebbero sviluppare diffidenza nei confronti dell'operatore e della disciplina, spesso facendo aggravare e cronicizzare patologie mal diagnosticate.
- non si può parlare di successo terapeutico se non si risolve il motivo della consultazione

Ogni caso merita considerazione a sé e non può prescindere da un'attenta e globale valutazione del soggetto e dei sintomi riferiti considerati nell'ambito della sua costituzionalità, della sua reattività, patergia e delle sue esplicite richieste.

Bibliografia

¹ Nannelli P., Trusendi R., Deodato F., et al. Approccio Multidisciplinare nell'esame dei rapporti tra disfunzioni delle artico-

lazioni temporomandibolari e problematiche posturali. *Ortognatodonzia Italiana* vol. 8, 4 / 1999 ; 511-517

² Deodato F., Cattaneo C., Cattaneo M., Girgetti R., Malpassi C. Proposta di cartella clinica per l'analisi posturale nel paziente ortodontico. Un caso clinico. *Ortognatodonzia Italiana* 10, 2- 2001; 207-215

³ Deodato F., Malpassi C., Trusendi R., Marino A., Giorgetti R. Caso clinico di correlazione tra deglutizione atipica e convergenza oculare: approccio diagnostico e terapeutico. *Ortognatodonzia Italiana* 10, 3-2001; 295-300

⁴ Deodato F., Trusendi R., Nannelli P. et al. Confronto diagnostico tra palpazione secondo la mappa del dolore di Rocabado, RMN ed EMG nei pazienti con incoordinazione condilo-discale con riduzione. *Ortognatodonzia Italiana* 10, 4-2001; 445- 452

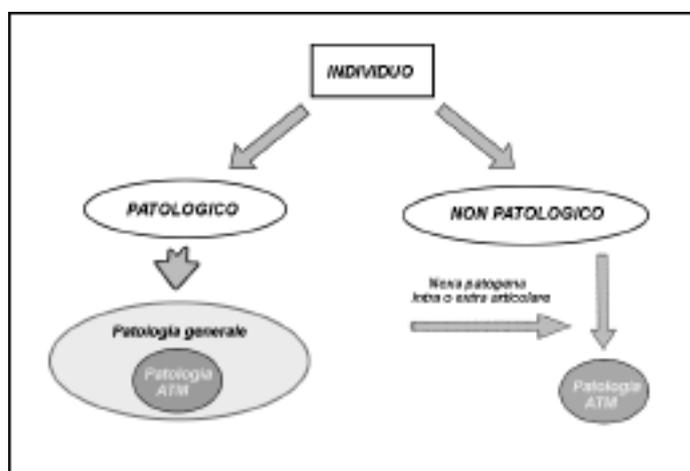
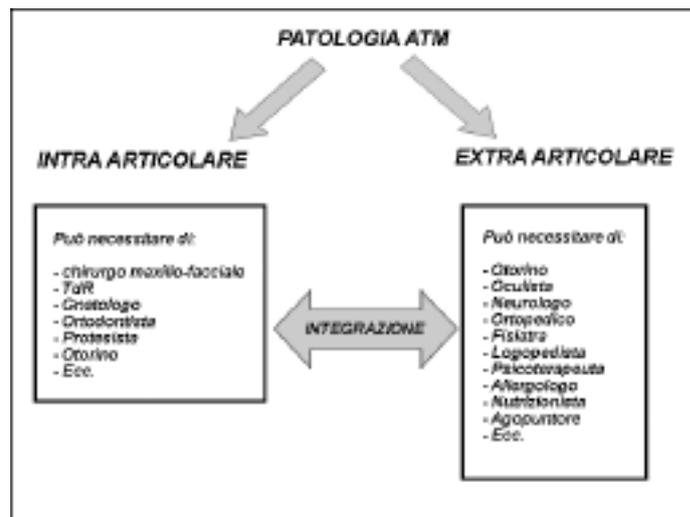
⁵ Deodato F., Cristiano S., Trusendi R. AND GIORGETTI R. A functional approach to the TMJ disorders" *Progress In Orthodontics* - 2003 4/II: 20- 37

⁶ Carter C., Wilkinson J. Persistent joint laxity and congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg.* 1984 ; 46B: 40-5.

⁷ Beighton Ph., Solomon L., Soskolne C. Articular mobility in an African population. *Ann Rheum Dis* 1973; 32: 413-418

⁸ Deodato F., Di Stanislao C., Giorgetti R. L'ATM a 360°. I disturbi temporomandibolari secondo valutazione tradizionale ed integrata con medicine non convenzionali. CEA, Milano 2005. In Press

⁹ Deodato F., Giorgetti R., Di Stanislao C. Il paziente con DTM. *Dental Cadmos* 5/ 2004; 63-76 anno 72



LA SINOVIA E L'ALLARME ARTICOLARE

Deodato F., Trusendi R., Cristiano S.,
Bartolini E. e Giorgetti R.

Centro ATM e Postura, Università degli Studi di Siena

In ambito gnatologico e più in generale in ambito odontoiatrico non si può prescindere dalla considerazione che l'ATM è un'articolazione sinoviale. La conoscenza delle caratteristiche anatomico-fisiologiche del tessuto sinoviale e la sua attenta valutazione possono fornire molte informazioni circa la presenza di sovraccarichi articolari o parafunzioni, alterazione della posizione condilare (per es. posteriorizzazione), stress occlusali, infiammazione, presenza di patologie a carattere degenerativo-infiammatorio.

La membrana sinoviale è uno strato di tessuto connettivo specializzato che riveste internamente la capsula articolare e le sue caratteristiche principali sono la deformabilità e la propriocettività.

La prima rende possibili i cambiamenti di posizione al complesso condilo-disco e di PIA (Pressione Intra Articolare) all'interno degli spazi articolari; la propriocettività è dovuta alla presenza di vasi sanguigni e fibre nervose amieliniche che rendono la membrana sinoviale un vero e proprio sensore meccanico e nocicettivo. Le sue funzioni sono di garantire un adeguato trofismo alle strutture avascolari ed una fisiologica lubrificazione articolare grazie alla produzione del fluido sinoviale.

Sovraccarichi meccanici ripetuti (parafunzioni), traumi articolari diretti o indiretti (per esempio colpi di frusta), incoordinazioni condilo-disco-temporali, infezioni batteriche possono portare ad infiammazione del tessuto sinoviale (sinovite) con conseguente produzione dei mediatori chimici dell'infiammazione (prostaglandine, leucotrieni, serotonina, citochine, bradichinina, neuropeptidi) e di radicali liberi che rendono il tessuto sinoviale ipersensibile e che svolgono un ruolo chiave nella conseguente degenerazione della cartilagine articolare (osteoartrite).

Può ipotizzarsi con buona approssimazione un quadro clinico di sinovite fondandosi sulla sintomatologia riferita dal paziente e sulla palpazione articolare eseguita secondo la tecnica di Rocabado.

La manifestazione clinica dell'infiammazione sinoviale è il dolore spontaneo, localizzato in sede articolare ed esacerbato dai movimenti articolari. Il dolore può associarsi a limitazione funzionale, dovuta sia ad una reazione antalgica del paziente sia alla presenza di essudato infiammatorio ed ipertrofia della membrana sinoviale che ostacolano il fisiologico movimento condilare.

La palpazione articolare secondo Rocabado consente all'operatore una valutazione semplice, rapida e precisa del tessuto sinoviale e di tutti i tessuti molli periarticolari. La rapidità della sua esecuzione consente l'utilizzo di questa tecnica anche per controlli di routine o per valutazioni intercettive che dovrebbero precedere qualsiasi intervento odontoiatrico che richieda al paziente di mantenere la bocca aperta per lunghi periodi di tempo (per esempio estrazione degli ottavi o cure endodontiche).

Le indagini strumentali che possono essere di ausilio nella diagnosi di infiammazione del tessuto sinoviale sono l'artoscopia e la RMN. La prima consente anche il prelievo di campioni di tessuto che possono essere analizzati istologicamente; la seconda permette di rilevare la presenza di effusione articolare (essudato infiammatorio e iperplasia del tessuto sinoviale) come segnale di iperintenso nelle immagini T2 pesate (bisogna aggiungere a tale riguardo che piccole raccolte di essudato e quindi stati infiammatori lievi possono non essere evidenziabili con RMN a causa della presenza di tessuto adiposo). Spesso, la richiesta di tali esami strumentali in quadri di sinovite, può non avere un rapporto costo/beneficio positivo, o non essere giustificata in quadri ancora iniziali e lievi, o ancora non essere proposti perché l'infiammazione non è ancora spontaneamente manifesta a livello clinico.

La presenza di infiammazione del tessuto sinoviale, sovraccarichi meccanici prolungati, microtraumi ripetuti, comportano un'alterazione del sistema di lubrificazione articolare. Quando le superfici articolari non sono adeguatamente lubrificate lavorano con frizione e attrito reciproco e ciò comporterà l'istaurarsi di patologie più complesse quali osteoartriti, con conseguente rimodellamento delle superfici articolari, o, in presenza di un sottile film fluido interposto tra le superfici articolari, al generarsi di forze adesive e quindi alla formazione di aderenze.

Per questo sottolineiamo l'importanza di una valutazione attenta del tessuto sinoviale e dell'individuazione di una sofferenza a carico del tessuto sinoviale, spesso primo "campanello d'allarme" di patologie intraarticolari.

A nostro avviso può essere utile valutare la condizione del tessuto sinoviale, anche nella normale pratica odontoiatrica al fine di poter riconoscere precocemente condizioni predisponenti allo sviluppo di problematiche articolari o intercettare patologie più o meno gravi che possano comportare una più importante compromissione biomeccanico-funzionale dell'ATM.

OCCLUSIONE INTESTINALE DA ENDOMETRIOSI INTESTINALE

UN CASO CLINICO

Andolfi Enrico, Bartolucci Mauro
 Marocci Giovanni, Caloni Vittorio
 Unità operativa di Chirurgia Generale
 Ospedale "San Donato" - Arezzo

Per corrispondenza:
 Dr. Andolfi Enrico
 Via Polidori, 15 - 52100 Arezzo
 Tel. 335/5250067 - 0575/401981

Riassunto

La localizzazione intestinale è evenienza frequente in corso di endometriosi extragenitale. Tale patologia, spesso asintomatica o paucisintomatica, può talora esordire acutamente con quadri di addome acuto occlusivo o perforativo. Gli autori presentano un raro caso di endometriosi dell'ultima ansa ileale che ha determinato una occlusione intestinale, puntualizzando le relative problematiche di diagnosi differenziale e di terapia.

Parole chiave

Endometriosi intestinale, occlusione intestinale, chirurgia.

CASO CLINICO.

T.A. giovane donna di 38 anni, si presentava al P.S. del nostro ospedale verso la mezzanotte per una sintomatologia caratterizzata da dolore addominale localizzato in sede periombelica insorto acutamente nella stessa giornata ed esacerbatosi progressivamente con il passare delle ore, associato a sensazione di nausea e ad episodi di vomito.

Dall'anamnesi patologica remota emergeva un ipotiroidismo in terapia sostitutiva da circa 5 anni, nulla di rilevante all'anamnesi fisiologica.

Il chirurgo di guardia all'esame obiettivo osservava un addome meteorico pressoché privo di peristalsi, trattabile ma dolente alla palpazione profonda sui quadranti inferiori dell'addome. Una radiografia diretta dell'addome evidenziava un quadro di occlusione intestinale alta, con distensione e livelli idroaerei delle anse del tenue, mentre il meteorismo della cornice colica restava normalmente rappresentato. All'ematochimica era presente una lieve leucocitosi neutrofila senza ulteriori alterazioni di rilievo.

La paziente veniva quindi ricoverata presso il reparto di chirurgia, dove il posizionamento di una sonda da decompressione gastrointestinale attenuava lievemente il dolore e la distensione addominale. La mattina seguente la paziente evacuava spontaneamente feci nor-

mocoliche pur non migliorando sostanzialmente il quadro clinico, e quello radiologico. Nel pomeriggio l'esecuzione di una nuova radiografia di controllo evidenziava una diminuzione del meteorismo enterocolico con persistenza di livelli idroaerei a sede digiuno - ileale. In serata la paziente veniva quindi sottoposta ad esplorazione chirurgica che evidenziava un quadro di distensione di tutto il tenue fino all'ultima ansa ove, in prossimità della valvola ileocecale, è presente una neoformazione a manico stenosante il lume intestinale (Foto 1).



Foto 1

Il meso ileale dell'ultima ansa si presentava normale, senza ispessimenti né linfadenopatie di rilievo. L'ovaio destro presentava una cisti emorragica, mentre il sinistro appariva macroscopicamente normale.

Non potendo escludere la natura maligna della lesione intestinale, si procedeva ad emicolectomia destra tipica, ad asportazione della cisti ovarica destra e, nel sospetto di malattia endometrosica, a resezione cuneiforme dell'ovaio sinistro a scopo biotico.

All'apertura del pezzo, la mucosa ileale dell'ultima ansa corrispondente al tratto stenotico si presentava normale, mentre la parete era spessa e dura, tanto da determinare occlusione completa del viscere; non erano presenti alterazioni macroscopicamente evidenti a carico degli altri segmenti intestinali asportati.

Il decorso postoperatorio della paziente è stato normale e la dimissione in 8° g.p.o.

All'esame istologico si diagnosticava endometriosi cistica a carico dell'ovaio sinistro, cisti endometrosica dell'ovaio destro (cisti cioccolato) ed endometriosi intestinale a carico dell'ileo terminale.

DISCUSSIONE

L'endometriosi è una patologia caratterizzata da localizzazione ectopica di tessuto endometriale, la cui incidenza è stimata fra il 4 - 7% delle donne in età feconda.

L'eziologia della malattia è tuttora oggetto di discussione fra le varie ipotesi genetica, congenita (persistenza di cellule del sistema mülleriano in alcuni organi extrauterini) e quella delle cosiddette "mestruazioni retrograde" associate o meno a deficit del sistema immunitario che faciliterebbero l'impianto e la proliferazione del tessuto endometriale. La localizzazione extragenitale della malattia è tutt'altro che infrequente attestandosi, nelle varie casistiche, fra il 5 e il 40 % delle donne affette con una frequenza decrescente dal setto retto-vaginale ed il retto - sigma (70%), all'appendice (17%), al cieco e ileo terminale (5%) e al tenue (0,5%).

L'endometriosi intestinale può essere asintomatica o accompagnata da crisi subocclusive e da dolore pelvico che, specialmente all'inizio, esordisce caratteristicamente durante la fase mestruale del ciclo (dolore "catameniale"), per poi diventare continuo. Più raramente la localizzazione intestinale si manifesta acutamente con quadri occlusivi e/o perforativi. L'enterorragia è evento eccezionale poiché la mucosa intestinale non viene quasi mai interessata dalla malattia che invece coinvolge più frequentemente la sierosa intestinale con la formazione di tenaci aderenze viscerali responsabili del tipico dolore pelvico che affligge le pazienti. Le alterazioni organiche indotte invece dalle lesioni profonde (ispessimenti fibrotici e iperplasia della muscolatura liscia), sono responsabili della sintomatologia subocclusiva e occlusiva. Nel caso delle lesioni ileali si associa spesso diarrea ed è documentata, talvolta, l'associazione di uno stato di carenza nutrizionale determinato dall'insorgere di malassorbimento associato ad una enteropatia protido-disperdente. L'evento perforativo, molto più raro di quello occlusivo, è stato descritto in corso di gravidanza o terapia con gestodene, condizioni che determinano la decidualizzazione del tessuto endometriale.

Il quadro clinico associato all'endometriosi intestinale è dunque del tutto aspecifico e può mimare quello di altre patologie addominali, come le malattie infiammatorie croniche o neoplastiche, ad analogia presentazione. Il sospetto clinico può nascere quando la paziente si presenta già con pregressa diagnosi di endometriosi genitale (l'associazione è presente nella maggior parte dei casi) e dovrebbe essere preso in considerazione in tutte le donne fertili che si presentano con una sintomatologia caratterizzata da algie pelviche catameniali o croniche associate ad altri sintomi di tipo ginecologico (come la dismenorrea, la dispareunia, la menometrorragia o la sterilità) e a disturbi cronici o acuti dell'alvo.

La diagnosi differenziale con altre patologie addominali (IBD, neoplasie), è molto complessa perfino

intraoperatoriamente (se non è evidente una contemporanea localizzazione genitale): il dato anamnestico dell'assenza di enterorragia e dimagrimento può orientare verso l'endometriosi.

La diagnostica strumentale non è spesso dirimente per la diagnosi di natura dell'occlusione: perfino l'endoscopia, quando fattibile in condizioni di urgenza, fallisce trovando una stenosi serrata con mucosa del tutto normale. Il clisma opaco può essere utile per evidenziare la sede dell'occlusione.

La terapia medica si basa sulla soppressione del ciclo mestruale attraverso l'uso di vari presidi farmacologici: antagonisti del GnRH, danazolo, pillola estrogeno-progestinica. Queste terapie, molto efficaci nel controllo della malattia genitale, sono invece inutili nel trattamento delle lesioni gastrointestinali: la fibrosi sottomucosa e l'ipertrofia delle cellule muscolari sono ormono-resistenti e perciò non responsivi.

In caso di occlusione intestinale, il trattamento chirurgico è naturalmente obbligatorio e dovrebbe mirare ad una resezione "a minima" del tratto interessato e ad una valutazione globale dell'estensione della malattia addominale, nonché alla valutazione dello stato delle gonadi. Importante anche la lisi delle aderenze peritoneali che, oltre ad essere responsabili dei dolori pelvici cronici, possono nascondere nidi endometriosici di malattia causa di recidive a distanza.

L'unico trattamento efficace nel determinare la remissione completa della malattia è l'isteroannessietomia bilaterale: è evidente che tale trattamento, nel caso di donne giovani o desiderose di prole, va procrastinato il più possibile cercando di ottenere il miglior controllo farmacologico della malattia. Tale terapia va naturalmente consigliata anche nel postoperatorio, sia per evitare le recidive, che per ridurre il rischio di progressione della patologia genitale con perdita definitiva della fertilità.

Bibliografia

- Varras M, Kostopanangiotou E, Katis K, Farantos Ch, Angelidou-Manika Z, Antoniou S.
Endometriosis causing extensive intestinal obstruction simulating carcinoma of the sigmoid colon: a case report and review of the literature.
*Eur J Gynaecol Oncol.*2002;23(4):353-7
- Mizrahi S, Mayzler O, Goldstein D, Shaco-Levy R.
Endometriosis simulating a colonic obstructive neoplasm.
*Eur J Surg Oncol.*2003;29:766-767
- Amendolara M, Giarin P, Carluccio A, Cocco P, Baldon S, Biasiato R.
Occlusione del sigma da endometriosi. Presentazione di un caso.
Giorn Chir 2001 oct;22(10):333-6.
- Veneziano M, Zaraca F, Framarino Dei Malatesta M, Di Paola M, Giobbe M et al.
Un caso di occlusione intestinale da endometriosi del cieco.
Chir Ital 1999;51(3):241-245
- Croce P, De Giorni O, Votta P, Zangrandi A, Semeraro G.
Endometriosi dell'ileo e del colon complicata da occlusione intestinale.
Min Ginecol 1999;51:189-92

GLI ANZIANI E LA PATOLOGIA DA CALORE:

INDAGINE CONOSCITIVA NELL'ESTATE DEL 2003 AD AREZZO ED IPOTESI DI UN PROGRAMMA PREVENTIVO

Evaristo Giglio

Epidemiologia e Educazione alla Salute. Azienda USL 8

Premessa

È noto che la torrida estate del 2003 ha determinato un eccesso di morti in varie parti d'Europa causando in Italia 7659 morti in più nel periodo 16 luglio - 31 agosto, pari a +19,1%. Il dato pubblicato all'inizio su quotidiani nazionali è stato successivamente oggetto di studi da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che ha condotto un'indagine epidemiologica sulla mortalità estiva, nel trimestre 1° giugno - 31 agosto, focalizzando l'attenzione verso i decessi avvenuti nelle classi di età di 65 anni ed oltre e 75 anni ed oltre, e confrontando i morti dell'estate del 2003 con quelli dell'anno precedente. Lo studio condotto dall'ISS aveva individuato una certa disomogeneità dell'eccesso di mortalità, registrando valori molto elevati nelle città del nord-ovest (31,5%) e via via decrescenti nel sud (17,8%), nel nord-est (16,4%) e quindi nel Centro in cui la percentuale dei morti in eccesso si attestava intorno a valori di 16,3%. I tassi standardizzati, calcolati rispetto alla popolazione italiana, tra i soggetti di 75 anni ed oltre, risultavano molto elevati in alcune città del nord, come Torino (49,2%), Milano (34,1%) e Trento (33,0%), ma anche in città del sud, come Bari (40,2%). Lo studio ha evidenziato, inoltre, un eccesso di mortalità al sud soltanto nella seconda parte del mese di agosto e ciò è stato messo in relazione, in ipotesi, ad un fenomeno, peraltro già osservato e rilevato scientificamente, secondo il quale nelle aree che hanno un clima abitualmente

lazione del campione. Nell'analisi condotta sono stati considerati i dati in tre sottopopolazioni, (la prima da 0-64 anni, la seconda da 65 a 74 anni, la terza da 75 e oltre) analizzando la mortalità nel periodo estivo dal 1988 al 2003. L'analisi storica ha evidenziato un incremento statisticamente significativo del tasso di mortalità nel confronto tra il 2002 e il 2003, soltanto nella popolazione di età superiore a 75 anni, la quale ha fatto registrare un incremento del 14%. Tassi altrettanto elevati e statisticamente significativi erano stati osservati, peraltro, anche negli anni 1988, 1992, 1994, 1995.

Rispetto all'età 75 anni e oltre, nel confronto fra il 2002 e il 2003, lo studio toscano ancora in corso ha osservato: a) un incremento più marcato per i Comuni non capoluogo sopra i 30.000 abitanti (37%); b) un incremento tra i non coniugati o persone che vivono da sole, cioè celibi, separati o divorziati, vedovi i quali, rispettivamente, hanno fatto registrare punte di 22%, 23% e 25% rispetto a valori più bassi registrati tra i coniugati (6%); c) un andamento inferiore dell'eccesso di mortalità nei nuclei monofamiliari e variazioni percentuali elevate (34,2%) di anziani deceduti che abitavano in comunità o strutture con presenza di oltre 10 persone.

I RISULTATI DELL'INDAGINE ARETINA

L'indagine si è svolta nella zona aretina che comprende oltre al territorio della città di Arezzo, quello di altri 5 Comuni con quello confinanti, tutti con popolazione inferiore a 10.000 abitanti. La distribuzione per classi di età, il numero e la percentuale di soggetti con 75 anni ed oltre residenti nei Comuni della zona è riportata in tabella 1.

Comuni	Arezzo	Capolona	Castiglion Fib	Civitella	Monte S.Savino	Subbiano
classi di età						
0-14	10.981	635	277	1.198	1.023	801
15-64	61.155	3.307	1.398	5.725	5.286	3.850
> 65	20.290	922	354	1.728	1.926	964
Totale	92.426	4.864	2.029	8.651	8.235	5.615
(di cui > 75)	9.733	453	193	865	918	455

Tab.1 - La popolazione residente dell'area aretina al 31.12.2002

caldo gli effetti maggiori dell'ondata di calore si osservano dopo una prolungata esposizione ad alte temperature.

È ancora in corso, in Toscana, una rilevazione sui decessi nei mesi estivi avviata dall'ARS (Agenzia Regionale di Sanità) in collaborazione con l'ARPAT, su un campione rappresentativo di Comuni toscani selezionati sulla base dell'ampiezza demografica e della zona altimetrica. Sul bollettino ufficiale della Regione Toscana n° 16 sono stati forniti i dati preliminari dell'indagine su 38 Comuni dei 53 complessivi, con una popolazione che è pari a circa il 50% di quella regionale e che rappresenta l'87% dell'intera popo-

Nella successiva tabella 2 sono riportati i morti nei Comuni della zona nei due anni a confronto: 2002\2003.

Nel confronto dei decessi tra il 2002 e il 2003, nonostante anche la prima parte dell'estate del 2002 fece registrare nell'area considerata elevate temperature ambientali, si registra per la zona aretina un eccesso di morti concentrato soprattutto nella fascia di età di 75 anni ed oltre. La percen-

	tutte le età				> = 75 aa.			
	2002	2003	diff. (02\03)	diff.%	2002	2003	diff. (02\03)	diff.%
Arezzo	251	248	-3	- 1,2%	172	171	-1	-0,6
Capolona	9	9	0	0%	5	5	0	0,0
Cast.Fibocchi	4	3	-1	- 25%	3	1	-2	-66,7%
Civitella VdC.	13	20	7	+ 54%	9	18	9	100%
M.S.Savino	21	23	2	+ 9,5%	14	20	6	43%
Subbiano	8	18	10	+125%	6	13	7	116,7%
Totale	306	321	+15	+4,9%	209	228	+19	+9,09%

Tab. 2 · Morti nel periodo 1 giugno-31 agosto (confronto 2003\2002)

tuale di morti in eccesso calcolata su tutte le età è pari a 4,9% mentre sale quasi ad un valore percentuale doppio (9.09%) se si considera esclusivamente la suddetta classe di età più avanzata. Un'analisi più dettagliata delle differenze percentuali nella classe di età "75 anni e oltre", osservate tra il 2002 e il 2003, in alcuni Comuni, quali

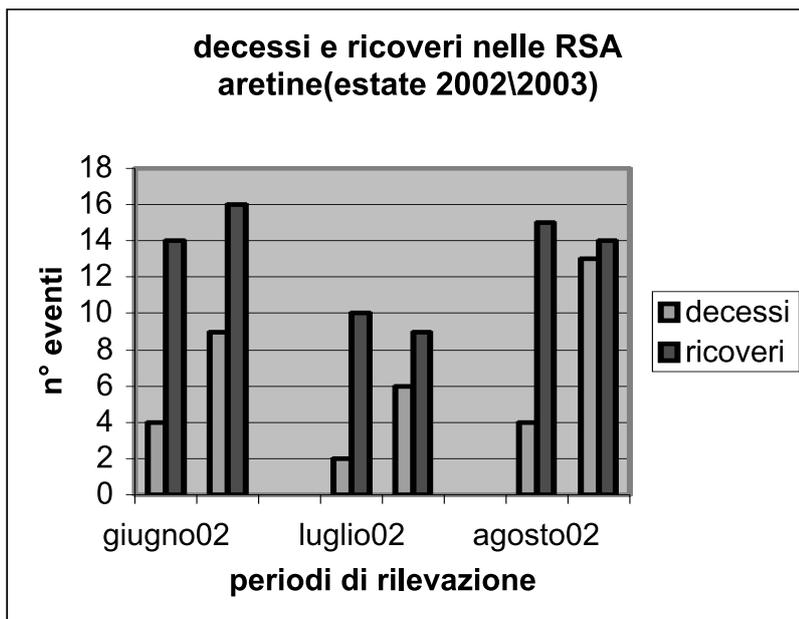


Fig.1 · Andamento dei ricoveri e dei decessi nel trimestre del 2002 e 2003 nelle RSA

Subbiano e Civitella, fa rilevare valori elevati con punte di 116,7% e, rispettivamente di 100%. Bisogna tuttavia considerare che le suddette alte percentuali risentono della bassa numerosità dei fenomeni allo studio e tuttavia indicano valori tendenzialmente doppi dei decessi rispetto all'anno precedente. Valori più bassi si evidenziano nel Comune di Monte S.Savino e addirittura il fenomeno risulta in controtendenza, o comunque stabile, sia in piccoli Comuni come Castiglion Fibocchi e Capolona, (si noti che in questi Comuni non si trovano residenze per anziani) sia nella stessa città di Arezzo, in cui la fascia dei soggetti con 75 anni e

oltre è composta da 9.733 residenti: qui il numero di morti nella suddetta fascia è inferiore di un'unità nel 2003 rispetto al 2002.

Nel confronto con il dato regionale si rileva che l'eccesso di mortalità nella zona aretina ha avuto un andamento complessivamente inferiore rispetto alla Toscana, in cui, in linea con l'andamento del fenomeno nel Centro Italia si erano evidenziati

valori di eccesso di mortalità più contenuti rispetto ai dati provenienti da aree del nord ovest, del sud e del nord est dell'Italia. Il dato relativo alla città di Arezzo è addirittura in controtendenza ai valori nazionali e regionali : infatti il numero di morti nel 2003 è inferiore non solo tra gli ultrasessantacinquenni, ma anche in tutte le età.

Nella zona considerata insistono 5 RRSSAA a gestione diretta e 4 RRSSAA a convenzione per un totale di 245 posti letto. Nel trimestre estivo sono stati contati i ricoveri ospedalieri effettuati dagli ospiti delle RSA.

Se si confrontano i dati nel 2003 con quelli del 2002 si osserva che il numero maggiore di ricoveri, tendenzialmente uguale nei due anni, si concentra sia all'inizio dell'estate, (ipoteticamente a causa di disagi soggettivi dovuti alle repentine variazioni climatiche), sia durante il mese di agosto, periodo in cui se insistono le elevate temperature si possono manifestare effetti dovuti alle prolungate esposizioni ad elevate temperature, mentre nel periodo intermedio, cioè nel luglio, si osserva una riduzione dei ricoveri. Lo stesso andamento si rileva negli ospiti delle strutture residenziali protette per quanto riguarda i

decessi (fig.1). L'analisi della mortalità nelle RRSSAA della zona aretina nel trimestre estivo dei due anni considerati mostra un incremento dei decessi in tutti e tre i mesi estivi del 2003 rispetto a quelli osservati nel 2002, con una punta di 13 morti nell'agosto del 2003 rispetto ai 4 dello stesso periodo del 2002. I ricoveri, come descritto in precedenza, si concentrano soprattutto nel giugno e nell'agosto con andamento simile nei due anni. Nel luglio dei due anni si riducono complessivamente sia i ricoveri che i decessi anche se, in termini assoluti, il numero dei decessi è triplo nel

luglio 2003 rispetto al luglio dell'anno precedente. I morti osservati nelle RRSSAA nel trimestre estivo del 2003 sono stati 27 contro i 10 del 2002 nello stesso periodo. La percentuale di incremento è stata in questa sottopopolazione del 170%. Si noti che tutti i decessi nel 2003 si sono verificati nella fascia di età 75 anni e oltre.

In una delle strutture residenziali suddette, collocata in un Comune dell'area che ha registrato un incremento superiore al 43% dei decessi nella classe di età 75 anni ed oltre, non si è verificato nel trimestre considerato alcun decesso. La RSA con assenza di morti nel trimestre considerato disponeva di un protocollo di linee guida per far fronte al calore estivo i cui punti essenziali erano i seguenti :

- somministrazione di liquidi ogni 2 ore con variazione sia del gusto e della concentrazione di vitamine, sali minerali e zuccheri (es. acqua, succhi di frutta, spremute, gelati, yogurt ecc.);
- sistemazione degli ospiti, nelle ore mattutine, solo per le ore più fresche, in un terrazzo in ombra;
- attivazione di un ventilatore a pale nella sala soggiorno che funge da luogo per le attività conviviali e relazionali; posizionamento di altri ventilatori in punti strategici della struttura;
- priorità alla frutta servita per prima sia a pranzo che a cena;
- finestre chiuse tutto per gran parte delle ore più calde ed apertura dopo le ore 20, durante la notte e nelle prime ore più fresche del mattino;
- controllo infermieristico dei parametri vitali di ogni ospite, della idratazione, alimentazione, diuresi, e delle piaghe da decubito, con annotazione sistematica su appositi registri;
- adeguata igiene di ogni ospite con bagno al mattino ed incremento delle docce;
- cambio di posizione almeno ogni due ore per gli ospiti allettati o in carrozzina;
- tenuta di un registro con l'annotazione delle cause di ricovero.

Sono stati analizzati, infine, i ricoveri ospedalieri nel presidio ospedaliero di Arezzo considerando il numero dei ricoveri totali e il numero di decessi all'interno dell'ospedale. Il confronto dei dati suddetti tra il 2002 e il 2003 non ha evidenziato variazioni di rilievo, così come non si sono verificate variazioni significative dei decessi, i quali, in entrambi gli anni considerati, hanno rappresentato circa il 4% delle ammissioni totali.

Un'attenta osservazione della mortalità nel reparto di geriatria ha addirittura messo in evidenza una riduzione della mortalità intraospedaliera nel periodo estivo del 2003, rispetto allo stesso periodo del 2002, con il 17% dei decessi sugli ammes-

si nei tre mesi estivi del 2002 contro il 14% del 2003 su un totale di ammissioni sovrapponibile a quello dello stesso periodo dell'anno precedente.

L'analisi delle cause di ricovero, attraverso l'evidenziazione dei codici ICD-9 (992.0), (992.2) e (992.4), rispettivamente : colpo di calore; crampi da calore ed esaurimento da calore con deplezione elettrolitica, non ha evidenziato diagnosi di questo tipo.

CONCLUSIONI

L'estate del 2003 ha fatto registrare un eccesso di morti in tutta l'Italia. La Regione sta conducendo uno studio di cui sono stati pubblicati alcuni interessanti risultati che evidenziano come in Toscana la mortalità nei soggetti di 75 anni e oltre sia stata più contenuta rispetto ad altre aree del Paese, individuando disomogeneità e peculiarità in alcuni sottogruppi di popolazione che rappresentano il target privilegiato per programmare le azioni preventive nella prossima estate. L'area aretina ha svolto una ricerca per conoscere l'andamento del fenomeno nel proprio territorio e, attraverso i dati rilevati, si è potuto stabilire che la percentuale di morti in eccesso nel confronto del periodo estivo tra il 2003 e il 2002, è stata meno marcata rispetto allo stesso dato regionale della Toscana, il quale, in linea con l'andamento registrato nelle regioni del Centro Italia, aveva fatto rilevare percentuali di mortalità in eccesso più contenute rispetto alle altre grandi aree del Paese.

In particolare nella città di Arezzo e in due Comuni limitrofi sotto i 10.000 abitanti compresi nella zona aretina, nel confronto tra l'estate 2003 e quella del 2002 non è stato registrato alcun incremento complessivo della mortalità. In altri tre Comuni si osservano, al contrario, dati di mortalità in eccesso e disomogeneità dell'andamento: nel periodo analizzato del 2003 in due di tali Comuni la mortalità nella popolazione di 75 anni ed oltre raddoppia, mentre nel terzo Comune l'eccesso di mortalità appare più contenuto con differenze percentuali del 43%. L'andamento sopra descritto sarà oggetto di ulteriori approfondimenti. Tuttavia dall'andamento sopra descritto si possono trarre le prime, seguenti, considerazioni:

- a) l'incremento registrato della mortalità nella fascia di anziani di 75 anni deriva dall'incremento dei morti registrati nelle strutture per anziani. Infatti, in questa fascia complessivamente si contano 19 morti in più nell'estate del 2003, cioè tante quante sono le morti in eccesso che si sono verificate nelle RRSSA nel periodo considerato;
- b) in linea con quanto sopra descritto, l'eccesso di mortalità si verifica, infatti, nei tre Comuni ove hanno sede delle strutture residenziali che ospitano anziani. Ciò può spiegare in parte il motivo per cui in due Comuni contigui, come Capolona e Subbiano, che

hanno caratteristiche analoghe di tipo orogeografico e socio-economico, la differenza di mortalità può dipendere dal fatto che nel Comune che registra lo stesso numero di morti (senza alcun eccesso nel confronto tra le due estati), non sono presenti strutture residenziali per anziani, le quali sono ubicate invece nel Comune che fa registrare un raddoppio delle morti;

- c) l'assenza di decessi verificatasi nella RSA di Monte S.Savino dipende dall'applicazione di semplici linee guida sul comportamento da seguire circa l'alimentazione, l'idratazione e la riduzione dell'esposizione ambientale al calore a favore degli anziani ospiti, ed influisce sul contenimento della mortalità in eccesso che qui non raggiunge gli elevati valori evidenziati negli altri due Comuni.

L'assenza di morti osservata in quest'unica struttura residenziale contrasta con la mortalità verificatasi nel resto delle altre RRSSA, dove i morti in eccesso hanno raggiunto percentuali del 183% tra gli ultrasessantacinquenni, unica fascia d'età che ha registrato morti nel periodo osservato.

Non è stata evidenziato eccesso di mortalità tra i ricoverati nell'ospedale aretino, mentre tra le diagnosi di dimissione relative al periodo estivo considerato non compaiono gli specifici codici ICD 9 che descrivono le alterazioni correlate all'esposizione a calore.

Se l'evidenza del contenimento dell'eccesso della mortalità negli anziani dell'area aretina ha indubie correlazioni con la solidarietà tipica della cultura contadina, le cui radici sono ben rappresentate anche nella società contemporanea, bisogna tuttavia considerare anche il ruolo giocato da altre componenti sociali, tra cui la consolidata rete territoriale socio-assistenziale e l'integrazione tra la medicina generale, i servizi sanitari di base ed alcune strutture ospedaliere. Attraverso la pianificazione sanitaria regionale e locale, che ha qui favorito un consistente sviluppo della rete assi-

stenziale, l'area aretina ormai da vari anni persegue modelli organizzativi sanitari che pongono estrema attenzione alle problematiche dell'anziano particolarmente nel contesto domiciliare e nelle altre strutture residenziali extraospedaliere. Di tale rete fanno parte forme assistenziali domiciliari coordinate dai medici di medicina generale, quali l'assistenza domiciliare integrata e programmata, ma anche strutture territoriali residenziali e semi-residenziali (RSA, Centri Diurni, Ospedale di Comunità, centri di riabilitazione territoriale) che garantiscono assistenza socio-sanitaria extraospedaliere. Gli assistiti con le forme suddette raggiungono un numero che è pari al 25% della popolazione ultrasessantacinquenne residente in questa zona. I servizi socio-sanitari coinvolti in tali obiettivi possono sempre di più contare sull'efficace integrazione di altri elementi afferenti al terzo settore e al volontariato che integrano il proprio potenziale operativo e relazionale implementando nei modelli assistenziali sopra richiamati gli interventi di sorveglianza in grado di favorire, indirettamente, un significativo contenimento dei ricoveri ospedalieri e della mortalità.

Anche se è auspicabile e doveroso approfondire in dettaglio le conoscenze sui motivi, ancorché parzialmente rassicuranti, dell'andamento rilevato, appare evidente ad una prima valutazione complessiva come l'atteggiamento di rispetto e di solidarietà verso gli anziani, e la valida componente sanitaria consolidata nel territorio aretino rappresentino insieme una preziosa risorsa culturale e sociale sulla quale un'attenta opera di sorveglianza coordinata localmente attraverso un osservatorio dedicato può ulteriormente favorire un'efficace prevenzione dell'eccesso di mortalità negli anziani per eventi analoghi a quello considerato.

Si ringraziano il dr. Claudio Pedace, coordinatore del progetto aziendale sulla prevenzione dei danni da calore; e i seguenti membri del gruppo di lavoro che, insieme all'Autore, hanno reso possibile la stesura dell'articolo : dr. Luigi Triggiano : segretario FIMMG Arezzo; dr. Roberto Romizi Coordinatore Centro Francesco Redi; dr. Valerio Cencini : Responsabile RSA Monte S.Savino; dr. Paolo Corsi : specialista geriatra USL 8.

PROMOZIONE DEGLI INTERVENTI DI SALUTE NEI CONFRONTI DEGLI ANZIANI NEL PERIODO ESTIVO

Nell'estate del 2003 la temperatura ambientale ha toccato punte elevate in tutta l'Europa occidentale. Al fine di quantificare gli eventuali effetti in termini di mortalità, dell'eccesso di temperature, l'Agenzia Regionale di Sanità (ARS), in collaborazione con ARPAT ed ARSIA, ha avviato una rilevazione sui decessi avvenuti nel periodo estivo degli anni 2002 e 2003.

I risultati dello studio hanno rilevato, un aumento della mortalità nei soggetti di età >74 anni. Tale aumento risulta più marcato nei soggetti residenti nei comuni non capoluogo di oltre 30.000 abitanti, nei soggetti non coniugati o vedovi e nei soggetti istituzionalizzati. Anche se tale evidenza non è necessariamente correlabile all'aumento delle temperature, il dato consente alcune considerazioni sulla rilevanza del fenomeno.

Per tale motivo la Regione Toscana, in accordo ai Piani Integrati di Salute previsti dal PSR 2002-2004, ha avviato in intesa con l'ANCI un "Sistema di sorveglianza e prevenzione degli effetti delle ondate di calore sulla salute della popolazione". Tale progetto ha l'obiettivo, attraverso i servizi territoriali-sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali e le reti locali di terzo settore, di intervenire con misure efficaci per la prevenzione della morbilità e mortalità correlata al calore. Tale progetto, attraverso le strutture scientifiche dell'ARS, valuterà inoltre l'efficacia del sistema di prevenzione nella riduzione dell'eccesso di mortalità correlata al calore.

Alla pagina <http://www.mad.it/ars/imgarticoli/Patologia-da-calore.pps> è possibile prendere visione delle diapositive di un corso rivolto a medici ed operatori sanitari su patologie da calore e una breve presentazione del progetto regionale.

FARMACI: FRA EFFICACIA E SICUREZZA PERCHÉ SORVEGLIARE I FARMACI??

S. E. Giustini, A. Sessa, A. Salvetti, F. Salvo,
G. Polimeni, A. P. Caputi
PharmaSearch - Unità di informazione sulla sicurezza
dei farmaci e farmacovigilanza · Firenze, Messina
M. Tuccori, M. Del Tacca
Centro Regionale Toscano SIMG-Pharmasearch · Pisa

“..... la segnalazione spontanea delle reazioni avverse (ADR) fa parte di un modo più attento di prescrivere i farmaci e rientra in un comportamento che non si ottiene con sanzioni, ma attraverso un'operazione di crescita culturale continua, seria e indipendente.

Pur sapendo che la realtà si modifica con la pratica piuttosto che con l'emanazione di norme, notevoli erano le aspettative per il nuovo decreto legislativo sulla farmacovigilanza. In particolare da più parti si auspicava un potenziamento delle attività decentrate e del flusso informativo di ritorno, prendendo a modello i sistemi nazionali di paesi, quali la Francia o il Regno Unito, che hanno ottenuto rilevanti successi in questo campo.”

COME VALUTARE LA SICUREZZA DI UN FARMACO

Per valutare la sicurezza di un farmaco è necessario mettere insieme tutte le informazioni raccolte da differenti fonti, quali:

- a) Studi pre-clinici;
- b) Trial clinici (pre e post-marketing);
- c) Segnalazioni spontanee di reazioni avverse (su base sia nazionale che internazionale);
- d) Studi epidemiologici (caso-controllo e di coorte);
- e) Dati raccolti per altri scopi (statistiche nazionali ed internazionali, banche dati di prescrizioni e di outcomes clinici).

Questo processo di valutazione inizia con gli studi di farmacologia preclinica e deve continuare fino a quando il farmaco esce dal mercato, periodo che può durare alcuni decenni. L'identificazione di un danno causato da un farmaco può avvenire sia durante il suo sviluppo che dopo la sua commercializzazione. In quest'ultimo caso, ci sono buone probabilità che vengano identificati nei primi mesi di introduzione nel mercato.

IL SEGNALE

È necessario che venga identificato un evento indesiderato (danno) e che questo dipenda

dal farmaco. È evidente che nelle fasi iniziali il medico segnalatore non può essere certo che danno e farmaco siano correlati. Questa incertezza ha portato a sviluppare il concetto di “segnale”, che è definibile come una richiesta di “attenzione” lanciata da qualsiasi fonte (esempio un case report), che ha sospettato che un farmaco possa essere associato con un rischio precedentemente ignoto o che un rischio già noto possa essere quantitativamente o qualitativamente differente da quello che ci si deve aspettare.

LA SEGNALAZIONE SPONTANEA

La segnalazione spontanea di una ADR può pertanto essere considerata come un classico sistema di segnale ed il suo scopo principale è quello di fornire il più presto possibile l'allarme di un possibile rischio. In altri termini la segnalazione spontanea di una ADR è la descrizione di un evento clinico non previsto e/o non desiderato che colui che effettua la segnalazione ritiene che possa essere collegato al farmaco o ad i farmaci che vengono assunti.

Il sistema della segnalazione spontanea non chiede ai segnalatori di riportare tutti gli eventi avversi che seguono alla somministrazione dei farmaci, ma di riportare selettivamente solo quelli che si sospetta siano causati dal farmaco.

La sottosegnalazione o “under-reporting” è il fenomeno più comune di tutti i sistemi di segnalazione spontanea.

Inman e Weber (1) hanno analizzato le possibili ragioni del perché una ADR può non essere segnalata anche se ben riconosciuta e le ha definite come le “seven deadly sins” (vedi il lavoro di Cosentino, Leoni e Frigo “Perché i medici italiani non segnalano le sospette reazioni avverse ai farmaci?” rintracciabile sul sito web www.farmacovigilanza.org). Tuttavia le motivazioni possono variare da nazione a nazione, ma sembra chiaro a tutti che è necessario che venga inviata una appropriata risposta a ciascun segnalatore e che vengano prese serie misure per incoraggiare la segnalazione (2).

Un sistema efficace di segnalazione spontanea deve prevedere tre aspetti:

1. Facilitazione della segnalazione e riscontro di ciascuna segnalazione al segnalatore (feedback).
2. Educazione continua sulla sicurezza dei farmaci e sui benefici che il sistema di segnalazione spontanea può apportare alla comunità sia in termini di riduzione del rischio per il paziente che di risparmio delle risorse per curare le reazioni avverse.

3. Progressivo coinvolgimento dei segnalatori in una rete permanente di farmacovigilanza con rapida messa a disposizione dei risultati del sistema.

Tuttavia, nel nostro Paese, la causa più importante della sottosegnalazione è certamente da ascrivere a carenze di carattere "culturale". Se infatti da più parti viene ribadito il ruolo fondamentale del medico e del farmacista nell'avviare il percorso della sorveglianza, ossia il riconoscimento dell'evento, la sua correlazione con il farmaco, la segnalazione, ecc., tuttavia il curriculum formativo universitario, sia del medico che del farmacista, non prevede tra le materie di insegnamento la trattazione dei principi e delle problematiche connesse alla farmacovigilanza.

Il principio sul quale dovrebbe basarsi tale insegnamento è quello del riconoscimento della patologia iatrogena, che ha socialmente la stessa importanza di altre patologie ben più note (quali l'ipertensione, il diabete, l'obesità, l'epilessia, ecc.) e che, come tutte le altre patologie, richiede una diagnosi clinica differenziale.

Per identificare la patologia iatrogena si rende quindi necessario un approccio fisio-patologico e clinico che coinvolga non solo il farmacologo, il cui compito sarà quello di illustrare i farmaci e i meccanismi che possono scatenare le reazioni avverse, ma anche il clinico medico, che sarà chiamato ad insegnare le metodologie per diagnosticare una reazione avversa da farmaco, indicando anche l'eventuale terapia per curarla.

Considerazioni analoghe valgono anche per la formazione post-laurea e le scuole di specializzazione, dove gli aspetti culturali dovrebbero essere integrati con quelli operativi.

Sulla base di queste premesse, si comprende bene come la responsabilità del singolo medico o farmacista che non segnala sia in realtà limitata. Ciò è tanto più vero se si considera la spesso totale mancanza di una informazione di ritorno al segnalatore, che possa consentire una interazione (ovvero uno scambio bi-direzionale delle informazioni) tra chi segnala e l'organo preposto a ricevere questa segnalazione (servizio di farmacovigilanza dell'ASL, Ospedale, etc).

Ciò fa sì che il medico, una volta inviata la scheda di segnalazione, non riceva alcun tipo di risposta o di commento alla segnalazione stessa. Starà quindi esclusivamente alla sua buona volontà continuare a mantenere questo rapporto pressoché unidirezionale, con tutte le limitazioni che questo comporta. Se infatti il suo contributo sarà ugualmente utile ed apprezzabile, si sarà tuttavia persa l'occasione di rendere la segnalazione spontanea il "pretesto" per un approfondimento ed un arricchimento culturale di colui che ha segnalato, ovvero per educare e accrescere l'attenzione e la sensibilità del medico di fronte ai problemi di farmacovi-

gilanza e più in generale dell'uso razionale dei farmaci. Come infatti affermano Leape nel loro lavoro pubblicato sul *New England Journal of Medicine*, "il principale scopo della segnalazione di un evento avverso è quello di imparare dalla esperienza e condividere tale esperienza in modo che altri possano evitare che lo stesso evento indesiderato accada (Leape et al., "Reporting of adverse events", *NEJM* 2002, 347: 1633-8).

A fronte di queste considerazioni, alla fine del 2001 è stato ideato e avviato il progetto SIMGXFV-PHARMASEARCH, ovvero una rete di farmacovigilanza italiana dei medici di medicina generale. Il progetto ha avuto inizio il primo gennaio 2002, con 35 MMG partecipanti. Ad oggi i MMG sono divenuti 300, di cui effettivi "ricercatori" circa 200. Al di là della quantità numerica, l'importanza di questa Rete unica in Europa, risiede nel fatto che viene ancora una volta ad essere confermata l'importanza dell'informazione di ritorno ai segnalatori, per generare quel flusso di informazioni indispensabile per qualsiasi efficiente sistema di farmacovigilanza.

Ciascun medico infatti riceve un'informazione personalizzata e competente, e a tutti i medici della Rete viene inviato periodicamente un report di quanto avvenuto. In tal modo è possibile fare educazione permanente in farmacovigilanza e, attraverso ciò, generare un processo formativo che, come ampiamente dimostrato dai reports prodotti, va via via estendendosi, coinvolgendo un numero sempre maggiore di operatori sanitari.

Cogliamo l'occasione per informare che dal 1° Maggio è attivo il Centro Toscano della rete Pharmasearch, presso l'Università di Pisa coordinato dal prof. Mario del Tacca e dal dott. Marco Tuccori. Gli aderenti MMG toscani potranno inviare le segnalazioni dopo averla inoltrata all'ufficio ASL competente anche al fax 050/562020 od all'indirizzo e-mail farmacovigilanza.pisa@virgilio.it, dal quale riceveranno l'informazione di ritorno.

Volendo descrivere, sulla base dei dati raccolti dalle 1130 schede pervenute alla rete, un ipotetico "prototipo" del paziente della Medicina Generale che è a maggior rischio di sviluppare una ADR, esso sarebbe:

Donna

- 70-79 anni;
- che assume farmaci per il sistema cardiovascolare o nervoso;
- con 1-3 farmaci concomitanti;
- che manifesta ADR gastrointestinali;
- dopo 18,9 giorni.

Uomo

- 60-69 anni;
- che assume farmaci per il sistema cardiov-

- scolare;
- con 1-3 farmaci concomitanti;
- che manifesta ADR gastrointestinali o cutanee;
- dopo 22,1 gg per le gastrointestinali, e dopo 13,8 gg per le cutanee.

CONCLUSIONI

I dati ricavati evidenziano, per il 2003/2004:

- una flessione della rete in relazione al numero di segnalazioni, evidente se si tiene conto dell'aumento del numero di aderenti al progetto;
- un significativo aumento della qualità del dato sia per completezza della scheda di segnalazione sia per numero di ADR gravi e nuove segnalate;
- una buona tenuta sul numero di reazioni imputabili a farmaci di recente introduzione in

commercio;

- una riduzione, sia per numero che per tasso di segnalazione, delle differenze tra le tre macroregioni italiane.

Nel complesso ci permettiamo di mettere in evidenza un dato che reputiamo estremamente significativo dato il carattere "culturale e formativo" che il progetto SIMGxFV si è dato fin dall'inizio due anni or sono: i MMG della rete Pharmasearch hanno segnalato nel 2003 il 10,5% di tutte le segnalazioni (5383) presenti nel database del Ministero della Salute ed il 26,1% di quelle provenienti da tutti i MMG italiani (2156).

Questo significa che il tasso di segnalazione del 2003 della rete Pharmasearch è di 131 segnalazioni per 100.000 abitanti/anno, a fronte di un dato nazionale di 9,3 segnalazioni per 100.000 abitanti/anno.

Area servizi

Articoli, prima segnalazione, news dal CSM/MCA e da FDA, iniziative locali ed internazionali, gruppi di studio, progetti di ricerca, SIMG x farmacovigilanza.

**Benvenuto nell'Area servizi del sito
www.farmacovigilanza.org dove troverà le seguenti sezioni:**

Prima segnalazione di una ADR da...

Programma permanente di informazione

Articoli

Bibliografia recente e selezione della letteratura

SIMG x farmacovigilanza

La farmacovigilanza in Medicina Generale

Modifica impostazioni personali

Consente di modificare i dati forniti durante la registrazione, iscriversi o cancellarsi dalla mailing di www.farmacovigilanza.org

News dal CSM/MCA e dall'FDA

Committee on Safety of Medicine, Medicine Control Agency, Food and Drug Administration

Iniziative e gruppi di studio

Informazioni su iniziative, gruppi di studio e progetti di ricerca in tema di farmacovigilanza, in ambito nazionale e internazionale

LE COLONIE ELIOTERAPICHE:

LA PEDIATRIA IN PROVINCIA DI AREZZO DAL 1925 AL 1933

Francesca Farnetani*, **Italo Farnetani****

* Studentessa universitaria - Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

** Professore a contratto di Comunicazione in Pediatria, Università di Milano.

Per corrispondenza:

Prof. Italo Farnetani

Professore a Contratto di Comunicazione in Pediatria, presso la Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Milano per l'anno accademico 2003/04.

Piaggia di Murello 44

52100 Arezzo

cell. 339.15.36.444

e-mail: italofarnetani@tin.it

Riassunto

Si descrivono alcune fasi della lotta contro la tubercolosi in provincia di Arezzo, l'attività del Dispensario antitubercolare e delle colonie elioterapiche in particolare della più prestigiosa, quella di Ginezzo a Cortona.

Parole chiave

ONMI, Elioterapia, Storia della medicina in Arezzo, tubercolosi.

PREMESSA

Anche ad Arezzo avvennero alcuni cambiamenti determinati da una nuova legislazione promulgata dal governo fascista. Nel 1925 fu istituita l'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia (ONPMI), mentre nel 1927 fu promulgata la legge istitutiva dei Consorzi antitubercolari provinciali e l'assicurazione obbligatoria contro la tubercolosi. Gli aspetti squisitamente profilattici della malattia tubercolare vennero affidati all'Opera Nazionale Balilla che ebbe anche la gestione delle colonie elioterapiche, marine, montane o fluviali.

Gli anni che seguirono furono caratterizzati da un'intensa attività per la lotta alla tubercolosi, che, anche nella nostra provincia, fu particolarmente intensa come descriveremo in seguito e che culminò con l'inaugurazione nel 1933 dell'ospedale sanatoriale "Garbasso".

IL CONSORZIO PROVINCIALE ANTITUBERCOLARE E L'ONPMI (OPERA NAZIONALE PER LA PROTEZIONE DELLA MATERNITÀ E DELL'INFANZIA)

Il 10 dicembre 1925 una legge dello Stato istituiva l'opera nazionale maternità e infanzia (legge del 10 dicembre 1925 n. 2277 e Regio Decreto 15 aprile 1926 n. 718 riguardo all'attuazione).

Ci vollero alcuni anni per far decollare il servizio di assistenza pediatrica gestita dall'ONPMI su tutto il



Fig. 1 · Galliano Del Soldato (1896-1966), esperto alpinista, individuò l'area di Ginezzo (Cortona) dove far sorgere la colonia.

territorio nazionale.

Nella nostra provincia la fine degli anni '20 e l'inizio degli anni '30 furono caratterizzati da una grande attività della lotta contro la tubercolosi, malattia che era presente in varie zone della provincia e per quel che riguarda il comune di Arezzo soprattutto nella zona di Colcitrone e di Quarata e troviamo l'ONPMI in prima linea insieme al Consorzio provinciale antitubercolare nell'attività di profilassi e prevenzione.

I figli di genitori affetti da tubercolosi o comunque che vivevano in ambienti ad alto rischio, venivano allontanati dalla madre e affidati a una balia, grazie a un sussidio dello Stato. Anche i più grandicelli venivano allontanati dalla famiglia, ma inviati, per un minimo di 6 mesi, presso una colonia permanente.

Il Consorzio provinciale antitubercolare di Arezzo aveva sottoscritto una convenzione



Fig. 2 · La colonia elioterapica montana di Ginezzo (Cortona) era nata all'inizio con fini ricreativi, poi divenne un importante presidio per la lotta contro la tubercolosi, dimostrando così la priorità che era stata data alla lotta di tale malattia.

con il Consorzio provinciale antitubercolare di Siena per cui i bambini aretini erano ospitati presso la colonia di Marina di Massa, gestita dall'Ente senese.

Altre forme di profilassi venivano attuate attraverso una sorveglianza domiciliare affidata, per il Comune di Arezzo, alle assistenti sanitarie, mentre, per il resto della provincia, al personale dei dispensari antitubercolari periferici. Venivano anche distribuiti disinfettanti e dosi di olio di fegato di merluzzo per i bambini.

Periodicamente venivano sottoposti a controlli medici ed esami i 200 ospiti del seminario vescovile e le 120 alunne del conservatorio di Santa Caterina.

Nella nostra provincia fu privilegiata l'istituzione delle colonie elioterapiche, infatti vi furono destinati quasi tutti i proventi della seconda e terza campagna antitubercolare che si era svolta all'inizio degli anni '30.

Per inquadrare opportunamente l'efficacia di un trattamento climatico nel contesto della prevenzione e cura delle malattie dei bambini bisogna ricordare che l'Italia era in quel periodo uno dei Paesi più poveri d'Europa, perciò molti bambini vivevano in ambienti malsani con scarsità di requisiti igienici e insufficienti condizioni di alimentazione.

Gli effetti benefici degli ultravioletti contenuti nelle radiazioni solari sul metabolismo della vitamina D sono conosciuti ancora oggi.

Nelle condizioni critiche della situazione dell'infanzia in Italia, associate all'altrettanto critica situazione economica del bilancio dello Stato, il sole e la vita all'aria aperta risultavano un trattamento a basso costo ed efficace dal punto di vista della propaganda politica. Senza dubbio bambini e adolescenti traevano grandi benefici dalla permanenza nelle colonie elioterapiche, sia perché stavano all'aria aperta, ma soprattutto perché mangiavano a sufficienza e vivevano in ambienti salubri (ricordiamo

L'ammissione alle colonie elioterapiche e marine veniva effettuato attraverso i dispensari antitubercolari. Potevano usufruire di questi servizi bambini che avevano uno dei genitori malato di forma tubercolare conclamata, oppure bambini "gracili" o che appartenevano a famiglie di assoluta e comprovata indigenza.

Le domande di ammissione alle colonie elioterapiche e marine erano sempre superiori ai posti disponibili per cui molti bambini ne restavano espulsi, comunque le categorie a rischio che abbiamo indicato avevano la precedenza assoluta.

Il dispensario provinciale antitubercolare aveva

sede ad Arezzo e, con l'inaugurazione nel 1933 dell'ospedale sanatoriale "Garbasso", fu annesso a tale struttura. Era aperto quattro volte alla settimana: il mercoledì e il sabato dalle 15 alle 18, il giovedì e la domenica dalle 10 alle 12. C'erano anche sezioni dispensariali, a Sansepolcro e a Terranuova Bracciolini annessi al locale ospedale, mentre erano in locali isolati a Cortona, e a San Giovanni Valdarno.

A Cortona la sede dispensariale si trovava in Piazza della Seta, in locali che ancora oggi sono adibiti a servizi sociali del Comune e si nota ancora sulla facciata esterna lo stemma del dispensario.

LE COLONIE ELIOTERAPICHE.

La colonia elioterapica più grande della nostra provincia fu quella di Montevarchi: si trovava lungo le rive dell'Arno, in una zona che ancora oggi si chiama "Colonia" e la presenza, ora come allora, di grandi pini rendono ancora visibili le caratteristiche ambientali di un tempo.

L'appuntamento per la partenza era in piazza Varchi alle 9, il ritorno al pomeriggio dopo la merenda.

La colonia più prestigiosa fu invece quella di

Ginezzo (Fig. 2-5), nel comune di Cortona, infatti nel 1937, quando a Roma fu organizzata la "Mostra nazionale delle colonie estive e dell'assistenza all'infanzia" un plastico della colonia di Ginezzo fu messo al posto d'onore, nell'atrio del Palazzo dell'esposizione e tale colonia portata come modello di organizzazione e di efficienza.

Nella colonia di Ginezzo vi erano ospitati solo i maschi, mentre a Cortona, presso la Fortezza le femmine, ma senza possibilità di pernottamento.

La storia della colonia di Ginezzo offre lo spunto per alcune riflessioni.

Era situata sul monte Ginezzo a 929 metri sul livello del mare, a 17 km dalla città di Cortona, in una zona pianeggiante vicino a una sorgente d'acqua.

Nel 1924 vi fu realizzata una colonia per i ragazzi dell'Orfanotrofio "Cinaglia" di Cortona, come iniziativa del patronato scolastico a opera di tre giovani maestri, Galliano Del Soldato (Fig. 1) che fu Direttore della colonia fino all'estate del 1935, Ruggero Argentini e Amedeo Rossi, inoltre dal medico condotto di Cortona, Dino Aimi e dall'economista dell'Ospedale Roberto Bezzi.

I ragazzi erano ospitati in tende ospedaliere (Fig. 3) residue della prima guerra mondiale e che erano state donate dalla direzione di sanità



Fig. 3 · La colonia elioterapica montana di Ginezzo.



Fig. 4 · La colonia elioterapica montana di Ginezzo era considerata una delle migliori d'Italia. Restò in attività fino agli anni '60.

militare di Firenze (in seguito furono costruite delle baracche - Fig. 4).

Dopo la prima estate l'iniziativa ebbe un rapido successo per cui dal 1925 fu aperta agli alunni delle scuole del comune di Cortona.

Nello stesso tempo il Partito Fascista si appropriò dell'iniziativa pur trattandosi di una realizzazione del patronato scolastico, e dimostra come la politica fascista tendesse ad appropriarsi sempre di maggiori spazi dello Stato.

Negli anni '30 fu destinata ai bambini a rischio tubercolare della provincia di Arezzo e ne venne fatto uso nel contesto di una azione complessiva antitubercolare.

Nelle colonie veniva fatta attività fisica, sportiva e ricreativa. Nella colonia di Ginezzo venivano effettuate lunghe passeggiate al mattino e al pomeriggio, seguendo i sentieri della zona, sedute elioterapiche (fig. 5).

L'alimentazione si basava in parte su indicazioni nazionali e

prevedeva per la prima colazione latte con pane e marmellata (per molti bambini era l'occasione per mangiare per la prima volta la marmellata!) e, come è stato dimostrato in seguito si tratta della prima colazione nutrizionalmente più idonea.

Pane e marmellata anche a merenda e talvolta



Fig. 5 · Una seduta elioterapica a Ginezzo. Anche "al sole" valgono le gerarchie: in avanti ci sono il "capobaracca" e il "vice capobaracca", dietro gli altri bambini, suddivisi per baracca.

veniva data anche cioccolata in cubetti. I pasti venivano assicurati da cuochi.

Veniva data carne tutti i giorni, pastasciutta al ragù a pranzo e minestra, spesso di verdura, alla sera. Veniva privilegiato il brodo di carne e la carne bollita. Si riteneva infatti che fosse il tipo di alimentazione ottimale, infatti solo in seguito si è scoperto che il valore nutrizionale del brodo di carne è scarso, come pure quello della carne bollita all'interno, infatti si determina una denaturazione e distruzione di proteine e vitamine che, trasformate allo stato colloidale, perdono gran parte del potere nutrizionale e se ne riduce nettamente l'assorbimento.

Sempre presente una porzione di verdura sia a pranzo sia a cena di cui ne è stata confermata anche in seguito l'utilità.

Riportiamo nella tabella I il quadro complessivo delle colonie presenti in provincia di Arezzo e nella tabella II il numero di bambini inviati nelle colonie marine negli anni 1932 e 1933.

Da notare che nel 1932 si verificò in provincia di Arezzo una epidemia di poliomielite per cui le colonie elioterapiche di Arezzo e di Monte S. Savino non furono aperte.

Va ricordato che fino alla grande epidemia del 1939 si erano verificati solo sporadici casi di poliomielite e piccole epidemie ben circoscritte come appunto nel 1932.

Bibliografia

- N. Latronico, Storia della pediatria, Torino 1997, p. 672.
- A. Buttafuoco, Le origini della carta nazionale di maternità. Dipartimenti di studi storico-sociali e filosofici, Arezzo 1992.
- F. Vardeu, L'assistenza sanitaria al bambino dal 1920 al 1940, in V. FANOS, M. CORRIDORI, L. CASTALDI, Pueri, puerorum, pueris, Agorà edizioni, Lecce 2003, pp. 233-250.
- F. Farnetani, I. Farnetani, La pediatria ad Arezzo dal 1868 al 1911, "Il Cesalpino", 2, 2003.
- AA.VV., Condizioni attuali degli istituti di ricovero, lettura dei rapporti degli ispettori dell'ONMI, Maternità e infanzia 1928: 529.
- AA.VV., I primi sei mesi di vita dell'ONMI, Maternità e infanzia 1926; 2:56-57.
- AA.VV., Ispezioni ad istituti per la protezione della maternità e infanzia, Maternità e infanzia 1927 11-12.
- G.F. Del Soldato, Galliano Del Soldato, Grosseto 2000.
- F. Cristelli, Il maestro Del Soldato, Notizie di storia, n° 8, dicembre 2002, p. 21.
- M. Parigi, Le origini del fascismo a Cortona, Milano 2002.
- M. Parigi, Ricordo del maestro Galliano Del Soldato, in L'Etruria, 15 novembre 2003, p. 4.
- AA.VV., Guida all'ambiente di Monte Ginezzo, Cortona 1999, p. 51.

Tabella I - Bambini ospitati nelle colonie elioterapiche in provincia di Arezzo.

COMUNI	Tipo di colonia	1932	1933
Anghiari	F.P.	-	110
Arezzo (Fortezza)	E.D.	240	220
Bibbiena	E.D.	90	83
Castiglion Fibocchi	E.D.	35	85
Cortona (Fortezza)	E.D.	90	115
Cortona (Ginezzo)	M.P.	120	228
Foiano della Chiana	E.P.	100	132
Laterina	F.D.	30	-
Lucignano	E.D.	45	46
Monte S. Savino	E.D.	60	74
Montevarchi	F.P.	210	420
Pratovecchio	F.D.	-	40
S. Giovanni Valdarno	F.D.	60	-
San Sepolcro	F.D.	80	110
Soci	E.D.	120	122
Stia	M.P.	-	75

Tabella II - Numero di bambini aretini ospitati in colonie marine.

	1932	1933
Colonie Marine	666	616

IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

III PARTE

Giovanni Caruso
Medico Legale - Arezzo

Dopo una pausa che si è resa necessaria al fine di consentire la pubblicazione di articoli scientifici che sono pervenuti alla redazione del "Cesalpino", riprende con l'art. 23 il commento al Codice di Deontologia medica, attualmente in vigore.

L'attuale pubblicazione coincide con i lavori, che recentemente sono iniziati presso la Commissione per l'aggiornamento del Codice deontologico, il che trova motivazione nella esigenza di adeguare le norme che ispirano il comportamento professionale ed extraprofessionale del medico, ai rapidi cambiamenti imposti da una società suscettibile di continua evoluzione legislativa.

ART. 23 (seguito)

Tale articolo richiama l'attenzione al dovere di chiara, diligente ed esaustiva compilazione della cartella clinica, intesa come la storia contingente di fatti patologici che hanno motivato il ricovero ma anche di patologie che possano essersi verificate in corso di degenza, peraltro senza ignorare la necessità di un'accurata raccolta anamnestica, il tutto esclusivamente finalizzato alla tutela degli interessi del cittadino.

Essendo, la cartella clinica, identificata, dalla giurisprudenza di Cassazione, quale atto pubblico, ne deriva che nella registrazione di "...ogni dato obiettivo, relativo alla condizione patologica ed al suo decorso...", si deve seguire un metodo di raccolta dei dati orientati per indirizzo diagnostico-terapeutico, non ignorando, peraltro, di allegare alla stessa una documentazione relativa all'acquisizione scritta del consenso informato, poichè in mancanza di consenso informato ogni atto medico può configurare il reato di violenza privata.

Definirla come atto pubblico comporta una serie di conseguenze sul piano giuridico di non lieve portata: l'applicazione degli artt. 479 e 476 del c.p. per falso ideologico e materiale, l'eventuale responsabilità per omissione di atti d'ufficio, ex art.328 c.p., o per rivelazione di segreto d'ufficio, ex art.326 c.p.

ART. 24

In questo articolo si precisa che la scelta del medico è e deve restare fondata su di un sentimento fiduciario che deve sussistere e mantenersi immutato, da parte del cittadino, per l'intero decorso della prestazione professionale, a garanzia della partecipazione del pazien-

te, al percorso diagnostico e terapeutico che attiene la sua storia clinica. Per quanto concerne la scelta del medico e del luogo di cura, la libertà di tale scelta è ribadita anche nella normativa del Servizio Sanitario Nazionale, trovando, peraltro, applicazione nei provvedimenti regolamentari. Tale scelta, libera e consapevole, rappresenta un principio fondamentale ed inalienabile che deve improntare il rapporto medico-paziente, proprio per la natura fiduciaria che caratterizza tale rapporto. La libertà di scelta e la natura fiduciaria del rapporto medico-cittadino, trovano un effettivo e significativo riscontro in ambito giuridico, nell'art.2232 c.c. che, appunto, sancisce al 1° comma l'obbligo di "eseguire personalmente l'incarico assunto" evidenziando, così, indirettamente, l'aspetto fondamentale della fiducia che connota il rapporto in esame con conseguenze notevoli anche per il diritto (v. ad esempio le limitazioni poste dallo stesso articolo 2232 c.c. in merito alle possibilità del professionista di far ricorso a sostituti e/o ad ausiliari). Il codice deontologico stabilisce, peraltro, che il medico deve rispettare e per certi aspetti incoraggiare il diritto del paziente alla libera scelta oltre che del curante, anche del luogo di cura,. Per quanto concerne quest'ultimo aspetto, c'è da chiedersi: quale sarà la realtà sanitaria del dopo federalismo?

Va rilevato altresì che il presente articolo considera solamente la fattispecie in cui le indicazioni del medico siano mosse da convinzioni di beneficiabilità, sarebbe auspicabile un esplicito riferimento al principio di solidarietà, responsabilità ed equità, ciò in riferimento a quanto già previsto dall'artt.3 e 4 del codice, ove si sancisce il principio dell'indipendenza dell'esercizio professionale e la finalizzazione dello stesso alla sola tutela della vita e della salute dei pazienti

ART. 25

L'importanza del rapporto di fiducia medico-paziente, viene inquadrata, in questo articolo, dal punto di vista del medico

Così come nella precedente versione, non viene specificato il significato delle prove di sfiducia che sono causa dell'interruzione del rapporto medico-paziente, se ne deduce che si debba fare riferimento a concetti generali e alla prassi delle relazioni sociali.

".....Il medico può rinunciare all'ulteriore trattamento, purché ne dia tempestivo avviso....." (alla luce della nuova legge sulla privacy e del relativo Codice, "l'avviso" previsto dall'art. 25 può essere espresso per iscritto o semplicemente per

via orale).

L'art. 25, nel testo attuale, con la sostituzione del termine "paziente" con quello di "cittadino", tende a riconoscere dignità universale al soggetto che si affida al medico. Si rileva che nel rispetto di quanto previsto dalla Legge 675 del 31-12-1996, nell'ambito di una situazione di decadimento del rapporto fiduciario e di sostituzione con altro collega, è stato previsto il consenso scritto dell'interessato nel caso in cui ci sia necessità di trasferimento d'informazioni e documentazioni ad altro sanitario; tutto ciò al fine di garantire la prosecuzione del percorso diagnostico-terapeutico. Dopo il trasferimento dei dati clinici, il medico, se libero professionista o convenzionato, dovrà immediatamente distruggere materialmente la scheda sanitaria?, questo resta una questione aperta, che attende ancora una nota di chiarimento da parte del Garante per la Privacy. In sostanza, la sfiducia dimostrata dal paziente non può essere per il medico un alibi per comportamenti di rivalsa nei confronti di chi non ha mostrato di apprezzare la sua opera professionale e di chi viene a sostituirlo.

Al riguardo va rammentato altresì, per ciò che attiene all'obbligo deontologico, sancito dal presente articolo, della continuazione della prestazione professionale fino alla sostituzione con altro collega, che il mancato rispetto di tale obbligo può comportare per il medico gravi conseguenze anche d'ordine legale, ed in particolare di natura penale, ove la mancata prestazione realizzi gli estremi del reato di omissione di soccorso (art.593 c.p.) o, in caso ne sia derivato aggravamento o morte del paziente, quelli di lesione e di omicidio.

In materia la giurisprudenza dominante appare alquanto severa nei confronti del medico al quale viene fatto obbligo, in via generale, di garantire che l'ammalato, comunque, non resti senza assistenza e cure.

ART. 26

Questo articolo costituisce una applicazione del generale principio del rispetto del rapporto di fiducia che deve intercorrere tra medico e cittadino. Nel caso di specie non esiste alcuna norma giuridica alla quale fare riferimento.

ART. 27

L'articolo è già esplicativo per quanto concerne il divieto da parte del medico di perseguire interessi personali. L'art. 170 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie, attribuisce rilevanza penale al cosiddetto comparaggio, cioè il ricevere per sé o per altri denaro o altra utilità o accettarne la promessa allo scopo di agevolare con prescrizioni mediche o in altro modo la diffusione di specialità medicinali o di prodotti ad uso terapeutico.

ART. 28

Tale art. elabora il medesimo principio che ha ispira-

to l'art. che precede. Entrambi configurano aspetti complementari, intesi similari del rapporto tra norme penali e norme deontologiche. L'art. 102 del Testo Unico delle Leggi Sanitarie proibisce al medico, iscritto all'albo, qualsiasi convenzione per la partecipazione agli utili di una farmacia.

L'interesse privato è già previsto dal codice penale (art. 324), con la stesura di detto articolo il legislatore ha inteso reprimere la condotta del funzionario, indipendentemente dall'esistenza di un danno per la pubblica amministrazione (Cassaz. penale sez. VI 2-giugno-1980 n° 7078). Alla luce di dette norme penali, così esplicite, sarà oggetto di discussione l'opportunità di mantenere separati i due articoli (27 e 25) o in alternativa di unificarli.

ART. 29

La sostituzione del termine "impegnarsi a proteggere il minore" (Codice deontologico 1995) con l'espressione "contribuire a proteggere il minore" può far ravvisare l'assunzione, da parte del medico, di un minore impegno professionale e deontologico nei confronti di un soggetto particolarmente vulnerabile, quale il minore, l'anziano, il disabile, in stato di difficoltà medico-sociale.

Tale articolo si ricollega a quanto previsto dal codice penale all'art. 591 (abbandono di persone minori ed incapaci), Sotto il profilo penale ci si ricollega anche a quanto previsto in materia di obbligo di referto (art. 365 C.P.).

ART. 30

Questo art. dà inizio ad una serie di norme deontologiche (art. 30-31-32-33-34) tutte mirate a regolamentare le problematiche insite nel campo dell'informazione e del consenso in ambito sanitario.

Si tratta di argomenti sui quali permane, tuttora, un acceso dibattito, in campo etico. In realtà, alla luce dei più recenti orientamenti giurisprudenziali, non si potrà ignorare nè sottovalutare la problematica inerente la responsabilità del medico in rapporto all'obbligo di acquisizione del consenso da parte del cittadino, per quanto riguarda la procedura sia diagnostica sia terapeutica.

Perchè il "consenso informato" possa essere considerato giuridicamente e deontologicamente valido, si rende necessario che al paziente siano fornite chiare, comprensibili ed esaurienti informazioni circa gli ipotetici rischi che potrebbero conseguire all'attuazione di un percorso diagnostico-terapeutico; questo principio è stato ribadito dai giudici della Va sez. civile del tribunale di Milano (sentenza del 23-maggio-2003).

L'ampiezza del contenuto dell'informazione che il medico ha il dovere di fornire, è un tema molto dibattuto, in alcune sentenze si fa riferimento ai rischi probabili, in altre, più estesamente, a quelli anche solo vagamente possibili, ovvero aleatori, tutto ciò induce disorientamento nella categoria.

Ebbene, una recente sentenza ha affrontato la tematica dell'informazione nel suo insieme, soffermandosi specificamente sulla sua ampiezza e fornendo validi elementi di chiarificazione della complessa problematica.

Per il Tribunale, nell'ambito degli interventi chirurgici, il dovere di informazione che incombe sul sanitario cui è richiesta la prestazione professionale concerne la portata dell'intervento, le inevitabili difficoltà, gli effetti conseguibili e gli eventuali rischi. E questo in modo da porre il paziente in condizioni di decidere sull'opportunità di sottoporsi al trattamento o di ometterlo, nel rispetto del principio d'indipendenza decisionale e del rapporto rischio-beneficio.

Sono state, peraltro, stilate "linee guida" sul consenso informato, tra queste il documento elaborato dall'Istituto Oncologico Europeo è ispirato al seguente principio: "Nulla che mi riguarda deve accadere senza che io ne sia consapevole e consenziente".

Sotto il profilo generale, nel rispetto degli orientamenti giurisprudenziali (Corte di Cassazione sez. Civile 30-04-1996), il contenuto dell'informazione deve riguardare:

La diagnosi

La prognosi prevedibile qualora non si intervenisse o si rinviasse il trattamento

La prognosi qualora si procedesse al trattamento medico o chirurgico

Le modalità di trattamento, eventuali alternative sia di tecnica sia di terapia

I rischi e le complicanze prevedibili, non soltanto da un punto di vista meramente statistico, ma in specifico riferimento alle condizioni cliniche del singolo paziente

Il decorso in termini di cura e/o di guarigione.

La sentenza citata, peraltro specifica che l'obbligo d'informazione si estende anche "...ai rischi specifici rispetto a determinate scelte terapeutiche alternative, in modo che il paziente, con l'ausilio tecnico-scientifico del sanitario, possa determinarsi verso l'una o l'altra delle scelte possibili, attraverso una cosciente valutazione dei rischi alternativi e dei corrispondenti vantaggi", la stessa sentenza precisa che: ".....quando interventi chirurgici particolarmente complessi presentino nelle varie fasi, rischi specifici e distinti e tali fasi assumano una autonomia gestionale e diano luogo, esse stesse, a scelte operative diversificate, ognuna delle quali presenti rischi diversi, l'obbligo di informazione si estende anche alle singole fasi ed ai rispettivi rischi".

Ne deriva che l'acquisizione del consenso scritto può essere utile sotto il profilo probatorio; la giurisprudenza, tuttavia, è attenta non tanto ad una sottoscrizione di un modulo ma al fatto che da esso possa emergere che il medico ha adeguatamente ed esaurientemente informato il paziente, ricevendone un consapevole e libero consenso al tratta-

mento proposto quale migliore soluzione terapeutica.

L'art. 30, è in sintonia con le indicazioni elaborate dal Comitato Naz. di Bioetica. secondo cui l'informazione deve essere:

a) "adatta al singolo paziente, in relazione alla sua cultura e alla sua capacità di comprensione da un lato e al suo stato psichico dall'altro

b) "corretta e completa circa la diagnosi, le terapie, il rischio, la prognosi".

Il problema più rilevante riguarda la comunicazione di prognosi gravi o infauste nei confronti delle quali, al di là dei livelli culturali che contraddistinguono i singoli malati, si registrano spesso atteggiamenti di rifiuto, da parte degli interessati, a conoscere la verità. In tale contesto, anche il problema più grave, e cioè quello attinente al paziente che non vuole conoscere e sfugge la verità può assumere una diversa connotazione per cui il medico può attuare nei confronti del malato una rivelazione progressiva del suo stato "con un approccio graduale che tenga conto volta per volta di ciò che il paziente desideri effettivamente sapere, oltretutto quanta parte di verità egli sia in grado di sopportare" (Commissione Naz., di Bioetica)

ART. 31

L'informazione a terzi che è "ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente", costituisce deroga a quanto previsto all'art. 9 (segreto professionale). Permane l'obbligo, nei confronti del paziente preso in carico, di acquisire l'identità delle persone, preliminarmente indicate dal paziente, a ricevere la comunicazione dei dati sensibili, nei termini previsti dall'art. 23, comma 1 quater L. 675/96.

L'art. 31 nel 1° comma affronta in termini generali, la problematica inerente l'informazione; nel 2° comma s'intende fornire un orientamento di condotta professionale, con particolare ma non esclusivo riferimento al medico ospedaliero il quale, quotidianamente si trova nella necessità di dover affrontare i molteplici aspetti correlati all'informativa da proporre al paziente. Previo esplicito consenso espresso dal paziente, sarà lo stesso medico a dover acquisire i nominativi delle persone indicate a ricevere la comunicazione sui dati relativi alla propria salute, e ai dati sensibili secondo l'art. 23 della legge 675/96.

ART. 32

"Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato", vi è un chiaro riferimento al Codice Civile (art. 1218 "responsabilità del debitore", art. 1223 risarcimento del danno, art. 2043 risarcimento per fatto illecito, art. 2056 valutazione dei danni) e del Codice Penale (art. 55 eccesso colposo, art. 582 lesioni personali, art. 584 omicidio preterinten-

zionale, 589 omicidio colposo, art. 610 violenza provata).

Il titolo dell'attuale art. 32, "Acquisizione del consenso", pone l'attenzione sulla necessità di un'acquisizione effettiva da parte del medico del consenso del paziente. Deve essere integrato all'interno di quanto previsto dal precedente art. 30, esteso all'esposizione dei principi che regolano il consenso, al fine di configurare solide ed inequivocabili norme di garanzia nel rispetto della libertà del cittadino per quanto riguarda la tutela del proprio stato di salute. Il 4° capoverso dell'art. 32 "...ove non ricorrano le condizioni di cui al successivo art. 34" dovrebbe fare esplicito riferimento all'art. "78"; infatti, dalla lettura di detto capoverso si ha la percezione che ove si prevede un trattamento terapeutico che possa derogare dalla "volontà della persona", si voglia in realtà fare riferimento non tanto a quanto previsto dall'art. 34 quanto piuttosto a quanto contenuto nell'art. 78, concernente norme deontologiche attinenti al trattamento sanitario obbligatorio.

In particolare, così come evidenziato dal Comitato Nazionale di Bioetica nel documento "Informazione e consenso all'atto medico", dal disposto degli articoli 13 e 39 della Costituzione "discende che al centro dell'attività medico-chirurgica si colloca il principio del consenso, il quale esprime una scelta di valore nel modo di concepire il rapporto tra medico e paziente, nel senso che detto rapporto appare fondato prima sui diritti del paziente che sui doveri del medico. Pertanto sono da ritenersi illegittimi i trattamenti sanitari extra-consensuali, non sussistendo un "dovere di curarsi" se non nei definiti limiti di cui l'art.32 dell'atto Costituzionale.

Come efficacemente evidenziato da parte della dottrina medico-legale, si può ipotizzare una sorta di graduazione di reati nel caso in cui l'atto medico chirurgico venga compiuto senza il consenso del paziente laddove non ricorra un'improcrastinabile urgenza:

- violenza privata, se l'atto medico imposto al paziente non produce patologie permanenti;
- lesione personale volontaria, se l'atto medico determina una condizione lesiva dell'integrità psicofisica della persona;
- omicidio preterintenzionale, se provoca la morte del paziente.

La rilevanza del consenso assume poi una particolare connotazione con riferimento alla responsabilità civile nelle "attività mediche non correlate a patologie intese in senso proprio", quali la chirurgia estetica e la odontoprotesistica. Andrà presa in considerazione, l'ipotesi di trattamenti diagnostici o terapeutici "che possano comportare grave rischio per l'incolumità del paziente", in tale ipotesi l'indicazione deontologica si compone di due elementi essenziali:

1) effettiva necessità di tali trattamenti per il caso specifico

2) informazione dettagliata sulle possibili conseguenze per la formazione e manifestazione di un consenso che sia effettivamente valido, quindi esplicito e specifico, e che si ritiene opportuno sia documentato.

Riguardo all'ultimo comma, che prevede un divieto esplicito per il medico di compiere qualsiasi atto diagnostico e curativo in presenza di un esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e volere, non si potrà ignorare la problematica relativa all'ipotesi in cui il rifiuto sia stato espresso in epoca antecedente e successivamente l'interessato non sia più capace di manifestare la propria volontà.

In tale ipotesi vengono a confrontarsi due opposte opinioni.

Per alcuni, infatti, resta valida la volontà espressa in precedenza poiché l'incapacità successivamente intervenuta non può far presumere revocato quanto precedentemente manifestato, come del resto raccomanda la Convenzione europea di Bioetica.

Per altri, invece, ricorrerebbe lo stato di necessità e, in questo caso, il medico avrebbe un vero e proprio obbligo di intervenire comunque. A tale riguardo va segnalato quanto espresso dal Comitato Naz. di Bioetica, secondo il quale "sembra innanzitutto opportuno che si faccia sempre una debita distinzione fra la volontà manifestata in astratto dal malato e l'eventuale volontà manifestata, in concreto, su una determinata pratica diagnostica e terapeutica, non potendo evidentemente la prima aver forza giuridica tale da impedire il trattamento sanitario. Così pure occorre fare riferimento al problema dell'eventuale divario fra effettive intenzioni del malato e realtà della situazione in cui esso si trova, poiché tale divario può legittimare interventi terapeutici non rientranti nella sfera intenzionale del soggetto".

ART. 33

Questo art. rispetto al Codice di Deontologia Medica del 1995, si differenzia soltanto per quanto concerne la rappresentanza legale, con riferimento alla necessità del consenso espresso da rappresentanti legali, non solo per gli interventi diagnostico-terapeutici ma anche per il trattamento dei dati sensibili, concernente cioè la salute e la sessualità (Legge 675/96)

Nell'eventualità in cui il trattamento sanitario sia destinato ad un soggetto minorenni o legalmente interdetto o inabilitato, il codice di deontologia, in accordo con quanto già ratificato in ambito giuridico, deve individuare nei rappresentanti legali (tutore e curatore) di tali pazienti, la legittima competenza a sottoscrivere il consenso. Ove detti rappresentanti dovessero opporsi, senza giustificato motivo, ai trattamenti "necessari e indifferibili", il medico dovrà informare l'autorità giudiziaria, secondo quanto riscontrabile anche nelle fattispecie giuridiche disciplinate dagli artt.330 (decadenza della potestà sui figli), art 333 (condotta del genitore pre-

giudizievole ai figli), art. 336 (procedimento), art. 384 (rimozione e sospensione del tutore) del Codice civile.

La formulazione di tale comma (posta a confronto con l'ultimo comma dell'art.29), non fornisce chiarimenti al caso in cui, in mancanza del consenso dei legali rappresentanti, si verifichi una situazione nell'ambito della quale il soggetto minore o interdetto si trovi in condizioni di salute tali da configurare caratteri di tale urgenza da non essere compatibile con i tempi necessari per inoltrare il ricorso all'autorità giudiziaria.

Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, sotto il profilo giuridico l'intervento del medico senza il richiesto consenso sarebbe comunque giustificato, poiché in tal caso ricorrerebbe lo stato di necessità; parimenti, in ambito deontologico non si potrà che pervenire ad identica conclusione.

Con riferimento specifico alla problematica del consenso in pediatria, appare poi opportuno accennare alla possibilità di fornire l'informazione ed acquisire il consenso direttamente nei confronti dei cosiddetti "minori emancipati", cioè di quei minori che abbiano acquisito una capacità naturale in tal senso (art. 390 CC "Emancipazione di diritto" Il minore è di diritto emancipato se contrae matrimonio).

In verità, il vigente ordinamento giuridico italiano, proprio in relazione alla capacità giuridica di esprimere consenso da parte dei minori emancipati per determinati atti medici (come per il prelievo del sangue) si esprime in senso limitativo; infatti, giuridicamente il minore emancipato per ogni atto eccedente l'ordinaria amministrazione, necessita oltre che del consenso del curatore, anche dell'autorizzazione del giudice tutelare.

Va, comunque, evidenziato che, di fatto, il legislatore tende a considerare il "minore emancipato" quale categoria sociale legittimata all'esercizio diretto di alcuni diritti concernenti la propria salute. La problematica in esame risulta comunque fornita di rilevanza anche dal punto di vista etico; di ciò si ha una conferma anche nel fatto che in taluni codici deontologici di altri Paesi (Olanda, Portogallo, Francia), viene data la possibilità al minore e all'incapace, ove ritenuti in grado di esprimere un valido consenso, di decidere autonomamente in merito ai trattamenti sanitari.

Nel codice italiano non sono contenute analoghe previsioni; il consenso sotto il profilo giuridico è un "negozio di diritto privato" e pertanto, come tale richiede in colui che lo manifesta la cosiddetta "capacità negoziale" alle cure, che si acquista con la maggiore età ovvero al compimento del 18° anno; secondo alcuni giuristi il consenso scritto è un "atto giuridico" di diritto pubblico, come tale richiede, il compimento del 14° anno di età, epoca in cui nel nostro ordinamento penale si dà rilievo al consenso.

ART. 34

Questo articolo, sempre in tema di consenso ai trattamenti sanitari, appare fortemente innovativo rispetto alla stesura del precedente codice del 1995, che così recitava. "allorché sussistano condizioni di necessità e urgenza ed in casi implicanti pericolo per la vita di un paziente che non possa esprimere, al momento, una volontà contraria, il medico deve prestare l'assistenza e le cure necessarie". Lo stesso art. nell'attuale Codice deontologico esprime, invece, la necessità del rispetto da parte del medico della volontà chiaramente espressa dal soggetto circa le personali scelte in ordine alla tutela della salute. Il medico, pertanto, in presenza di esplicita volontà del soggetto è tenuto ad attenersi, sempre che questo non contrasti con i principi dell'indipendenza e della dignità professionale. Nel caso in cui il paziente non sia in grado di esprimere la propria volontà, il medico non potrà non tenere conto di quanto il paziente può aver manifestato, in epoca precedente (testamento biologico), tutto ciò in piena concordanza con quanto ratificato nella Convenzione europea di bioetica del 1997. Questo principio, peraltro, appare in sintonia con le spinte innovative che hanno portato anche in Italia alla promulgazione della legge sui trapianti di organo (legge 1 aprile 1999 n. 91) che ha introdotto il principio del silenzio assenso.

ART. 35

Tale norma di fatto conclude la trattazione deontologica del IV° capo, interamente dedicato alla trattazione delle problematiche relative all'informazione ed al consenso in campo sanitario.

Tale articolo ribadisce il dovere, da parte del medico, d'intervento anche in assenza del consenso dell'interessato che versi in stato di incapacità a manifestare la propria volontà, ma soltanto nel caso in cui il trattamento rivesta caratteri di improcrastinabile necessità e vi sia pericolo della vita. Se ne deduce, come già indicato nell'art.31, che il medico ha un vero obbligo giuridico, oltretutto deontologico, a porre in atto in necessari trattamenti; l'omissione, nella fattispecie, potrebbe configurare responsabilità giuridiche. Si rende infine necessario precisare che affinché l'intervento sanitario sia legittimo in assenza di esplicito consenso alle cure, in paziente che si trovi nell'incapacità psicofisica ad esprimerlo, devono necessariamente ricorrere due condizioni, ovvero quella di necessità e di urgenza, ovvero situazioni di grave ed attuale rischio per la salute o la vita. Pertanto, nella fattispecie in cui l'incapacità dell'assistito sia solo momentanea e l'intervento non rivesta caratteri di indifferibilità, il medico dovrà rinviare il trattamento. Va ribadito che in ambito giurisprudenziale, quando non ricorrano caratteri d'urgenza, non riveste validità alcuna, sotto il profilo giuridico, il cosiddetto consenso presunto.

NORME EDITORIALI

- Il *Cesalpino* pubblica i lavori inediti ed originali, di carattere medico scientifico. La rivista ha una periodicità quadrimestrale.
- I lavori devono essere indirizzati a : Redazione "Il *Cesalpino*" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo - Viale Giotto 134 52100 Arezzo - Tel 0575/22724 Fax 0575/300758 - E-mail chirurghi@omceoar.it così pure le pubblicazioni da recensire, i volumi omaggio e in cambio, ecc.
- Le relazioni dovranno essere contenute in un dischetto scritte in programma Word con le seguenti specifiche: margine 0-13, interlinea singola, righe per pagina 50, tipo di carattere Times, dimensione carattere 11, con massimo di 5 pagine comprese tabelle e fotografie (risoluzione foto 300 dpi). Se possibile, dovrà essere inviata una stampa in duplice copia. Ogni parte del lavoro deve iniziare su una nuova pagina con il seguente ordine: frontespizio, riassunto, testo, bibliografia, tabelle, didascalie. Tutte le pagine, ad eccezione del frontespizio e del riassunto, devono essere numerate progressivamente. Possono essere trasmesse con e-mail a chirurghi@omceoar.it
- Nel frontespizio devono essere indicati cognome e nome (per esteso) di tutti gli Autori, denominazione ed indirizzo dell'Istituzione di appartenenza. Deve inoltre essere indicato, anche, l'indirizzo ed il numero telefonico dell'Autore a cui inviare la corrispondenza.
- Il riassunto non dovrà superare le 150 parole. Si dovranno fornire anche le parole chiave in numero non superiore a 6.
- La stesura del testo deve essere conforme a quella abituale dei lavori scientifici: introduzione materiali o casistica, metodologia, risultati e conclusioni.
- I riferimenti bibliografici devono essere numerati secondo l'ordine con cui vengono citati nel testo e non devono superare il n. di 10.
- Per gli articoli di Riviste devono essere riportati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del lavoro, la Rivista, il numero, le pagine e l'anno di pubblicazione: es: De Bac C, Stroffolini T, Gaeta GB, Taliani G, Giusti G. Pathogenetic factors in cirrhosis with and without hepatocellular carcinoma. A multicenter italian study. *Hepatology* 1994; 20:1225 - 1230. Nel caso di libri devono essere citati gli Autori, il titolo, l'edizione, l'editore, la città, l'anno. Per gli articoli su Internet dovrà essere indicato il sito. I lavori non ancora pubblicati possono essere segnalati con la dizione "in stampa" tra parentesi.
- Il materiale iconografico deve essere corredato dall'indicazione della precisa collocazione nell'ambito del lavoro. Le tabelle dattiloscritte devono

essere numerate in numeri romani e essere autoesplicative e non particolarmente complesse. Le illustrazioni devono recare sul retro il numero arabo progressivo, l'orientamento ed il nome degli Autori. Le didascalie vanno dattiloscritte su foglio separato, con chiaro riferimento alle figure. Le illustrazioni di radiografie si accettano stampate in positivo e di buona qualità. Disegni e grafici devono essere fotografabili in forma definitiva.

- Le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero. Qualora gli autori ritengano importante l'utilizzo del colore, potranno richiedere, accollandosi le spese, la pubblicazione a 4 colori.
- Il Comitato di Redazione, sentito eventualmente il parere degli esperti, accetta i lavori a suo insindacabile giudizio e si riserva di chiedere agli Autori eventuali modifiche al testo e del materiale iconografico. I lavori verranno distribuiti, in rapporto alle intrinseche peculiarità, nelle diverse rubriche in cui si articola la Rivista (ricerche cliniche, casistica clinica, aggiornamento, ecc.).
- I lavori accettati vengono pubblicati gratuitamente. Sono a carico degli Autori la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e per la stampa, la confezione e la spedizione degli estratti.
- Gli Autori sono tenuti a restituire le bozze di stampa corrette a stretto giro di posta (senza apportare variazioni al testo e alle figure) alla Segreteria della Redazione de "Il *Cesalpino*" c/o l'Ordine Provinciale dei Medici di Arezzo Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo. Le bozze saranno inviate al primo Autore (INDICARE INDIRIZZO PRECISO), se non altrimenti richiesto. Ogni Autore è comunque tenuto a indicare il proprio recapito postale ove poter spedire una copia della rivista pubblicata.

La richiesta di estratti va fatta direttamente a:

L. P. Grafiche - Via F. Filzi 28/int.

Tel.0575/907425 - 52100 Arezzo.

- La redazione si riserva direttamente la correzione delle bozze quando particolari esigenze editoriali lo rendano necessario.
- I dattiloscritti dei lavori non accettati e gli originali delle illustrazioni pubblicate non vengono restituiti. La proprietà dei lavori pubblicati è riservata. E' vietata la riproduzione anche parziale degli articoli e delle illustrazioni non autorizzate dall'Editore.
- E' prevista, inoltre, una sezione "news": pertanto coloro che vorranno comunicare l'organizzazione di Congressi o altre informazioni di interesse per i colleghi, potranno inviarle alla redazione che, compatibilmente con i tempi di pubblicazione, provvederà ad inserirle.