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

Temi di approfondimento

Congressi e Convegni

Medicina e Società

Il caso clinico

Storia della Medicina in Arezzo

Riflessioni

Deontologia Medica

Leggi · Decreti · Circolari

Il Cesalpino

n°6 anno 2003

Il Cesalpino - Periodico quadrimestrale - Sped. in A.P. - Tariffa stampa periodica
art.2/comma 20/C L. 662/96 - D.C./116/SP del 05/07/2001 - Arezzo - Direttore Responsabile Roberto Romizi
Aut. Trib. n°7 - 2001/del registro stampa n°522/2001 - Stampa: L.P. Grafiche Arezzo

SOMMARIO

Temi di approfondimento
- TETANO: tossinfezione eradicata o attuale? 3
- Prestazioni del Test di Screening Prenatale per Sindrome di Down e altre cromosomopatie nelle gestanti di età superiore a 35 anni: una strategia alternativa alla Diagnosi Prenatale Invasiva di routine 7
- CHIRURGIA PROCTOLOGICA: tecniche anestesiologiche ed analgesia postoperatoria in proctologia 10
- LA DISTONIA: un'ulteriore indicazione per la stimolazione cerebrale profonda -(D.B.S.) 13
- TRACHEOSTOMIA PERCUTANEA: esperienza aretina 15

Convegni e Congressi 19

Medicina e Società
- L'osservatorio degli incidenti del traffico della Provincia di Arezzo 25

Il caso clinico
- IPOGLICEMIA DA INSULINOMA: una rara causa di alterazione dello stato di coscienza nell'anziano 31

Storia della Medicina in Arezzo
- CENTENARIO DI ANDREA CESALPINO (1519 – 1603) 35

Riflessioni
- L' E.C.M. è un diritto o un dovere del Medico? 37

Deontologia Medica
- Sedazione del dolore ed eutanasia 38

Leggi · Decreti · Circolari FNOMCEO e ENPAM 40

Norme editoriali 45

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: chirurghi@omceoar.it
  sito web: www.omceoar.it

EDITORIALE

IL GOVERNO CLINICO

La prestigiosa rivista British Medical Journal ha pubblicato recentemente un interessante studio dell'OMS sull'efficienza comparata dei SSN dei 191 paesi del mondo.
L'Italia era piazzata nelle prime posizioni mentre per esempio la Gran Bretagna il cui SSN pubblico si trova in ginocchio dopo i drastici tagli di spesa inferti, si posizionava al 24° posto e gli Stati Uniti si trovavano in compagnia con Iraq, Pakistan e Malesia.
Il nostro SSN era riconosciuto come uno dei migliori al mondo nonostante evidenti difetti come sprechi e inefficienze.
Più recentemente il 24 giugno a Bruxelles è stata presentata un'indagine in cui l'Italia risultava al 2° posto nella UE per l'aspettativa media di vita in salute.
Le differenze tra i vari paesi sono attribuibili alle differenze socio-economiche e agli stili di vita ma anche ai diversi SSN.

In Toscana "il Piano Sanitario Regionale conferma pienamente l'universalità del Servizio Sanitario Toscano e offre a tutti i cittadini l'intera gamma dei percorsi assistenziali e delle prestazioni. Intende, nel contempo, promuovere…..la cultura dell'appropriatezza e dell'adeguatezza … al fine di dare accesso a prestazioni di buona qualità a chi ne ha bisogno, di evitare i danni per la salute, legati ad un consumismo sanitario incontrollato, e di conseguire la sostenibilità economica del sistema sanitario".
Il Piano identifica gli obiettivi di salute, opera per progetti integrati, coinvolge le comunità locali, misura i risultati, propone fondamentali innovazioni di politica sanitaria e cambiamenti decisivi nell'assetto strutturale.

E' in questo contesto che si inserisce la modalità operativa denominata "Governo Clinico", che rappresenta "un sistema attraverso il quale le organizzazioni del servizio sanitario nazionale sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria". Il governo clinico garantisce l'autonomia professionale dei medici coniugato con la responsabilizzazione nell'uso delle risorse, l'auto-disciplina, la ricerca dell'appropiatezza, la definizione di linee-guida e i percorsi assistenziali.
Solo il governo clinico è in grado di integrare politiche ed approcci spesso frammentari consolidando la responsabilità e l'autonomia delle figure professionali.

Le forme del cambiamento non possono però essere esclusivamente "pensate per legge", ma devono essere svolte e sperimentate sul campo.
E' compito delle Aziende sanitarie promuovere la partecipazione degli operatori sanitari, valorizzarne la professionalità e la responsabilizzazione, dare sistematicità al lavoro dipartimentale, stabilire un rapporto tra l'audit interno e la qualità percepita dai cittadini.

Sono obiettivi possibili se è forte la motivazione degli operatori e se questi vivono il sistema come espressione propria.
Per questo è stato organizzato all'Ordine dei Medici di Arezzo un Convegno sul "governo clinico" con l'obiettivo di stimolare la valorizzazione del ruolo degli operatori del SSN il cui contributo è necessario per la possibilità che hanno di dare pareri: il compito della professione è quello di individuare le priorità e le prestazioni efficaci. Solo la partecipazione alle scelte degli operatori sanitari garantisce la qualità del servizio.
E' necessario però che nei Sistemi Sanitari Nazionale e Regionale venga data priorità alla cultura scientifica: va sostenuta la priorità della salute rispetto all'economia: la salute non è merce.
D'altra parte l'Azienda USL non è finalizzata al profitto; è una azienda etica il cui valore è la salute. Il mercato è diverso: c'è o ci può essere conflitto tra chi ha per obiettivo il profitto e chi la salute.

Obiettivo quindi del Convegno è stato quello di sollecitare un coinvolgimento degli operatori alla gestione della Sanità. Un servizio funziona se gli operatori lo sentono proprio. Già il regolamento dell'azienda sanitaria può essere uno strumento e non un mero atto burocratico-amministrativo.

Inoltre c'è il problema delle fonti di informazioni che devono essere corrette ed adeguate: bisogna stare attenti che la medicina e i medici non falsifichino se stessi per promuoversi. Deve essere contrastato il con-

sumismo sanitario, cioè l'uso di prestazioni anche quando non c'è n'è bisogno. E' una questione di disinformazione, è un problema di educazione sanitaria: i bisogni veri e i bisogni indotti dal mercato.
Si tratta di privilegiare le politiche per la salute; un esempio è quello degli incidenti da traffico: è più importante quello che decide l'Assessore al traffico che il direttore generale della USL.

Non può esservi però crescita della medicina senza risorse per farlo: la riduzione delle risorse comporta minor organizzazione e minor qualità delle cure.

In particolare i Medici Generali che potrebbero gestire un controllo integrato dei flussi di cura non sono regolatori ma strumento di altri: meri esecutori con ruolo residuale rispetto ai decisori; hanno scarsa responsabilità nelle decisioni ma subiscono tutte le conseguenze negative di scelte altrui. Peraltro con una schizofrenia tra i documenti che li vogliono responsabilizzare e i dati di fatto.

Roberto Romizi
Direttore Responsabile

ERRATA CORRIGE

Nel numero 5 della rivista, a pag 9 (nell'articolo "Terapia neurochirurgica degli adenomi ipofisari" di F. Ammannati et al.) nella casistica relativa agli interventi per via craniotomica il numero dei craniofaringiomi operati risulta erroneamente 4 (invece di 42).
Ce ne scusiamo con gli Autori ed i Lettori.

TETANO: TOSSINFEZIONE ERADICATA O ATTUALE?

G.Bidini*; C. Recine; L.Patrussi*****
B.Valli****; R. Pavani******
*Direttore U.O. ISP-Usl 8 Toscana
**Direttore U.O. Anestesia e Rianimazione Ospedale San Donato- Arezzo
***U.O. Anestesia e Rianimazione Ospedale San Donato –Arezzo
******Scuola di Specializzazione Anestesia e Rianimazione dell'Università di Siena

RIASSUNTO
Il tetano negli ultimi anni ha ridotto la sua incidenza grazie alla vaccinazione diffusa alle nuove generazioni e con il continuo perfezionamento dell'assistenza rianimatologica anche la prognosi è nettamente migliorata.
Infatti, una volta che la tossina tetanica si è legata ai centri nervosi, è fondamentale il ricorso a tecniche di supporto intensivo per la correzione delle disfunzioni d'organo e la conseguente terapia sintomatica.
Tuttavia, nonostante gli incoraggianti successi terapeutici, un corretto schema di richiami del vaccino antitetanico produrrebbe risultati sicuramente più vantaggiosi per l'intera comunità.

PAROLE CHIAVE: tetano-spasmina, vaccinazione, rianimazione.

INTRODUZIONE

Il tetano è una malattia acuta causata dal Clostridium Tetani, microrganismo Gram+ anaerobio obbligato, le cui spore, ubiquitariamente diffuse nel suolo e molto resistenti ad agenti chimicifisici, producono un'esotossina, la tetanospasmina. L'infezione consegue alla penetrazione delle spore attraverso soluzioni di continuo della cute o delle mucose (ferite, ustioni, decubiti, morsi d'animali, punture, iniezioni); segnalati casi, anche se ormai rarissimi, legati a manovre chirurgiche ed ostetriche. (fig. 1) La germinazione delle spore determina la comparsa delle forme vegetative, in grado di liberare la tossina tetanica. A partire dal focolaio d'infezione, attraverso il circolo sanguigno, la tossina tetanica raggiunge i motoneuroni delle corna anteriori del midollo, i neuroni sensitivi, le fibre dello SNA. Il trasporto retrogrado veicola la tossina verso il SNC per raggiungere le sinapsi inibitorie dei motoneuroni bulbari, quelle del sistema simpatico, ed il nucleo dorsale del vago. La tetanospasmina agisce bloccando la liberazione di neurotrasmettitori inibitori (glicina e GABA), e ciò giustifica la sintomatologia caratterizzata da spasmi muscolari parossistici, accessuali ed estremamente dolorosi che possono interessare tutta la muscolatura corporea (tetano generalizzato), oppure solo alcuni muscoli (Tetano cefalico di Rose; Tetano oftalmico di Worms; Tetano degli arti). Delle due forme quella generalizzata è la più frequente e si manifesta inizialmente con il tipico trisma (blocco della mandibola), che può porre il problema della diagnosi differenziale (infiammazioni locali; artrite temporomandibolare da siero autologo; spasmo mandibolare associato a torcicollo spasmodico e crisi oculogire da neurolettici; trisma mialgico da setticemia; isteria), seguito da irrigidimento muscolare in senso cranio-caudale con opistotono per iperestensione dei muscoli paravertrebali. Spesso questi spasmi muscolari si rendono responsabili di disfagia, spasmo della glottide fino all'arresto respiratorio.
Accanto alla sintomatologia muscolare per l'iperattività simpatica si hanno crisi neurovegetative con tachicardia, ipertensione e sudorazione profusa alternate a bradicardia ed ipotensione d'origine vagale
La diagnosi è fondamentalmente clinica in quanto né la ricerca della tossina tetanica né la coltura dei clostridi fornisce risultati attendibili. I sintomi e la presenza della porta d'ingresso delle spore rappresentano i cardini delle diagnosi.
La prognosi della malattia è strettamente legata ad un sistema di punteggio (tab. 1) di cui è stata dimostrata l'efficacia pratica da due studi prospettici nel 1978 da Gallais et al. e nel 1987 da Wesley e Pather.
Il tetano è una delle malattie per le quali è richiesta la notifica immediata, entro 12h dal solo sospetto diagnostico dal 1955 (D.M. 15/Dic./ 1990, classe I, circolare n° 36 del 17/Dic. /1990).
La (fig. 2) mostra l'andamento dell'epidemiologia in Italia dal 1955.
Fino alla seconda metà degli anni 60 la media era di 722 casi per anno, poi si è assistito ad una brusca riduzione dell'incidenza,

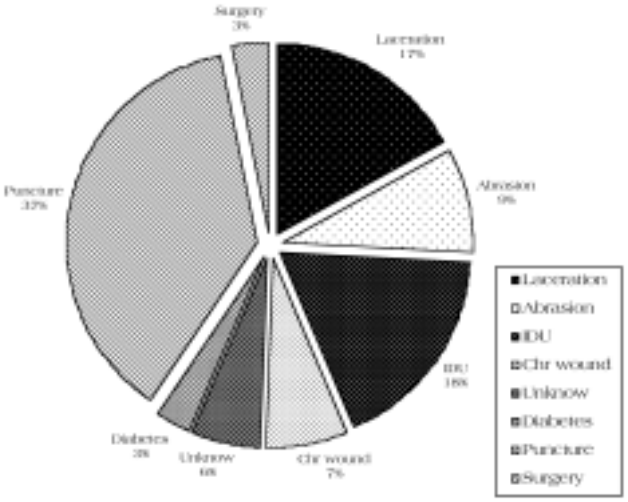

Fig. 1 · Cause di Tetano

N°	Elemento prognostico	Punteggio 1	Punteggio 0
1	*Periodo di incubazione	<7 giorni	>7 giorni
2	**Periodo di esordio	<2 giorni	**>2 giorni**
3	Porta d'ingresso	Ombelico,,fratt. composte esposte,utero,i.m.,incisone chirurgica	**Tutte le altre**
4	Spasmi	Presenti	**Assenti**
5	Febbre	<38,4 ° C	**38,4°C**
6	**Tachicardia Adulti Bambini**	**>120 battiti/min. >150 battiti/min.**	**< 120 battiti/min. < 150 battiti/min.**

*tempo che intercorre tra il ferimento e la comparsa del primo sintomo(trisma)

**tempo che intercorre tra il primo sintomo al primo spasmo

PUNTEGGIO	PROGNOSI
0	molto favorevole
da 1 a 5	favorevole
6	sfavorevole

Tab. 1 · Punteggio di Dakar

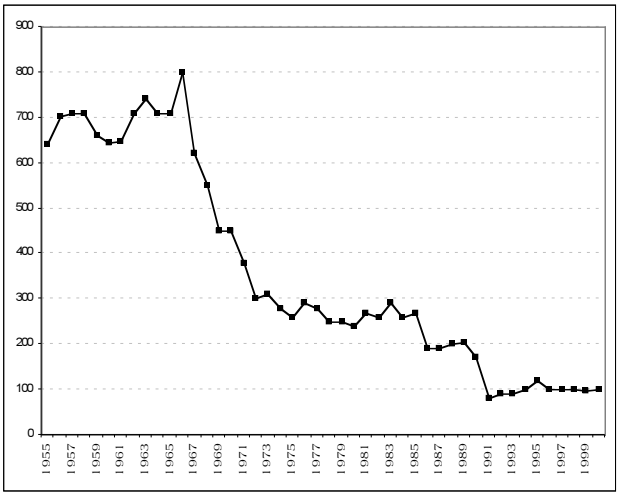

Fig. 2 · Numero di casi notificati in Italia dal 1955 al 2000

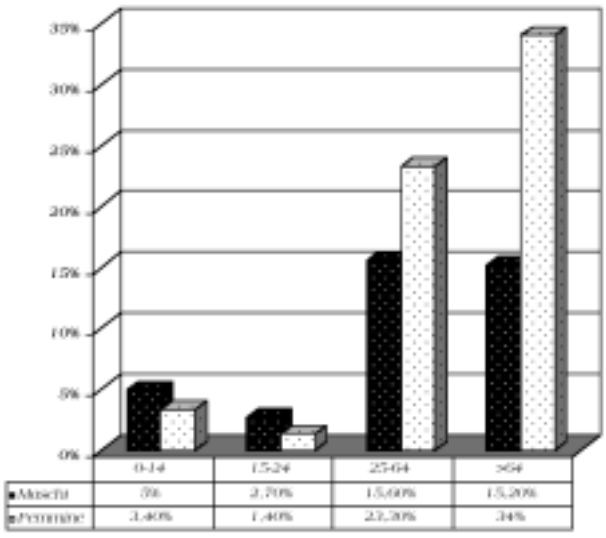

Fig. 3 · Incidenza di Tetano in Italia per sesso ed età dal 1971 al 2000.

fenomeno che è coinciso con l'introduzione della vaccinazione obbligatoria per le categorie professionali a rischio (1963) e per i nuovi nati nel 1968.

La malattia colpisce prevalentemente il sesso femminile d'età superiore ai 64 anni (fig. 3).
La mortalità della malattia è andata diminuendo grazie al miglioramento della terapia che interviene a diversi livelli:

1) ERADICAZIONE DELLA INFEZIONE
   Toilette chirurgica della ferita;
   Antibioticoterapia con Metronidazolo
2) NEUTRALIZZAZIONE DELLA TOSSINA:
   Somministrazione d'Ig specifiche;
3) ASSISTENZA RESPIRATORIA:
   Nella maggioranza dei casi si deve ricorrere alla ventilazione artificiale sin dall'esordio degli spasmi generalizzati che producono un'insufficienza respiratoria sia di tipo ipoventilatorio puro per deficit muscolare, sia da spasmo della glottide. Visto il lungo periodo di necessità d'assistenza ventilatoria è consigliabile ricorrere alla tracheostomia;
4) CONTROLLO DEGLI SPASMI:
   Somministrazione di Benzodiazepine (nella nostra ICU si preferisce l'uso di Midazolam); Miorisoluzione con infusione continua di curari non depolarizzati;
5) CONTROLLO DELLE CRISI NEUROVEGETATIVE:
   Labetalolo
6) MANTENIMENTO DELL'EQUILIBRIO IDRO-ELETTROLITICO;

La fase acuta della malattia dura all'incirca 3-4 settimane, ed è seguita da un periodo riabilitativo estremamente lungo con esiti spesso deficitari.
La nostra casistica mostra chiaramente che il periodo di degenza in ospedale varia da un minimo di un mese fino anche a 5 mesi.

MATERIALI E METODI

Sono stati monitorizzati i casi di tetano notificati nell'USL 8 nel periodo compreso tra il 1999 e il 2000, mettendo a confronto i nostri dati con quelli toscani e nazionali.

RISULTATI

Dai dati epidemiologici si evince che la distribuzione del Tetano nella nostra USL 8 rappresenta un problema attuale, specie se si prende in considerazione l'anno 1999 in cui essa rappresenta il 5% della media italiana e quasi il 50% di quella Toscana (fig. 4); a parte quest'annata "straordinaria", comunque la frequenza della malattia nell'USL 8 rappresenta mediamente il 3,5% di quell'italiana e il 21,5% di quella toscana (fig. 5).
Negli ultimi 5 anni l'incidenza media è stata di 0,91x100.000, rispetto alla media Toscana di 0,46 casi. La distribuzione della malattia divisa per sesso e per età riflette quella nazionale, essendo maggiore nel sesso femminile e negli ultrasessantaquattrenni.(fig. 6).

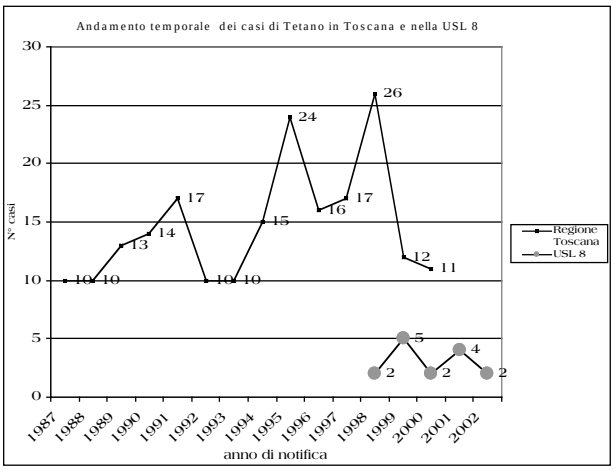

Fig. 4 · Andamento dei casi di Tetano in Toscana e nella USL 8.

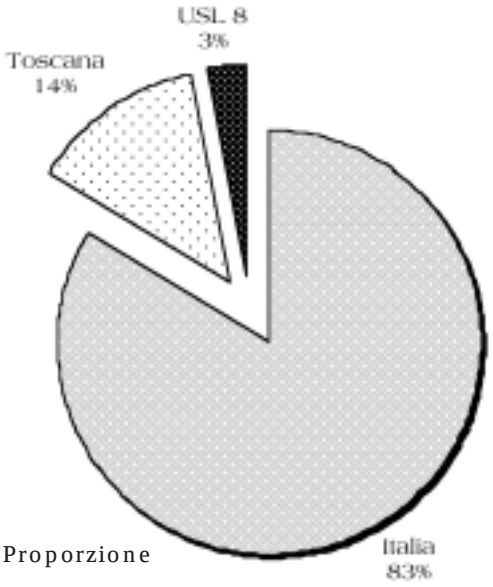

Fig. 5 · Media dei casi di Tetano in Italia, Toscana e USL 8 · 1998-2000.

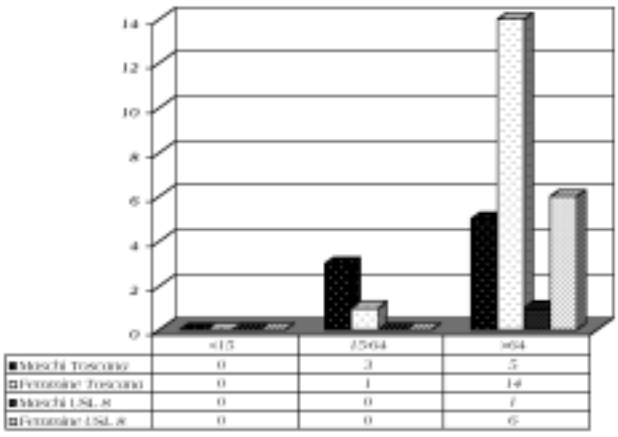

Fig. 6 · Casi di Tetano in Toscana e nella USL 8 del 1999 e 2000 divisi per sesso e classi d'età.

Un'altra considerazione importante desunta dallo studio dell'epidemiologia tetanica in Italia è che essa di fatto riflette l'offerta e l'efficacia negli anni della vaccinazione. L'introduzione della vaccinazione obbligatoria per tutti i nuovi nati ha fatto sì che il numero totale dei casi si sia ridotto dell'86% dalla metà degli anni 50 ad oggi e attualmente il tetano colpisce esclusivamente persone non vaccinate o vaccinate in maniera inadeguata (fig. 7). Del resto se è vero che sì è ridotta l'incidenza e pur vero che si è ridotta anche la mortalità che è passata dal 64% degli anni 70 al 40% degli anni 90 con ulteriori diminuzione in questi ultimi 5 anni.

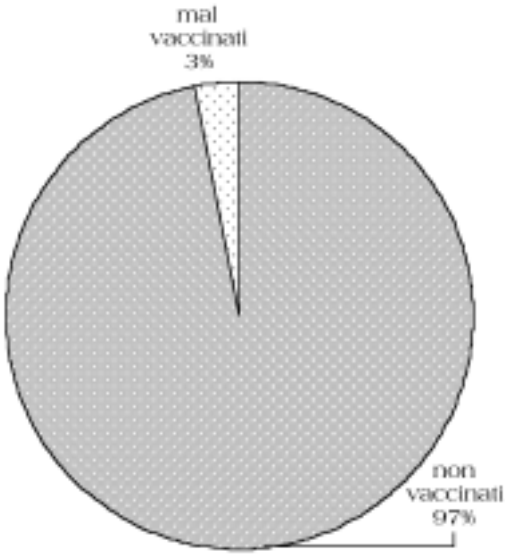

Fig. 7 · Percentuale di vaccinato e mal vaccinati.

In particolare, in Toscana nel biennio 1999-2000 su un totale di 23 casi di tetano si sono registrati 3 decessi, equivalenti al 13%.
Nella nostra USL il tasso di letalità registrato nello stesso biennio è addirittura del 6,6% visto che dei sette casi registrati solo uno ha avuto esito infausto.

CONCLUSIONI

L'infezione tetanica è una patologia ancora presente nel territorio italiano. Nella nostra ASL l'incidenza è maggiore rispetto a quella Toscana quindi ancora ad un discreto livello, ma il tasso di letalità è andato drasticamente diminuendo (6,6 %) dimostrando l'efficacia terapeutica del supporto rianimatologico, nonostante l'elevata età media dei pazienti.
La vaccinazione ha permesso d'eradicare la malattia nei giovani; è importante incrementare la campagna di vaccinazione negli ultrasessantaquattrenni dato che l'infezione è tipica dell'anziano e somministrare dosi di richiamo, dopo che siano trascorsi più di 10 anni dall'ultima dose di vaccino, a tutti gli adulti.
Di fatto quindi la vaccinazione rimane il metodo preventivo più efficace ed è per questo motivo che il Ministero della Sanità propone uno schema profilattico (tab.2) da prendere in considerazione di fronte alla presenza di ferite di qualsiasi natura, dopo aver acquisito il consenso informato del rice-

STATO VACCINALE	Ferite sup. pulite	Tutte le altre ferite
Assenza o incerto	Inizio vaccinazione	Inizio vaccinazione e Ig specifiche*
Ultima dose da più di 10 aa	Dose di richiamo	Dose di richiamo e Ig specifiche**
Ultima dose tra 5 e 10 aa	Dose di richiamo	Dose di richiamo
Ultima dose da meno di 5 aa	Nessun trattamento	Dose di richiamo solo se rischio d'infezione ALTO

* Dosaggio: 250 UI entro le 24h dal trauma altrimenti 500 UI.

** Se il paziente è in stato di shock o arriva al P.S. dop 24h.

Tab. 2 · Profilassi post-traumatica

vente (cfr.D.M. 15 Genn. 1991 art.19, D.M. 1° Sett. 1995 art.4).
Infine un ultima riflessione ci deve portare a considerare gli enormi costi che gravano sul SSN, non solo nella fase acuta con l'assistenza rianimatologica ma anche nella fase riabilitativa, a fronte di un costo medio di vaccino antitetanico di pochi euro.

Bibliografia

[1] BELLA A., CIOFI DEGLI ATTI M., DE MEI B., MANDOLINI D, PARROCINI S., PEDALINO B., SALMASO S. "Epidemiologia del tetano in Italia" - BEN, Notiziario ISS - Vol. 15 - n.3 Marzo 2002.

[2] CARDUCCI A., AVIO C.M., BENDINELLI M. - Cost- benefit analysis of tetanus prophylaxis by a mathematical model. – Epidemiol infect 1989; 102: 473-483.

[3] COLE L., YOUNGMAN H. - Treatment of tetanus. - Lancet 1969; 1: 1017-1021.

[4] DUVALDESTIN P., DESMONTS J.M. "Pharmacocinétique des médicaments utilisés dans le traitement symptomatique du tétanos". L'Année en no Réanimation Médicale. - Flammarion. Paris. 1976; pp 151-162.

[5] GALLAIS H. - Intéret de l'administration intrathécale de sérum antitétanique et de corticoides pour le traitement du tétanos déclaré. - Nouv. Presse Med. 1977; 6: 1571.

[6] GALLAIS H., BONDURAND A. - Tétanos. Encycl. Med. Chir (Paris-France). Thérapeutique. 25018 A10. 1980; 12p.

[7] GAVET S., DUREX J.B., CANTON P. - Sérums, gammaglobulines, vaccinothérapie. - Encycl. Med. Chir. (Paris-France). Thérapeutique. 25014 A10. 1990; 8 p.

[8] JAEGER A., MANTZ J.M., BAROIS A., PECHERE J.C. - Grandes toxi-infections: tétanos, botulisme, diphtérie. In: Goulon M ed. Les Urgences (2 ed). - Maloine. Paris. 1990; pp 649-656.

[9] JAMES M.F., MANSON E.D. - The use of magnesium sulfate infusions in the management of very severe tetanus. -Intensive Care Med. 1985; 11: 5-12.

[10] KANAREK D.J., KAUFMAN B., ZWI S. - Severe sympathetic hyperactivity associated with tetanus. - arch. Intern. Med. 1973; 132: 602-604.

[11] KARP P., WYSS E., MONS P. FAUCHART J.P., GUILLAUME J.L., FAVRIEL J.M. - Traitement du tétaos par le baclofène intrathécal [Lettre]. - Reanim. Soins intens. Med. Urg. 1991; 7: 302.

[12] LINTON D.M., WELLS Y., POTGIETER P.D. - metabolic requirements in tetanus. - Crit. Care Med. 1992; 20: 950-952.

[13] LIPMAN J., JAMES M.F., ERSKINE J., PLIT M.L., EIDELMAN J., ESSER J.D. - Autosomic dysfunction in severe tetanus: magnesium sulfate as an adjunct to deep sedation. - Crit. Care Med. 1987; 15: 987-988.

[14] MOLLARET P., VIC-DUPONT V., CARTIER F. e coll. - Le traitement du tétanos au centre de Réanimation de l'Hòpital Claude Bemard. I. Presse Med. 1965; 73: 2153-2156.

[15] MOLLARET P., VIC-DUPONT V.,CARTIER F. e coll. - Le traitement du tétanos au centre de Réanimation de l'Hòpital Claude-Bernard. II. Presse Med. 1965; 74: 2247-2250.

[16] REGIONE TOSCANA - Giunta Regionale, Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, Sistema Informativo malattie infettive: "Bollettino Epidemiologico Malattie Infettive N.5".

PRESTAZIONI DEL TEST DI SCREENING PRENATALE PER SINDROME DI DOWN E ALTRE CROMOSOMOPATIE NELLE GESTANTI DI ETÀ SUPERIORE A 35 ANNI:

UNA STRATEGIA ALTERNATIVA ALLA DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA DI ROUTINE

Silvia Corezzi*, Verena Gentili, Marta Paggini***
* U.O.Biochimica Clinica Ospedale di Arezzo
** S.S.Citogenetica Ospedale di Arezzo

Per corrispondenza:
Marta Paggini
U.O.Biochimica Clinica Ospedale S.Donato, 52100 Arezzo
tel. 0575/255257
E-mail : m.paggini@usl8.toscana.it

Riassunto
Su una raccolta di campioni di sangue di gestanti di età superiore a 35 anni, è stato eseguito il Test di Screening Prenatale per Sindrome di Down ed altre cromosomopatie. Sono stati poi raccolti sia gli esiti delle Diagnosi Prenatali che gli outcome delle gravidanze.
Su questa popolazione è stato applicato il Teorema di Bayes ed è stata calcolata la affidabilità del Test di Screening.

Parola Chiave: Sindrome di Down, Test di Screening, Amniocentesi

INTRODUZIONE

Il Test di Screening Prenatale viene capillarmente eseguito in tutta la Provincia di Arezzo fino dal 1994, grazie alla collaborazione fra i medici Ostetrici della Provincia e il personale dei Laboratori Analisi delle 5 zone e dei loro punti di prelievo. Tutti i campioni prelevati dal territorio vengono inviati alla U.O.Biochimica Clinica di Arezzo e processati.
Il Test di Screening eseguito è il "Triplo Test", o Test di Wald, che consiste nel dosaggio di Alfafetoproteina, Estriolo non coniugato e HCG nel sangue materno, dalla 15° alla 19° settimana di gravidanza e nel successivo calcolo del rischio di avere una gravidanza affetta mediante analisi multivariata[1].
L'utilizzo dell'età materna come variabile primaria per l'accesso alla Diagnosi Prenatale Invasiva (amniocentesi) è previsto in tutte le legislazioni europee. In Italia, data l'elevazione della età delle gestanti rispetto agli anni passati, ciò comporta oggi l'esecuzione di un elevato numero di amniocentesi, con conseguente spesa per i Servizi Sanitari Regionali e relative perdite fetali.
Il diffondersi delle informazioni relative alle prestazioni del Test di Screening ha spontaneamente generato nel nostro territorio, col tempo, una richiesta di utilizzo da parte di gestanti in età più avanzata, con lo scopo di NON eseguire la Diagnosi Prenatale Invasiva in caso di test negativo, cioè con rischio inferiore al valore soglia.
L'idea della Diagnosi Prenatale Invasiva, infatti, con il rischio di perdite fetali associato, 1% secondo Tabor[2], ed i lunghi tempi di attesa della risposta, provoca nelle gestanti reazioni contrastanti, talvolta anche di netto rifiuto.
E' inoltre da segnalare la delicatezza della decisione di sottoporsi a Diagnosi Prenatale Invasiva in quelle donne che sono riuscite ad avere una gravidanza in età più avanzata e dopo un lungo periodo di tentativi, per le quali quella gravidanza diventa particolarmente preziosa.
L' utilizzo del Test in età più avanzata è stato già descritto in letteratura[3], in considerazione del fatto che l'età combinata con i tre markers permetterebbe, con buone prestazioni, di evitare il rischio di aborto indotto dalla amniocentesi.
E' insito nel funzionamento del test l'aumento di sensibilità in funzione dell'età materna. Ciò è dovuto al fatto che una donna con un rischio per età materna più alto avrà, a parità di valori ematici, un più alto rischio finale di avere un feto affetto.
Come conseguenza di ciò, nella fascia di età sopra 35 anni è più alta la quota dei test positivi, ma è parallelamente più alta la sensibilità[4].
L'aggiunta di altre variabili (in questo caso biochimiche) all'età permetterebbe quindi di evitare la Diagnosi Prenatale Invasiva nelle gestanti a basso rischio, con conseguente riduzione sia della spesa che delle perdite fetali.
Lo scopo di questo lavoro è stato quello di raccogliere dati per fornire una consulenza più accurata alle gestanti di età più avanzata, che chiedono di eseguire il Test di Screening PRIMA di sottoporsi alla Diagnosi Prenatale Invasiva.

MATERIALI E METODI

In un arco di tempo di 30 mesi (dal 1/4/99 al 30/9/2001), sono stati raccolti e analizzati 536 campioni di donne che avevano una età al parto superiore a 35 anni.
Di queste donne, 249 avevano spontaneamente chiesto l'esecuzione del Test di Screening dopo consultazione col proprio Medico di fiducia, con lo scopo di rinunciare alla Diagnosi Prenatale Invasiva (a cui avevano comunque diritto per età) in caso di basso rischio.
I restanti 287 campioni sono stati raccolti grazie alla collaborazione del personale infermieristico dell'Ambulatorio Ostetrico dell'Ospedale di Arezzo

ed appartengono a donne in procinto di effettuare la Diagnosi Prenatale per età materna avanzata.
Il campione di sangue è stato prelevato subito prima della esecuzione della amniocentesi e la età gestazionale ecografica è stata misurata dall'ecografista subito dopo il prelievo di liquido amniotico. I campioni di questo gruppo sono stati processati nei giorni immediatamente successivi al prelievo.
Nelle 536 donne in esame la distribuzione della età al parto è riportata nella tabella 1.
Fino dall'introduzione del Triplo Test in routine nella Provincia di Arezzo, è stata utilizzata sempre e solo l'età gestazionale ecografica, tutti i dosaggi sono stati eseguiti in duplicato ed è stato inserito nel calcolo il peso della donna come fattore di correzione, al fine di ottimizzare le prestazioni del test [5].
Inoltre sono stati eseguiti regolarmente controlli di qualità internazionali (nel periodo in esame il controllo inglese NEQAS e il controllo del SSN francese) ed il controllo di qualità epidemiologico, con monitoraggio continuo della quota dei positivi e delle mediane complessive dei MoM.
Purtroppo il metodo analitico in uso è variato durante il periodo, perchè i reattivi RIA Amerlex distribuiti dalla ditta Ortho, sempre utilizzati dal 1993, si sono ad un certo momento resi indisponibili per improvvisa dismissione della linea di produzione. Il nostro Laboratorio è stato quindi costretto a scegliere una alternativa, che è stata il sistema Delfia manuale per HCG ed Alfafetoproteina e il metodo RIA Biochem per l'Estriolo. Le mediane di riferimento sono state quindi sostituite con quelle specifiche, fornite dal Laboratorio dell'Ospedale S.Anna di Torino, per quanto riguarda il metodo Delfia e dalla ditta Biochem, per quanto riguarda l'Estriolo.
Il software in uso è sempre stato Alpha, della ditta Logical Medical Systems di Londra.
Il cut off di positività nel periodo considerato è stato 1:250 a termine, come indicato nel DM 10/9/98.
I prelievi di Liquido Amniotico sono stati eseguiti nel Presidio Ospedaliero di Arezzo e di Montevarchi e poi inviati alla Sezione di Citogenetica dell'Ospedale di Arezzo.
Per ogni liquido amniotico sono state allestite 4 colture primarie con 2 diversi tipi di terreno di coltura, onde evitare rischi di contaminazione e/o scarsa crescita cellulare.
Lo studio del cariotipo è stato eseguito su cellule provenienti da almeno 2 colture cellulari primarie. Sono state ricostruite almeno 4 metafasi provenienti sia da cellule con la tecnica "in fiasca" che da quelle coltivate con la tecnica "in situ".
Il metodo di bandeggio utilizzato di routine è stato il GTG, con un livello di risoluzione non inferiore a 350 bande per set aploide.
Gli esiti delle Diagnosi Prenatali eseguite sono stati raccolti dalla Sezione di Citogenetica dell'Ospedale di Arezzo e, per le diagnosi mancanti, sono stati contattati direttamente i Medici di riferimento. Si sono raccolti in questo modo sia i dati di Diagnosi Prenatali eseguite altrove che gli esiti delle gravidanze proseguite in assenza di Diagnosi Prenatale.
Nel campione indagato, sono inoltre da segnalare 4 donne che, pur avendo età superiore a 35 anni al parto e Test di screening con rischio superiore a 1:250, NON hanno voluto eseguire la Diagnosi Prenatale. Tutte hanno avuto un bambino non affetto.

RISULTATI
Tra i 536 Triplo Test eseguiti, 150 sono risultati "positivi", cioè con indice di rischio superiore o uguale a 1:250. La quota dei positivi (Positive Rate) è stata pertanto

150 / 536 = 28.0 %

Tra i 150 positivi, 138 erano ad alto rischio per Sindrome di Down, 12 per Trisomia 18 e 2 per entrambe le patologie.
All'analisi citogenetica successiva si sono avuti 5 Down e 2 Triplo X.
Sempre tra i test positivi, sono state anche registrate 1 morte fetale e 1 feto plurimalformato, entrambi con cariotipo apparentemente normale.
Tutte le gravidanze con rischio inferiore a 1:250 hanno avuto un esito normale, quindi il numero dei Falsi Negativi (FN) è risultato uguale a zero.
Considerando come "veri positivi" (VP) tutti i casi di aneuploidie e/o malformazioni riscontrate (8 casi), i campioni sono stati classificati nella tabella 2.
Infine, le prestazioni del Test di Screening secondo il Teorema di Bayes sono riportate nella tabella 3.

COMMENTI
Nonostante la modesta numerosità del campione esaminato, i risultati sono stati interessanti. Hanno anche contraddetto lavori analoghi, che erano giunti a conclusioni opposte[6].
E' stata innanzitutto verificata, come previsto, la maggiore sensibilità del Test in età materna avanzata. Non avendo avuto alcun falso negativo, si è dimostrata giustificata la scelta delle gestanti che rinunciavano alla amniocentesi con Test a basso rischio.
In conclusione, questo lavoro è stato utile come supporto nella consulenza alle donne di età più avanzata che chiedono spontaneamente il Test di Screening. Questo gruppo di gestanti si è mantenuto costante nel tempo nella nostra provincia: il loro numero è stato di 110 nell'anno 2000, 91 nel 2001 e 105 nel 2002. Solo 84 di esse hanno avuto un test positivo (27% come nello studio), ma

ancora di meno sono state quelle che hanno poi realmente eseguito la Amniocentesi.
Comunque, anche se tutte le gestanti risultate ad alto rischio avessero eseguito la Amniocentesi, la USL di Arezzo avrebbe evitato 222 Diagnosi Prenatali Invasive in 3 anni , con il relativo risparmio in termini sia economici che di perdite fetali.

Bibliografia

[1] Wald NJ, Cuckle HS, Densem JW, Nanchahal K, Royston P, Chard I, Haddow JE, Knight GJ, Palomaki GE, Canick JA : Maternal serun screening for Down's Syndrome in early pregnancies. BMJ 1988 Oct 8; 297 (6653): 883-7.

[2] Tabor A, Philip J, Madsen M, Bang J, Obel EB, Norgaard-Pedersen : Randomised controlled trial of genetic amniocentesis in 4606 low-risk women. Lancet 1986 Jun 7; 1(8493): 1287-93.

[3] Mancini G, Perona M, Dall'Amico D, Bollati C, Albano F, Mazzone I, Rosso M, Carbonara AO : Screening for fetal Down's Syndrome with maternal serum markers – an experience in Italy. Prenatal Diagnosis 1991 apr; 11(4) : 245-52.

[4] Kennard Anne: Practicalities af a screening programme . Intensive Course on Screening for Down's Syndrome, 1997.

[5] Wald NJ, Cuckle HS, Densem JW, Kennard A, Smith D : Maternal serum screening for Down's Syndrome: the effect of routine ultrasound scan determination of gestational age and adjustement for maternal weight. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99: 144-9.

[6] Wenstrom, Desai, Owen, DuBard, Boots: Comparison of multiple-marker Screening with the amniocentesis for the detection of fetal aneuploidy in women > or = 35 year old. Am J Obstet Gynecol 1996 Jun; 174(6): 1941-2.

35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
179	132	71	62	32	22	16	5	7	3	2	1

Tab. 1

	AFFETTI	NON AFFETTI	TOTALE
POSITIVI	8 = VP	142 =FP	150
NEGATIVI	0 = FN	386 = VN	386
TOTALE	8	528	536

Tab. 2

SENSIBILITA'	VP / (VP + FN)	8 / 8	100%
SPECIFICITA'	VN / (VN + FP)	386 / 528	73.1%
ACCURATEZZA DIAGNOSTICA	(VP+VN) / totale tests	394 / 536	73.5%
PREDITTIVITA' DEL RISULTATO POSITIVO	VP / (VP + FP)	8 / 150	5.3%
PREDITTIVITA' DEL RISULTATO NEGATIVO	VN / (VN + FN)	386 / 386	100%

Tab. 3

CHIRURGIA PROCTOLOGICA:

TECNICHE ANESTESIOLOGICHE ED ANALGESIA POSTOPERATORIA IN PROCTOLOGIA

Dell'Avanzato Roberto, Coniglio Francesco Maria
Istituto di Chirurgia Generale 3
Direttore: Prof. S. Mancini
Pede Osvaldo, Zuccaro Franco, D'Onofrio Pasquale
U.O. Anestesia e Rianimazione 2.
Direttore: Prof. A. Brogi

Azienda Ospedaliera Senese

Per corrispondenza:
Dott. Roberto Dell'Avanzato, Istituto di Chirurgia Generale 3
Ospedale "Le Scotte", V.le Bracci N°1, 53100 Siena, Italia.
Tel: +39.0577.585694 · Fax: +39.0577.586126
E-mail: roberto.dellavanzato@tin.it

Riassunto
L'anestesia caudale rappresenta il tipo di anestesia più indicata negli interventi della sfera proctologica soprattutto in regime di day-surgery in quanto presenta minor rischio anestesiologico, rapido recupero funzionale, bassa incidenza di complicanze, minimi effetti collaterali, persistente copertura analgesica postoperatoria. Un dato che emerge dalla nostra esperienza risiede nella maggiore efficacia della tecnica dopo una curva di apprendimento rigorosa che ha coinvolto gli anestesisti dedicati alla day-surgery. Dal 60% di risultati positivi registrati nel 1996, anno in cui abbiamo iniziato a praticare l'anestesia caudale, abbiamo raggiunto un'efficacia di oltre il 90% negli ultimi tre anni.

Parole chiave: anestesia caudale, chirurgia proctologica, analgesia postoperatoria.

INTRODUZIONE

La gran parte degli interventi di interesse proctologico costituisce il DRG 158 (interventi su ano e stoma) che comprende 38 procedure della classificazione ICD9CM. La Regione Toscana, nell'ambito delle iniziative finalizzate allo sviluppo della day-surgery, ha posto come obiettivo del PSR 2001-2004 il raggiungimento di una soglia minima di interventi, relativi a 19 DRG, da effettuarsi in ricovero diurno.
Per il DRG 158, appunto, la soglia minima è del 48%, ben al di sotto di altre categorie d'interventi come legatura o stripping di vene (82%), ernia inguinale o femorale (73%), interventi perianali o pilonidali (69%).
La differenza va ricercata nella relativa frequente mancanza delle condizioni di dimissibilità, in particolare nel sanguinamento e nel dolore postoperatorio. Ai fini quindi della fattibilità in day-surgery, più che in altre patologie, acquista particolare rilievo la tecnica adottata sia chirurgica che anestesiologica.

TECNICHE ANESTESIOLOGICHE A CONFRONTO

L'anestesia deve sempre rispondere a vari requisiti ed in particolare è necessario che sia "efficace" (fornire analgesia adeguata), "sicura" (produrre minimi effetti collaterali tollerabili anche da soggetti a rischio anestesiologico elevato), "gradita" al paziente (la sua esecuzione non deve procurare dolore o disagio) ed al chirurgo (garantire un adeguato rilasciamento sfinterico ed una buona compliance), di "facile esecuzione".
Sul piano della sicurezza occorre sottolineare che, in base alle linee guida SIAARTI, possono essere sottoposti ad interventi in day-surgery anche soggetti di classe ASA III (affetti da malattia sistemica grave) purchè stabilizzati.
Oltre a quelli citati, l'anestesia in day-surgery deve soddisfare ulteriori esigenze quali un rapido recupero funzionale ed una prolungata analgesia postoperatoria. Il recupero funzionale è la condizione indispensabile alla dimissione del paziente ed è costituita da: ripristino delle condizioni cardiocircolatorie e respiratorie ai livelli preoperatori, assenza di nausea e vomito, assenza di dolore eccessivo, assenza di sanguinamento, minzione spontanea, capacità di assumere liquidi, deambulazione autonoma o, nel caso di anestesia troncolare dell'arto inferiore, assistita.
Le tecniche anestesiologiche messe a confronto sono: l'anestesia generale, l'anestesia subaracnoidea (spinale), l'anestesia epidurale sacrale (caudale), il blocco dei nn. pudendi. L'anestesia locale di pertinenza strettamente chirurgica e la epidurale lombare inappropriata per sede di questa particolare chirurgia, non vengono prese in esame.
• L'anestesia generale non rappresenta assolutamente un limite alla chirurgia di un giorno da quando è possibile disporre di agenti ad azione estremamente breve. É il caso dei nuovi anestetici per inalazione (sevofluorano e desfluorano), dei curari (mivacurium), degli analgesici oppioidi (remifentanyl), degli anestetici endovenosi (propofol, midazolam). Il trauma legato alla laringoscopia ed intubazione è agevolmente superato dall'impiego della maschera laringea che garantisce un sufficiente controllo delle vie aeree. Tuttavia l'anestesia generale non rappresenta la soluzione migliore nel caso di pazienti ad alto rischio anestesiologico e lascia inoltre aperto il problema dell'analgesia postoperatoria spesso insufficiente dopo interventi proctologici.
• L'anestesia subaracnoidea è abitualmente utilizzata in proctologia nella sua variante del "blocco a sella" e consiste nell'impiego di una soluzione iperbarica di anestetico locale allo scopo di limitare l'anestesia alla pelvi, perineo e, in parte, agli arti

inferiori. La vasoplegia che consegue può essere maltollerata dai soggetti affetti da insufficienza cardiocircolatoria tanto da esitare in grave ipotensione. Inoltre studi recenti dimostrano che nonostante l'impiego di aghi di piccolo calibro (27 o 29 gauge) atraumatici tipo Sprotte o, ancor meglio, Whitacre difficilmente è possibile ridurre l'incidenza di cefalea postrachianestesia sotto l'1%. Ritenendo inaccettabile esporre a questo rischio un paziente operato in day-surgery, abbiamo escluso l'anestesia spinale dalla nostra pratica.

• L'anestesia caudale consiste nella iniezione, attraverso lo hiatus sacralis, di soluzione anestetica nello spazio compreso tra la dura madre ed i legamenti propri del canale vertebrale allo scopo di produrre il blocco del plesso pudendo (S2-S3-S4) e coccigeo (S4-S5 e nervo coccigeo). Si ottiene l'anestesia della regione anorettale, del pavimento del perineale, degli sfinteri anale e vescicale e dell'uretra, che consente l'esecuzione dei principali interventi proctologici. Non si verifica coinvolgimento della catena ortosimpatica toracolombare (L2) né conseguentemente vasoplegia ed ipotensione; non è compromessa la deambulazione, ma si può verificare ritenzione urinaria, analogamente alla anestesia spinale.

• Il blocco dei nn. pudendi ha lo scopo di anestetizzare il nervo pudendo bilateralmente in prossimità della tuberosità ischiatica laddove si divide nei suoi rami terminali: n. emorroidario inferiore, perineale e dorsale del pene o del clitoride. La tecnica viene eseguita per via transperineale, attraverso la fossa ischiorettale in genere sotto esplorazione rettale nell'uomo e transvaginale nella donna e richiede 40-60 ml di soluzione anestetica. Condivide gran parte dei vantaggi dell'anestesia caudale, ma la tecnica risulta alquanto dolorosa e mal tollerata dai pazienti tanto da richiedere una profonda sedoanalgesia e, stando ai dati della letteratura, risulta spesso totalmente o parzialmente inefficace.

MATERIALI E METODI

La nostra casistica, relativa a tre UU.OO. di Chirurgia Generale ed al periodo compreso tra il secondo semestre 2000 ed il terzo trimestre 2002 (27 mesi), comprende 391 interventi proctologici di cui 226 eseguiti in day-surgery e 165 in ricovero ordinario. Complessivamente sono state eseguite 71 anestesie generali (35 in day hospital e 36 in ricovero ordinario), 102 anestesie spinali (solo nei casi di ricovero ordinario), 218 anestesie caudali (191 in day hospital e 27 in ricovero ordinario). In 22 casi l'anestesia caudale è stata seguita da anestesia generale a causa di insufficiente analgesia. Non è stato effettuato in nessun caso il blocco dei nn. pudendi a proposito del quale i dati successivamente indicati sono tratti esclusivamente dalla letteratura.

Alla luce dei parametri indicati in precedenza, la tabella I (Tab.1) mette a confronto le varie tecniche anestesiologiche abitualmente utilizzate in chirurgia proctologica. Il riferimento alla sicurezza della tecnica impiegatasi attiene in particolare ai soggetti di gruppo ASA III stabili, ammessi al trattamento in day-surgery. Il recupero funzionale è valutato a distanza di tre ore dalla fine dell'intervento. Il confronto si basa sui dati emersi dalla casistica trattata e dai dati riportati in letteratura.

	Anestesia Generale	Anestesia Subaracnoidea	Anestesia Epidurale Sacrale	Blocco dei nn. Pudendi
Efficacia	+	+	+	+/-
Sicurezza	+/-	+/-	+	+
Gradimento	+	+	+	-
Facilità	+	+	-	-
Stabilità	+/-	+/-	+	+
Assenza di nausea	+/-	+	+	+
Alimentazione	+/-	+/-	+	+
Deambulazione	+	+/-	+	+
Minzione	+	+/-	+/-	+
Analgesia	-	+	+	+

Tab. 1

Volendo attribuire un punteggio sulla base dei parametri indicati, per quanto arbitrario, alle varie tecniche anestesiologiche, l'anestesia epidurale sacrale risulta la più vantaggiosa. In effetti, la tabella non riporta possibili, per quanto relativamente rari, effetti collaterali quali la cefalea postrachianestesia; la frequente inefficacia del blocco dei nn. pudendi, oltrechè il disagio del paziente ad accettare tale tecnica, giustificano la sua modesta diffusione evidenziata dalla letteratura.

Per quanto riguarda l'anestesia generale i limiti sono soprattutto rappresentati dalla cautela con cui va somministrata in soggetti a rischio anestesiologico elevato e dall'insufficiente controllo del dolore nell'immediato postoperatorio soprattutto dopo emorroidectomia.

Gli inconvenienti più evidenti della anestesia epidurale sacrale sono invece rappresentati dalla possibilità di ritenzione urinaria e dalla difficoltà di esecuzione. Per quanto attiene al primo punto, vari studi dimostrano che questa è particolarmente frequente nel postoperatorio di interventi di emorroidectomia dove, peraltro, è di poco superiore a quella osservata dopo anestesia generale e spinale. L'incidenza di ritenzione urinaria sarebbe addirittura inferiore, rispetto all'anestesia generale e

spinale, dopo interventi di sfinterotomia e fistulectomia. Tuttavia, se la ritenzione urinaria cronica costituisce una controindicazione alla epidurale sacrale, la nostra esperienza dimostra che nei casi di ritenzione acuta postoperatoria un singolo cateterismo vescicale disvuotamento è sempre stato risolutivo; infatti, non è mai stato necessario ricorrere al cateterismo permanente. Rispetto alle difficoltà di esecuzione dell'anestesia caudale va rilevata la stretta dipendenza data dall'esperienza dell'operatore. L'addestramento guidato e la numerosa casistica trattata da un pool ristretto di anestesisti dedicati alla day-surgery hanno permesso di ottenere nell'ultimo biennio il pieno successo della tecnica nel 91% dei casi.

ANALGESIA POSTOPERATORIA

Il dolore rappresenta un elemento importante nella gestione del paziente in day-surgery sia in quanto possibile causa di ritardata dimissione che per il suo controllo domiciliare; il primo aspetto è strettamente legato, oltre che alla natura dell'intervento, alla tecnica di anestesia.

L'anestesia generale, soprattutto impiegando oppiodi ad azione ultrabreve come il remifentanyl, comporta un livello di dolore, nelle prime ore successive all'intervento, non sempre sufficientemente controllato da altri analgesici seppure somministrati già in preanestesia. Da questo punto di vista, se le anestesie periferiche forniscono un'analgesia postoperatoria prolungata e di migliore qualità, non si può non osservare che l'effetto antalgico dell'anestesia spinale difficilmente può essere disgiunto da quello vasoplegico, essendo le fibre simpatiche di calibro inferiore rispetto a quelle termodolorifiche, e conseguentemente da rischi di ipotensione ortostatica. La durata dell'analgesia prodotta dall'anestesia sacrale dipende dall'agente anestetico utilizzato e dall'associazione o meno di un oppioide (in genere buprenorfina), e può variare da 4 a 12 ore senza alcuna compromissione emodinamica o della motilità degli arti inferiori. Il blocco dei nn. pudendi, con i limiti indicati nel paragrafo precedente, potrebbe produrre effetti analoghi.

La gestione domiciliare del dolore postoperatorio deve necessariamente fondarsi sull'impiego di analgesici assunti per via orale che vanno forniti al paziente all'atto della dimissione insieme a precise indicazioni sulle modalità di assunzione. Vale la regola generale che i farmaci vanno assunti a cadenze regolari, prima che il dolore diventi intenso, e che quindi occorre evitare nel modo più assoluto la somministrazione "al bisogno". Naturalmente la prescrizione dipende dal tipo di intervento e nei casi in cui è possibile prevedere dolore severo può essere necessaria l'associazione di analgesici ad azione centrale (tramadolo, codeina) e periferica (ketorolac, diclofenac, ketoprofene, paracetamolo, ecc.) a dosaggio pieno. Dopo interventi con minore componente algica (dilatazioni sfinteriche, HPV anale, polipectomie ecc.) può essere sufficiente consigliare gli analgesici abitualmente assunti dal paziente (nimesulide, paracetamolo, ecc.). Naturalmente occorre che la gestione domiciliare del paziente operato in day-surgery coinvolga il medico di medicina generale anche negli aspetti relativi al controllo del dolore postoperatorio.

CONCLUSIONI

L'anestesia epidurale sacrale soddisfa al meglio le esigenze poste dalla chirurgia proctologica in day-surgery perché efficace, sicura, gradita al pazienti ed al chirurgo, consente un rapido recupero funzionale e fornisce una prolungata analgesia postoperatoria senza compromettere la possibilità di dimissione precoce. Il motivo per cui ancora non vede un'ampia diffusione, a differenza dell'anestesia subaracnoidea che risulta tuttaltro che scevra da effetti collaterali e complicanze, deriva dalla difficoltà di esecuzione che può essere causa, in mani inesperte, di numerosi fallimenti. Tuttavia la nostra esperienza dimostra che l'addestramento guidato e l'alto numero di casi trattati da parte di un pool ristretto di anestesisti, consentono di registrare una percentuale elevata di successi (91%). D'altra parte questo non fa che confermare quanto riportato dalle linee guida per le attività di day-surgery recentemente approvate dalla Conferenza Stato-Regioni che ribadiscono la necessità di opportuna formazione tecnico-professionale del personale che opera in questo settore.

Bibliografia

[1] Bonica JJ. Il dolore: diagnosi, prognosi, terapia. Delfino Editore, Roma, 1993

[2] Dell'Avanzato R, D'Onofrio P, Pede O, Zuccaro P, Consiglio FM. Anestesia epidurale sacrale in day-surgery. Tumori. 2003;89:1-1

[3] Halpern S, Preston R. Postdural puncture headache and spinal needle design; Metaanalyses. Anesthesiology. 1994 Dec;81(6):1376-83

[4] Krommendijk EJ, Verhejen R, Van Dijk B, et al. The Pencan 25-gauge needle: a new pencil-point needle for spinal anesthesia tested in 1193 patients. Reg Anesth Pain Med. 1999 Jan-Feb;24(1):43-50

[5] Pede O, et al. Anestesia caudale nell'adulto in interventi proctologici in day-surgery. ALR 1998;7:56-59

[6] Pertek JP, Haberer JP. Effets de l'anesthesie sur la miction et retention auigue d'urine postoperatoire. Ann Fr Anesth Réanim 1995;14(4):340-351

[7] Zaheer S, et al. Urinary retention after operations for benign anorectal diseases. Dis Colon Rectum 1998; 41(6):696-704

LA DISTONIA:

UN' ULTERIORE INDICAZIONE PER LA STIMOLAZIONE CEREBRALE PROFONDA - (D.B.S.)

F. Ammannati, P. Bono, L. Paoli, P. Mennonna, S. Ramat°, S. Sorbi°, M. Paganini°
U.O. di Neurochirurgia – Azienda Ospedaliera Careggi
° Clinica Neurologica I-II Università degli Studi – Firenze

Le distonie sono "contrazioni muscolari protratte che determinano movimenti involontari, ripetitive e posture anomale", sovente associate a dolore.
Possono essere interessati un singolo muscolo (distonia focale), un gruppo di muscoli (distonia multifocale, segmentale), metà (emidistonia) o l'intero corpo (distonia generalizzata).
Si osservano, a seconda dei muscoli affetti: crampi delle estremità, torcicollo, blefarospasmo, disfonia, difficoltà nella masticazione e nella deglutizione, contratture distoniche.
La prevalenza della distonia è circa 6 volte quella di altri disturbi muscolari (corea di Huntington, distrofia muscolare, sclerosi laterale amiotrofica).

La distonia può essere:
a) precoce o tardiva – le forme ad inizio in età infantile sono di solito più gravi e generalizzate, quelle tardive sono in genere meno estese (la distonia cervicale o torcicollo spasmodico, blefarospasmo, crampo dello scrivano, disfonia spasmodica, distonia oro-mandibolare)- in rapporto all'esordio.
b) genetica o idiopatica
   Distonia di torsione (distonia musculorum deformans, DMD) con frequente delezione nel gene DYT 1 sul locus cromosomico 9q34 con trasmissione autosomica dominante.
   Distonia responsiva alla levodopa, distonia fluttuante - sindrome di Segawa.
   In sindromi ereditarie (malattia di Niemann-Pick, morbo di Wilson, corea di Huntington).
   - secondaria o sintomatica (post-traumatica, post-anossica, nella paralisi cerebrale infantile) - in rapporto all'eziopatogenesi.
c) focale, multifocale (in regioni non contigue), segmentale (in regioni adiacenti), generalizzata -in rapporto alla distribuzione dei muscoli affetti.

La distonia è legata a una disfunzione dei gangli della base: come in altri disturbi del movimento di tipo ipercinetico vi sarebbe un diminuito output inibitorio del globo pallido interno (GPi) con conseguente disinibizione del nucleo ventrale intermedio (VIM) del talamo, che invia proiezioni eccitatorie alla corteccia motoria.
Il trattamento della distonia è sintomatico e mira a ridurre gli spasmi, il dolore, le alterazioni posturali e i deficit funzionali.

Esso si basa su:
a) Terapia medica: con anticolinergici, levodopa (nelle forme responsive), dopaminergici e antidopaminergici, neurolettici, tranquillanti, antiepilettici, miorilassanti, antidolorifici, antidepressivi.
b) Iniezione di tossina botulinica nei muscoli affetti.
c) Terapia chirurgica:
   stereotassica: -di tipo ablativo: pallidotomia, talamotomia
   -di tipo neuro-augmentativo o stimolante –DBS- (su GPi)

rizotomia cervicale anteriore
denervazione periferica selettiva (SPD)
ramisectomie, rizotomie
miectomie
microdecompressione neuro-vascolare in fossa cranica posteriore sec. Jannetta (sul nervo accessorio spinale , per torcicollo spasmodico).

Il trattamento chirurgico deve essere mirato nel singolo paziente in rapporto all'estensione del disturbo.
Gli interventi stereotassici, ablativi (con lesione permanente) o di stimolazione (con inattivazione reversibile), su target selezionati mirano a ribilanciare il controllo del movimento e della postura.
d) terapia fisica (anche sfruttando " trucchi" sensoriali quali la pressione sulla parte del corpo coinvolta), logopedia.
e) psicoterapia con tecniche di rilassamento per ridurre lo stress, che aumenta la distonia; terapia occupazionale.
f) provvedimenti eugenetici, con "genetic counseling" e diagnosi prenatale per la distonia di torsione (mediante esame dei villi coriali e amniocentesi).

La stimolazione cerebrale profonda (DBS) prevede l'introduzione su un target preselezionato mediante metodiche neuroradiologiche, di un elettrodo stimolatore quadripolare che, collegato con un'estensione a un pacemaker (generatore impiantabile di impulsi – IPG) sottocutaneo, posto in regione sottoclaveare, determina una stimolazione ad alta frequenza, con conseguente blocco funzionale della struttura anatomica bersaglio che, per la distonia, è attualmente il GPi.
I vantaggi di questa procedura rispetto all'intervento lesivo (pallidotomia, talamotomia) sono rilevanti: reversibilità, gradualità, possibilità di variare nel tempo i parametri di stimolazione, impianto bilaterale e autogestione dello stimolatore da parte del paziente.

L'impianto avviene in due fasi chirurgiche:
1) con l'ausilio del casco stereotassico, dopo aver reperito mediante TC e/o RM e/o ventricolografia, le coordinate del target, GPi, si impianta sul

bersaglio anatomico, attraverso una piccola incisione cutanea e un foro di trapano in sede coronarica, l'elettrodo quadripolare e lo si fissa. Questa fase, nei pazienti distonici, è di norma eseguita in anestesia generale (mentre in quelli affetti da malattia di Parkinson e da tremore essenziale la procedura è eseguita in anestesia locale). L'elettrodo è collegato ad uno stimolatore esterno temporaneo mediante il quale nei giorni successivi si ottimizzano i parametri di stimolazione (intensità, frequenza, durata dell'impulso) e si valutano gli effetti clinici e quelli collaterali.

2) in anestesia generale si collega il DBS all'IPG collocato in una tasca sottocutanea in sede infraclaveare.

Gli effetti clinici, nei pazienti distonici, si rendono solitamente evidenti a medio-lungo termine (4-6 mesi) mentre nei parkinsoniani essi sono precoci, anche immediati, all'accensione dello stimolatore. La selezione dei pazienti distonici (mediante valutazione con apposite scale, a es. quella di Burke-Fahn-Marsden) e il loro follow-up vengono eseguiti in ambiente neurologico o pediatrico.
Le casistiche di DBS per distonia sono attualmente assai limitate: viene tuttavia sottolineata , quasi unanimemente, la rimarchevole efficacia della metodica nella distonia di torsione, in particolare nelle gravissime forme dell'età pediatrica con bambini che, in precedenza ricoverati in terapia intensiva per difficoltà respiratorie, rabdomiolisi, ipertermia, curarizzati e ventilati meccanicamente, tornano ad una vita di relazione e a una attività scolastica!!
Presso l'U.O. di Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera di Careggi di Firenze (Primario: Dr.P.Mennonna) sono routinariamente eseguiti, da 18 anni, interventi di neurochirurgia stereotassica, per biopsia di neoplasie cerebrali, impianto di sostanze radioattive in tumori inoperabili, svuotamento di lesioni cistiche - ematomi intracerebrali spontanei e ascessi unici o multipli -, impianto di elettrodi di derivazione profonda in sindromi epilettiche, trattamento di nevralgie dell'estremità cefalica.
Inoltre è stato messo a punto un metodo di calcolo trigonometrico originale, presentato a congressi internazionali e pubblicato su riviste specialistiche, che consente di raggiungere, con metodica stereotassica, target invisibili quali quelli per la neurochirurgia funzionale (per il trattamento delle sindromi extrapiramidali, in primis la malattia di Parkinson e il tremore essenziale e dei dolori non dominabili dalla terapia medica).

La nostra casistica consta di :
39 impianti bilaterali sul STN (per m. di Parkinson)
5 impianti bilaterali sul GPi (per m. di Parkinson)
1 impianto monolaterale sul VIM (per emiparkinson tremorigeno)
1 impianto monolaterale su VIM-radiazione prelemniscale (RAPRL) per tremore misto, posturale e cinetico.
1 impianto sulla formazione reticolare attivante mesencefalo-pontina per stato vegetativo persistente o coma apallico.
1 impianto bilaterale sul GPi per distonia generalizzata, che descriviamo.

CASO CLINICO
Paziente di 54 aa, laureato, affetto da sei anni da distonia idiopatica assiale con retrocollo, spasmi dolorosi in iperestensione del tronco, gravissima compromissione della deambulazione e della postura, associata sindrome depressiva e incontinenza urinaria. Il paziente, trattato in passato con anticolinergici, antidepressivi, iniezione di tossina botulinica nei muscoli spleni, è in terapia con Clozapina 400 mg, Gabapentin 1200 mg, Lorazepam 2,5 mg, Sertralina 100 mg al dì ma l'effetto clinico è scarsissimo.
Dopo impianto stereotassico di DBS nel GPi, bilaterale, in anestesia generale, con reperaggio TC/RM e microregistrazione profonda, si è osservato un chiaro miglioramento, con quasi completa scomparsa degli spasmi distonici: residuano saltuarie brevi contratture in iperestensione dei muscoli del collo, è stata recuperata una valida stazione eretta e una buona deambulazione, sono scomparsi i dolori.

La D.B.S., negli ultimi 15 anni, si sta imponendo, sul piano clinico, come strumento terapeutico potente nel trattamento delle sindromi extrapiramidali con grave compromissione della qualità di vita, soprattutto in pazienti giovani, non più rispondenti alla terapia medica.
Le indicazioni, cliniche e di ricerca, vanno progressivamente aumentando:
1) malattia di Parkinson, con tremore, rigidità, bradicinesia, discinesie L-dopa indotte, tremore essenziale, distonia, emiballismo S.di Hallervorden-Spatz - con impianti in STN, GPi, VIM, RAPRL, Voa, Vop, CM/Pf, Vce/Vci.
2) tremori di varia natura (da sclerosi multipla, post-traumatici) - con impianti in VIM, Vop, RAPRL.
3) dolore neuropatico e nocicettivo resistente alla terapia medica – con impianto nel VPL,PVG,PAG.
4) spasticità - con impianto nel locus coeruleus e nel nucleo dentato
5) sindromi ossessivo-compulsive - con impianto sul braccio anteriore della capsula interna
6) alcune forme di epilessia (STN)
7) stato vegetativo persistente (sistema reticolare attivante mesencefalo-pontino)

L'applicazione della DBS nella distonia generalizzata, pur tenendo conto della limitatezza delle casistiche cliniche, si sta proponendo come metodica di rimarchevole efficacia, da verificare nel tempo e da impiegare nelle forme gravemente invalidanti, non responsive alle altre forme di terapia, soprattutto in pazienti giovani, in primis in età pediatrica, quando il quadro clinico assume aspetti particolarmente tragici.

TRACHEOSTOMIA PERCUTANEA:

ESPERIENZA ARETINA

Becattini*, C.Recine, L. Patrussi***
S.Marsupini*, B.Valli***, R.Pavani*****
*U.O Anestesia e Rianimazione
Ospedale San Donato –Arezzo
**Direttore U.O. anestesia e Rianimazione
Ospedale San Donato- Arezzo
***Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione dell' Università di Siena

Per informazioni:
pavani.raffaella@infinito.it

Riassunto
La tracheostomia percutanea è una tecnica utilizzata ampliamente nei reparti di T.I. in tutti quei casi in cui esistono condizioni di difficile intubazione, oppure, laddove si preveda un difficile svezzamento dal ventilatore e quindi si vogliano scongiurare le complicanze legate a lunghi tempi di intubazione.

INTRODUZIONE

La tracheostomia è una soluzione di continuo della parete anteriore della trachea, che determina la formazione di un accesso diretto dalla cute al lume tracheale e soprattutto consente il passaggio di aria.
Si tratta senza dubbio di uno degli interventi chirurgici più antichi, essendo tale pratica già presente presso gli antichi Egizi.
Le indicazioni ad eseguire la tracheostomia sono raggruppate nella (Tab.1).
L'accesso tracheale può essere realizzato in maniera programmata o in urgenza.
Nei reparti di Terapia Intensiva, T.I., si sta sempre più diffondendo tale pratica, quale intervento programmato nel caso in cui si prevedano lunghi tempi di intubazione.
L'intubazione prolungata si associa spesso a complicanze descritte nella (Tab.2).
Da uno studio condotto da Heffner risulta che la percentuale delle complicanze è intorno al 10%, ed esse hanno una maggiore frequenza tra il 7° e il 10° giorno dall'intubazione.
Quest' ultimo dato pone l'attenzione su una delle questioni più controverse della medicina critica, ovvero il "timing" della tracheostomia.
Una delle revisioni più vaste della letteratura che prende in considerazione solo lavori controllati e randomizzati, prodotta da Maziak et al.1998 Critical Med, non dimostra scientificamente l'efficacia del timing precoce nel determinare la durata della ventilazione.
Da questo dato di partenza un altro studio di Guarino–Merli 2000, sposta il problema mettendo sulla bilancia i rischi e i benefici della tracheotomia.

Le conclusioni di questo studio non consentono di stabilire con chiarezza se il "timing" influenza e in che modo l'esito clinico dei pz sottoposti a ventilazione meccanica. Certo è, che alcuni dati derivanti dall'analisi rischi-benefici, fanno ritenere che laddove si preveda un periodo di intubazione superiore ai 14-20gg, è consigliabile ricorrere ad una tracheotomia precoce, personalizzando il trattamento.
Le tecniche tracheostomiche si distinguono in chirurgiche, che avvengono a cielo aperto e in percutanee che utilizzano dilatatori sotto guida fibroscopica.
I numerosi vantaggi delle tecniche percutanee rispetto a quelle chirurgiche (Tab.3), dimostrati da studi randomizzati, associati alla conquista di autonomia del rianimatore–intensivista dal chirurgo nell'eseguire la manovra ha diffuso enormemente questa pratica nelle T.I.
Esistono diverse tecniche percutanee, ma l'assenza di confronti tra tecniche basati su valutazioni ampie, obiettive e randomizzate, come dimostra un'ampia revisione pubblicata nel 2001 su

***OSTRUZIONE DELLE VIE AEREE *-Corpo estraneo* *-Edema glottide* *-Imponenti emorragie nasali,orali o laringee*
***INTUBAZIONE IMPOSSIBILE *-Perdita dei reperi anatomici* *-Enfisema sottocutaneo* *(Pnx;Fratt.tracheale)*
***PREVISIONE DI TEMPI LUNGHI DI INTUBAZIONE *-Deficit nervi cranici (turbe della deglutizione)* *-Traumatismi oromaxillofaciale* *-Difficoltà allo svezzamento dal ventilatore* *(malattie neuromuscolari;BPCO;S.restrittive ecc.)*

Tab. 1 · Indicazioni alla tracheostomia.

COMUNI	RARE
*Infezioni	*Sub-lussazione cricotiroidea
*Edema laringeo	*Paralisi corde vocali
*Ulcerazione laringea	*Necrosi tracheale
*Granuloma laringeo	*Ascesso paratracheale
*Tracheomalacia	*Fistola tracheoesofagea

Tab. 2 · Complicanze intubazione prolungata.

_ Infezione dello stroma
_ Lesioni stenotiche
_ Tempi di degenza
_ Rischio emorragia
_ Costi
_ Risultato estetico
_Rapidità di esecuzione

Tab. 3 · Vantaggi tecniche per cutanee rispetto a quelle chirurgiche.

Ann.French Anest., fa si che non si possa stabilire quale sia la tecnica migliore.
"La scelta deve essere fatta in funzione del paziente e dell' esperienza dell' operatore". (Frova-Min. Anest., Maggio 2000)

MATERIALI E METODI
Nel periodo di tempo compreso dal 29/07/2002 al 17/10/2003 nel nostro reparto sono state effettuate 15 tracheostomie, tutte eseguite dallo stesso 1° operatore esperto, affiancato da un 2° operatore nella guida fibroscopica.
La tecnica, prevalentemente utilizzata nella nostra Unità Operativa è per quella di Fantoni o translaringea (TLT-Mallinckrodt-Der): è una tecnica percutanea che utilizza un solo dilatatore inserito su una guida metallica che si introduce dall'interno dalla trachea verso l'esterno (Fig.1a-1b).

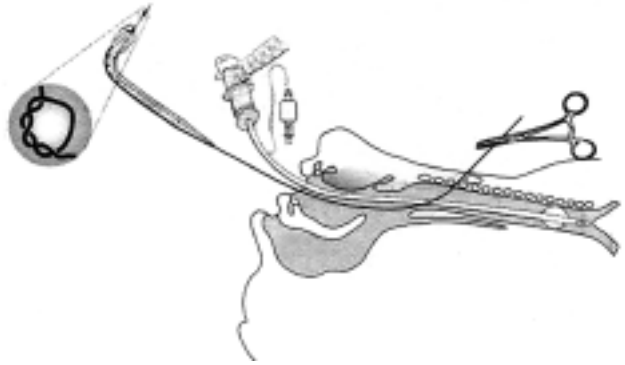

Fig. 1a

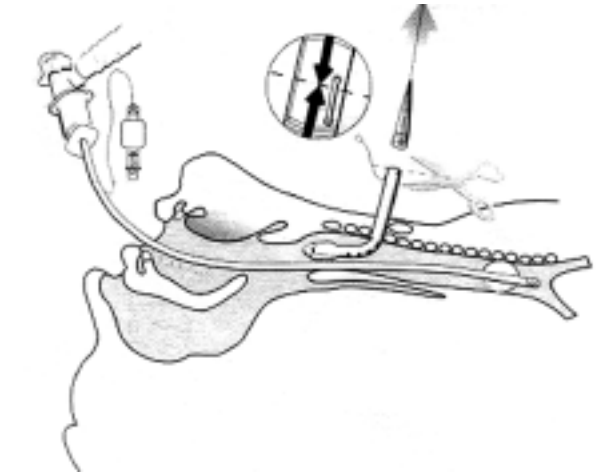

Fig. 1b

In un caso si è scelto di effettuare la tracheotomia chirurgica perché le condizioni anatomiche del paziente non consentivano il ricorso alle tecniche percutanee.
Negli ultimi due casi si è ricorsi ad una nuova tecnica con dilatatore unico a vite introdotto dall'esterno verso l'interno della trachea, tecnica tipo Ciaglia modificata, (PercuTwist-Rusch), ottenendo risultati incoraggianti.(Fig.2a-2b)
Lo scopo di questo lavoro retrospettivo è quello di confrontare in maniera critica i nostri risultati con quelli ottenuti in altri studi riportati dalla letteratura, prendendo in considerazione alcuni parametri tra i quali il timing della tracheotomia, il periodo di degenza in ICU, l'esito, le complicanze ecc., al fine di individuare, se ce ne sono, i punti deboli.

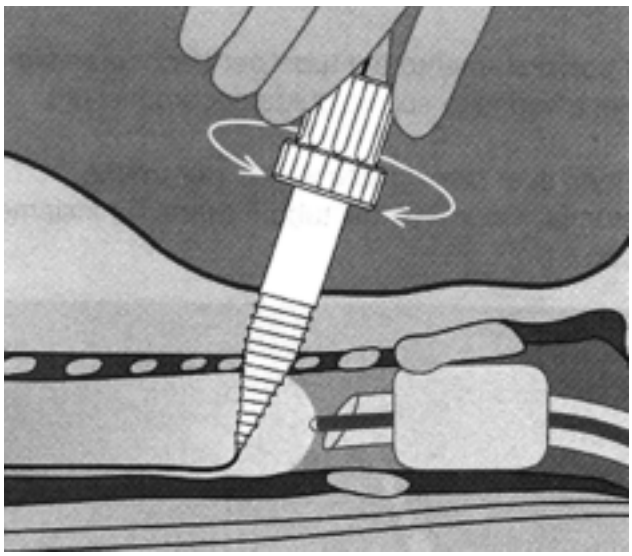

Fig. 2a

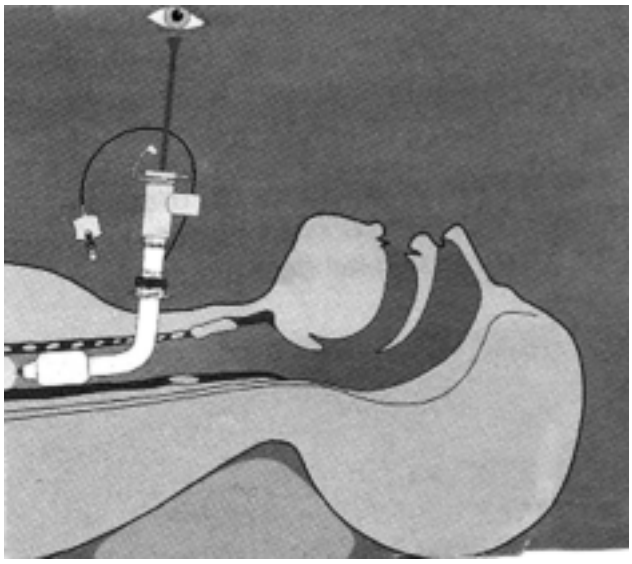

Fig. 2b

RISULTATI
In un periodo di quindici mesi, dal Luglio 2002 all'Ottobre 2003 sono state effettuate 15 tracheostomie (Fig.3) nella T.I. di Arezzo su un totale di ricoveri di 534 pz , rappresentando il 2,8% dei ricoveri (fig.4).
Dallo studio delle patologie di base dei soggetti sottoposti a tracheostomia si evince che le cause più frequenti sono rappresentate da insufficienza respiratoria cronica, seguita dal tetano e da patologie cerebrali quali ictus del tronco ed estese emorragie. (Tab.4)
La distribuzione per sesso dimostra una sostanziale uniformità poiché delle 15 tracheo eseguite 8

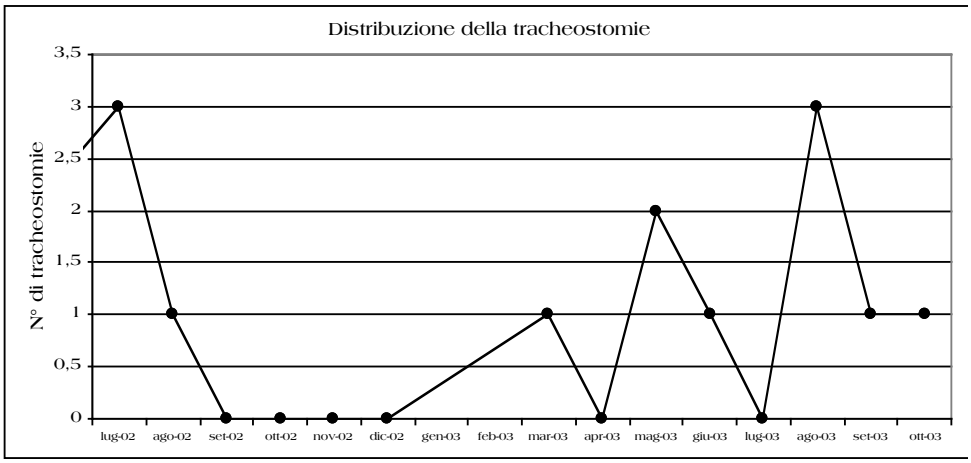

Fig. 3

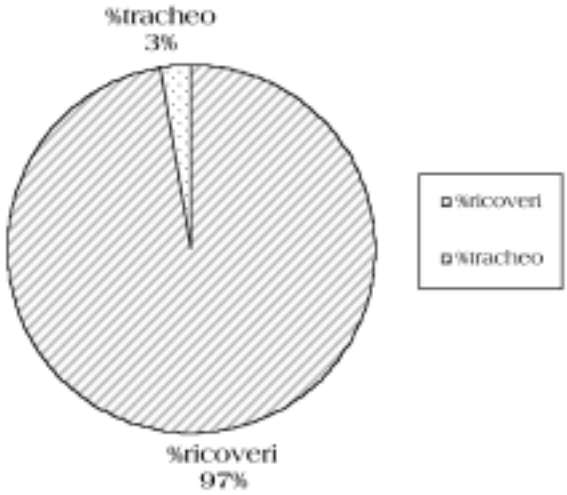

Fig. 4

sono state fatte su maschi e 7 su femmine.(Fig.5)
L'età media dei pz è di 73,4 aa, con un minimo di 51 aa ed un massimo di 91 aa.(Fig.6)
Il tempo medio di degenza dopo il quale è stata effettuata la tracheo (timing) è stato di 18,2 gg con un minimo di 6gg nel caso di un insufficiente

Patologie di base
*Insufficienza respiratoria
*Tetano
*Ictus del tronco
*Emorragie cerebrali

Tab. 4

del respiro che appariva sin dall' inizio difficilmente estubabile in tempi brevi, e con un massimo di 38 gg in un caso di insufficienza cardio–respiratoria dominata da notevole instabilità emodinamica, la quale, non solo, non ha consentito l'esecuzione della manovra in tempi brevi ma addirittura per diverso tempo faceva preludere ad una prognosi infausta. (Tab.5)
Il tempo medio di degenza in T.I. è stato di 33 gg con un minimo di 11 fino ad un massimo di 75 gg. (Tab.5)

Dei 15 pz sottoposti a tracheostomia 11 sono stati dimessi in altri reparti, mentre 4 sono deceduti durante la loro degenza nel nostro reparto per cause indipendenti dall'esecuzione della manovra tracheostomica, ma dipendenti, invece dalla patologia di base (Fig 7)
Infine, non si deve segnalare alcun tipo di complicanza perioperatoria, in particolare si rileva la pressoché assenza di lesioni suppurative peristomiche.(Tab.5)

CONCLUSIONI

La tracheostomia percutanea rappresenta un utile strumento terapeutico e profilattico rispetto ai

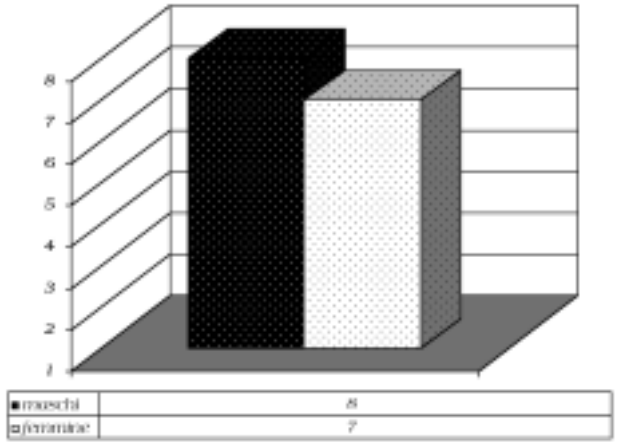

Fig. 5

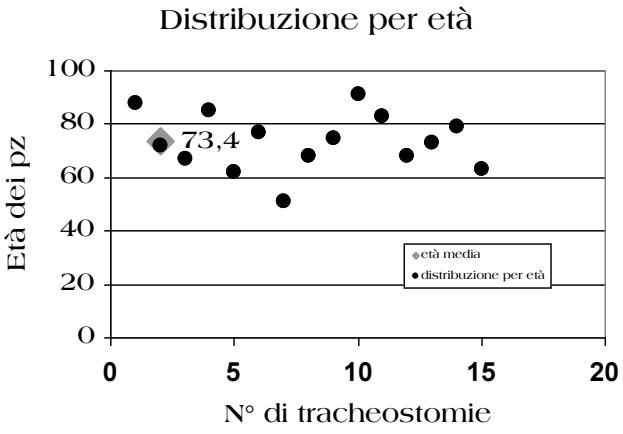

Fig. 6

danni provocati da un'intubazione prolungata, sia diretti che indiretti.
Da questa constatazione, ormai da alcuni anni, risalenti a prima della casistica riportata, la nostra equipè rianimatologica è in grado di effettuare la manovra con una media superiore a una tracheo-

stomia al mese.
I protocolli utilizzati nella scelta dei candidati, del timing e della tecnica da utilizzare si fondano su studi condotti in letteratura, sull'aggiornamento delle varie tecniche a disposizione nonché sull'esperienza dei nostri operatori.
La scelta della tecnica dipende dall'esperienza dell'operatore e deve essere personalizzata secondo la tipologia del paziente.
La scelta del timing, non esistendo di fatto protocolli universalmente accettati deve essere fatta tenendo conto dell'analisi dei rischi-benefici che tale manovra in quel determinato momento e in quel determinato paziente potrebbe avere confrontandola con l'alternativa dell' intubazione prolungata.
I nostri risultati sono equiparabili a quelli riportati in letteratura, anzi un dato positivo da sottolineare è l'assenza di complicanze perioperatorie registrate, a differenza di alcune casistiche che riportano episodi di sanguinamento, di false strade, di grave ipossiemia ecc.
L'unico punto debole da rafforzare, forse è l'estensione della pratica ad un maggior numero di operatori dell' equipe rianimatologica.

Bibliografia

[1] Heffner et al.-Timing of tracheostomy in ventilator-dependentpatients-Chest-2001

[2] Maziak et al.-The timing of tracheostomy-aa systematic review-Crit Care Med-1998

[3] Frova-Minerva anestesiologica-2000

[4] Ciaglia P-Techique,comploicantions and improvements in percutaneous dilatationaltracheostomy-Chest 1999;115:1229-1230

[5] Nates NL et al-Percutaneoustracheostomy in critically ill patients a prospective, randomized,comparasion of two technique.-Crit Care Med 2000 nov ;28(11):3734-9

[6] Byhahin et al –Bedsaide percutaneous tracheostomy clinical comparasion of Griggs and Fantoni techniques-Word J.Surg.25:296-301 2001

[7] Ravat et al-Percutaneous tracheostomy-Ann Fr Anesth Reanim 2001 Mar; 20(3):260-281

TIMING MEDIO	18,2 gg
DEGENZA MEDIA	33 gg
COMPLICANZE PERIOPERATORIE	nessuna

Tab. 5 · Parametri riscontrati.

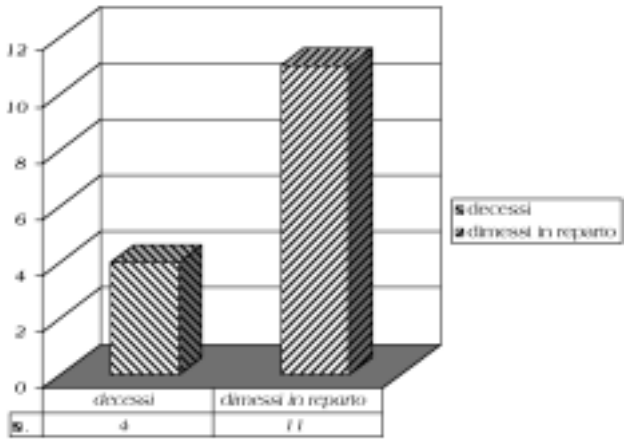

Fig. 7

Fig. 8

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. LA PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI ED IL GOVERNO CLINICO

INTERVENTO DI ROBERTO POLILLO
RESPONSABILE DELLE POLITICHE DELLA SALUTE
CGIL NAZIONALE

HANNO DETTO:

IL SSN E L'INFLAZIONE DI RIFORME INCOMPIUTE

Singolare appare la storia del nostro Servizio Sanitario Nazionale; la sua istituzione avveniva 25 anni fa con la legge 833/1978 sulle ceneri del precedente sistema mutualistico che aveva prodotto disavanzi da parte delle mutue nei confronti degli ospedali (pari a 4 mila miliardi ripianati dal governo aveva sotto forma di prestiti obbligazionari) senza riuscire a garantire universalità di accesso e trattamento a tutti i cittadini. Con la legge di Riforma Sanitaria istitutiva del Servizio sanitario veniva colmato così un vuoto legislativo che datava addirittura al secolo precedente, se si considera che la legge Crispi sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza lPAB" (legge n° 6972), il primo e tanto avversato tentativo legislativo di riordino complessivo dell'assistenza era del 17 luglio 1890. Dalla sua nascita il SSN ha vissuto un periodo di stabilità legislativa per circa 15 anni dopodiché è stato sottoposto nell'arco degli ultimi 10 anni a quattro riforme sostanziali (largamente incompiute) la cui cifra finale è ora una irresistibile spinta verso la decentralizzazione e per certi verso frammentazione. Il D. Lgs. 502 del 1992, il D.Lgs 517 del 1993, il D.Lgs. 229 del 1999 e la legge di riforma Costituzionale del Titolo V del 2001 sono i titoli di trasformazioni ancora incompiute se a questo si aggiunge la proposta di riforma Costituzionale La Loggia/Bossi i cui esiti possibili sulla tenuta dell'intero sistema in termini di universalità ed uniformità destano allarme e preoccupazione.

L'attività legislativa succedutasi con progressiva accelerazione sembra dunque ispirata più al principio termodinamico della entropia che alla necessità di adeguare la più importante componente del welfare state alle mutate condizioni della società. Questa instabilità e "cedevolezza legislativa" ha fatto sì che la riforma del SSN restasse incompleta e che importanti strumenti di programmazione e gestione sanitaria, tra i quali quelli istituivi della clinical governance ampiamente previsti dal D.Lgs 229/99 non potessero trovare applicazione e dispiegare così gli effetti di un governo complessivo delle attività sanitarie nel rispetto del principio di appropriatezza ed efficacia clinica; tra questi un particolare rilievo rivestono per le ricadute organizzative e professionali: istituzione dei dipartimenti con ampi poteri di organizzazione e gestione [art.17 bis]; conferimento di autonomia tecnico- gestionale ed economico –finanziaria ai distretti [art.3 quater]; istituzione del collegio di direzione quale momento di partecipazione dei professionisti alla elaborazione delle strategie aziendali [art. 17] adozione di linee guida ed autovalutazione periodica dei professionisti [art.15]; periodica valutazione esterna condotta tra pari (peer review); istituzione del ruolo unico del personale con superamento del precedente modello gerarchico basato sulla inamovibilità dalle funzioni attribuite. Nel D. Lgs 229/99 dunque sono stati definiti con chiarezza i principi del governo clinico delle attività sanitarie la cui presenza appare nei sistemi universalistici sempre più indispensabile per riuscire a fare fronte , in accordo con Borgonovi a "tre problemi critici- ed ineludibili- per i sistemi di tutela della salute, pubblici, privati e misti; la complessità, la limitatezza delle risorse rispetto ai bisogni; l'orientamento delle conoscenze, delle esperienze, degli atti dei comportamenti di decine e a volte centinaia di "professionisti" verso gli obiettivi comuni".

PECULIARITÀ DEL PRODOTTO: IL BENE SALUTE NON È UNA MERCE

Affrontare dunque la complessità delle organizzazione sanitarie e del loro prodotto significa innanzitutto rifiutare una concezione economicistica e minimilasta al contempo della salute e quindi delle aziende sanitarie, principale ente strumentale erogatore di prestazioni, che tende a negare le profonde differenze esistenti tra i mercati concorrenziali e i mercati delle prestazioni sanitarie ; le differenze esistenti tra questi due ordini di sistemi sono tali da non consentire a giudizio dei principali studiosi della materia l'adozione per i secondi del termine "mercato" né quello di "clienti" per descriverne gli utenti.
Nella successiva tabella tratta da Dirindin - vengono succintamente riportate le differenze sostanziali tra queste tipologie di mercati.

Le prestazioni sanitarie dunque non sono

Mercati concorrenziali	Mercati Sanitari
1. Produttori: possono essere in numero teoricamente illimitato	1. Numero limitato di erogatori con riferimento sia alle strutture sanitarie insistenti in un determinato ambito sia ai professionisti condizionati dalla presenza di barriere all'ingresso
2. Prodotto :omogeneo ai fini dello scambio	2. Prestazioni estremamente eterogenee e tendenzialmente personalizzate
3. Consumatori: perfettamente informati per quanto attiene ai prezzi e alla qualità dei beni scambiati e quindi decisori razionali	3. Consumatori con informazioni imperfette per presenza di asimmetrie informative assolutamente non eliminabili per la complessità delle conoscenze richieste
4. Assenza di esternalità: il consumo di un bene da parte di x non deve produrre effetti negativi o positivi su y se questi non partecipa direttamente all'acquisto.	4. Presenza di esternalità: gli interventi sanitari producono forti esternalità positive (gli effetti benefici di una vaccinazione si estendono anche ai non vaccinati per la minore presenza di soggetti potenzialmente contagiosi) e minori esternalità negative (infezioni nosomiali, effetti iatrogeni farmaci)
5. Assenza di economie di scala: la concorrenza viene meno qualora uno dei produttori realizzi una diminuzione dei costi per l'aumento della scala di produzione	5. Regimi di costi decrescenti: le apparecchiature ad alta tecnologia realizzano inevitabilmente economie di scala per gli alti costi di impianto.
6. Offerta completa : i beni prodotti vengono offerti in quantitativi congrui	6. Offerta di beni in misura inadeguata: per la loro caratteristica una grande parte dei beni sanitari possono essere prodotti solo da parte di determinati soggetti che non perseguono fini di lucro o non necessitino di ricavi

Tab. 1

ascrivibili alle merci ma rientrano tra i cosiddetti "beni pubblici", servizi rivolti alle persone ad alta intensità di lavoro: esse sono quindi beni di merito, nella misura in cui sono meritevoli di essere prodotti e garantiti al di fuori delle regole (in primis la ricerca del profitto) tipiche dei mercati tradizionali. Questa loro particolare natura rende irrinunciabile l'intervento pubblico come elemento di garanzia tanto per l'equità dell'accesso ai cittadini che per il mantenimento dell' equilibrio finanziario del sistema, come dimostra il caso dei servizi sanitari a prevalenza privatistica come quello degli USA dove il costo complessivo ha raggiunto il 13% del PIL e circa 42 milioni di cittadini (prevalentemente del medio ceto) risultano totalmente privi di tutela sanitaria; nel settore dei beni pubblici dunque i mercati concorrenziali non sono efficienti né mostrano capacità autoregolative ma anzi in mancanza dell'intervento pubblico vanno inevitabilmente incontro a quelli che nell'economia del benessere vengono definiti "fallimenti".

Le aziende sanitarie dunque proprio in virtù della particolare natura del bene salute, si caratterizzano a loro volta rispetto alle aziende dell'economia tradizionale, per una serie di peculiarità specifiche e distintive di cui è indispensabile tenere conto per non incorrere nei grossolani errori di valutazione.

Secondo Taroni, questi tratti distintivi che gli acritici sostenitori del fondamentalismo di mercato ignorano quasi totalmente sono i seguenti:

a) Il prodotto delle aziende sanitarie presenta ben noti problemi di misurabilità e di valutabilità.

b) Il prodotto delle aziende sanitarie si costituisce nella interazione tra i suoi utilizzatori ed il team multiprofessionale e multiagenzia responsabile della sua produzione.

c) La produzione del bene salute che rappresenta il cuore della missione aziendale è affidata a professionisti di diverse arti sanitarie, tradizionalmente caratterizzate da una forte e profonda autonomia individuale e di gruppo talora in competizione tra loro e spesso in conflitto con la funzione gestionale esterna rappresentata dal menagement aziendale.

d) La particolare natura della scienza medica, la complessità organizzativa delle istituzioni sanitarie e la frequenza assoluta del volume delle prestazioni prodotte rendono la pratica dell'assistenza sanitaria un'attività largamente esposta ad un numero elevato di errori non infrequentemente di elevata gravità.

L'affermazione di tali principi tuttavia non vuole significare che la gestione dell'intero sistema non debba essere improntata a criteri di efficienza e corretta gestione delle risorse; al contrario questa richiama con forza un concetto più ampio ovvero che la complessità del prodotto esige un prassi orientata alla qualità totale. L'impegno costante delle organizzazioni del SSN al miglioramento continuo della qualità deve essere la caratteristica principale del sistema in un ciclo che tuttavia deve trovare declinazione in momenti diversi ma strettamente interconnessi tra loro e che deve coinvolgere di pari grado i diversi attori presenti: in accordo con Ovreitveit i momenti portanti di questo ciclo della qualità sono la qualità percepita dagli utenti, come grado di soddisfazione e reale partecipazione del paziente al progetto di cura, la qualità professionale intesa come capacità di assumere le decisioni più appropriate nello specifico conteso clinico e la qualità nella gestione delle risorse come capacità di erogare il servizio migliore al prezzo più basso. L'integrazione di questi momenti tra loro poi va a realizzare quel processo di otti-

mizzazione dell'uso delle risorse umane e strumentali e di realizzazione della specifica mission della tutela sanitaria che gli anglosassoni chiamano "clinical governance".

LA DEFINIZIONE DI "CLINICAL GOVERNANCE"
La clinical governance è dunque definibile come "l'insieme degli strumenti organizzativi attraverso la quale le strutture del NHS -e quindi di ogni sistema sanitario ad impronta universalistica- si responsabilizzano nel perseguire il miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e garantiscono un alto standard di cure attraverso la creazione di un ambiente in cui può emergere l'eccellenza nelle cure cliniche".
Attraverso il governo clinico dunque possono essere perseguiti i due obiettivi che è indispensabile cogliere quando bisogni sanitari crescenti (mutato quadro epidemiologico, invecchiamento della popolazione, implementazione tecnologica, maggiore partecipazione degli utenti) devono essere coniugati con scarsezza di risorse; questi obiettivi sono da un lato il perseguimento della appropriatezza delle prestazioni e dall'altro lo sviluppo della eccellenza clinica.

LA DEFINIZIONE DI APPROPRIATEZZA NEL CONTESTO SANITARIO E LO SVILUPPO DELL'ECCELLENZA
Per quanto attiene all'appropriatezza il termine -è bene ricordarlo- sta a significare in linea generale che un'azione, una prestazione o un altro oggetto di osservazione è appropriato nella misura in cui è in possesso di proprietà corrispondenti a quelle specifiche che definiscono una classe come tale. Un intervento dunque è appropriato quando la sua prescrizione/utilizzo è in grado di garantire, con ragionevole probabilità, più beneficio che danno al paziente, atteso che questa è la caratteristica sostanziale di un atto clinico terapeutico.

Ancora in termini più contestuali poiché nel campo sanitario il giudizio di valore va alla qualità complessiva degli atti assistenziali l'appropriatezza appare valutabile in funzione della corrispondenza a determinati criteri (valore qualitativo) e standard (valore quantitativo) tesi a loro volta al raggiungimento dei due obiettivi fondamentali della qualità:

1. Efficacia clinica
2. Efficienza organizzativa.

Nel nostro contesto per la nozione di Efficacia clinica è opportuno fare riferimento alla terminologia in uso nei paesi anglosassoni che differenziano la Efficacy come "Capacità di conseguire risultati clinici auspicati in condizioni ottimali" ed Effectivennes come "Capacità di conseguire risultati attesi in condizioni reali"; questa specificazione consente infatti una migliore valutazione di quanto è auspicabile ottenere in termini di outcomes raggiunti, date ben determinate condizioni di partenza e non altre; per la nozione di Efficienza organizzativa si deve invece intendere la capacità di massimizzare i risultati erogativi ed organizzativi in relazione alle risorse finanziarie assegnate".

Il raggiungimento di un livello adeguato di efficienza ed efficacia è a sua volta il mezzo indispensabile per assicurare la qualità dell'assistenza, il suo miglioramento continuo e per favorire lo sviluppo dell'eccellenza.

Lo sviluppo dell'eccellenza va però inteso come l'impegno continuo di tutte le strutture del servizio sanitario al raggiungimento del massimo grado di conoscenza scientifica coniugata all'impiego delle migliori procedure diagnostico terapeutiche al momento disponibili; l'eccellenza in altri termini non deve essere vista come la frammentazione degli erogatori in classi di qualità e complessità a valore decrescente, ma come la capacità di sviluppare i migliori livelli di erogazione delle cure nell'ambito di ogni contesto clinico in cui è articolato il servizio sanitario nazionale.

Dunque l'eccellenza non può essere identificata semplicemente con la disponibilità per una struttura sanitaria dei mezzi tecnologici più sofisticati, ma al contrario essa deve essere vista come la capacità di ottenere i migliori outocomes e di risultare vincenti nelle valutazione comparativa con altre strutture con identica mission.

Questi elementi, insieme alla partecipazione diretta dei protagonisti della vicenda: i cittadini, i manager aziendali, le amministrazioni pubbliche, il complesso farmaco industriale e i professionisti, nel rispetto e nella distinzione dei ruoli da essi ricoperti, vanno a costituire il circolo virtuoso della qualità e rappresentano il punto di arrivo, il thelos a cui deve tendere l'intero processo assistenziale e di cura.

LA DECLINAZIONE DELLA CLINICAL GOVERNACE
Favorire il governo clinico delle strutture sanitarie significa innanzitutto prendere atto delle profonde trasformazioni avvenute a partire dagli anni '80 nella società e conseguentemente nella stessa organizzazione del lavoro; da quegli anni infatti inizia a perdere forza il modello fordista taylorista che aveva fatto proprio come assunto costitutivo la riducibilità della complessità data, ritenendo sempre possibile una lettura ordinata e comprensibile della realtà. La pretesa intelligibilità del contesto si era tradotto in una organizzazione del lavoro anche essa impostata sulla scomposizione dei processi lavorativi in unità elementari e quindi sulla frammentazione delle mansioni e della attività dell'homo faber con la esasperata dicotomia tra funzioni progettuali/ideative in capo ai colletti bianche e funzioni esecutive in capo ai colletti blu.

In alternativa a tale modello, a seguito delle grandi crisi energetiche degli shock petroliferi degli anni'70 ed alla progressiva sostituzione della industria pesante ed energivora da parte della microelettronica e computeristica, ha iniziato a farsi strada una concezione di segno contrario; si è dunque affermato un nuovo paradigma, per usare un termine di T Kuhn incentrato sull'assunzione della non riducibilità della complessità data e sull'accettazione dei limiti della conoscenza e di comprensione del proprio contesto.

Ne è derivato da questo una lettura più problematica della realtà, più incline al dubitare cartesiano; la stessa conoscenza identificata e ricondotta dal taylorismo al sapere parcellizzazto e finalizzato all'acquisizione di un'abilità macchinale nel processo produttivo molecolare ha subito una trasformazione. Il processo del conoscere è stato infatti utilizzato quale leva per fronteggiare l'incertezza e l'ambiguità (Cainarca) con la costituzione di una nuova frontiera produttiva totalmente imperniata sui processi cognitivi.

Da questo, il bisogno di ripensare anche in sanità ad un organizzazione del lavoro non più incentrata sui singoli atti professionali e sulla formalizzazione rigida delle competenze (primario, aiuto ed assistente) tipico dell'universo fordista penetrato in profondità anche nel contesto sanitario grazie anche agli insegnamenti del grande clinico Osler convinto sostenitore della razionalità fordista, ma sul lavoro multidisciplinare e multiprofessionale e quindi sulla rivalutazione del lavoro del team; in tema di qualità si è passati poi da una semplice valutazione esterna ed ex post sul prodotto alla ricerca della qualità autogestita in riferimento non solo agli esiti finali ma all'intero processo che costituisce il percorso di cura.
Contemporaneamente sotto la spinta della rivoluzione consumeristica l'utente ha trovato nuova collocazione passando progressivamente dal ruolo di soggetto passivo a quella di protagonista nel processo di cura riaffermando l'esigenza che anche per il prodotto sanitario venissero introdotti criteri di misurabilità e confrontabilità tra i diversi contesti.

Nella prassi medica si è andato così consumando il modello tradizionale di trasmissione del sapere di tipo verticale dal "maestro" al discente, per approdare a quello razionale e scientificamente critico della medicina basata sulle evidenze, facendo proprio quanto sostenuto da Karl Popper nella "Logica della scoperta scientifica": " Come criterio di demarcazione relativamente alla scientificità del sistema non si deve prendere la verificabilità , ma la falsificabilità in altre parole; da un sistema non esigerò che sia capace di essere valutato in senso positivo una volta per tutte…un sistema empirico per essere scientifico deve essere confutato dall'esperienza"

A questo nuovo paradigma deve conseguentemente corrispondere ora una capacità dell'organizzazione del lavoro in grado di recepire questo nuovo ruolo degli operatori basato ora, nella società postmoderna, sulla "competenza" intesa come "capacità di interpretare e di interagire dialetticamente con un "divenire" degli eventi spesso scarsamente prevedibile e modificabile a sua volta dall'interagire dell'agente stesso; dall'altro si deve impiantare, nel nostro specifico contesto socio sanitario, un metodo di lavoro fondato su quella che DeHoog chiama la "Collaborazione" tra soggetti.

Il processo della collaborazione nasce dalla presa d'atto della notevole complessità e dinamicità delle prestazioni sanitarie non riducibili a singole unità di costo o "performance" e si basa sul principio del mutuo adattamento e su una razionalità di tipo "incrementale"; questa è tale perché, pur prefissando un obbiettivo generale da raggiungere, si propone di valutare passo dopo passo la coerenza delle modalità poste in essere per conseguire il fine programmato, modificando quindi all'occorrenza i piani di azione (Fazzi).

Per fare questo è richiesto allora che gli operatori tutti finalizzino la propria attività professionale alla implementazione continua della qualità delle prestazioni rese in quanto agenti di un processo produttivo che ha alle sue basi la conoscenza; in tale contesto infatti è assolutamente preminente la qualità intesa con Drucker non come "uno standard minimo, né un limite di selezione; ma come l'essenza dell'output".

Il raggiungimento di un livello di eccellenza per la qualità pone una dimensione ancora diversa che ricomprende a sua volta la cultura, l'agire e la verifica del risultato. Questo significa procedere di pari passo con altri strumenti di analisi del contesto: pratiche di autovalutazione, audit, revisioni tra pari, CPD (Continuing professional development), elaborazione condivisa di protocolli diagnostico terapeutici e sviluppo della EBM, prassi e teorie che nulla hanno a che vedere con il tradizionale modello verticale di certificazione della qualità da parte del vertice dell'organizzazione.

L'adozione di modelli organizzativi che riconoscano la complessità dei contesti e adottino come metodo di lavoro i principi della multidisciplinarietà, della multiprofessionalità e della condivisione e affidamento diretto delle responsabilità agli operatori, è la vera chiave di volta per fugare dalle organizzazioni sanitarie la demotivazione, l'impoverimento culturale e per realizzare nel medio periodo un uso corretto delle risorse.

IL GOVERNO CLINICO NELLE AZIENDE SANITARIE: STATO DELL'ARTE
Abbiamo ricordato in premessa come l'inflazione

legislativa sia stato uno degli elementi che hanno contribuito ad una incompleta realizzazione del processo di riforma delle aziende sanitarie; a questo si è aggiunta una scarsa propensione da parte degli amministratori e manager aziendali ad introdurre discontinuità ed innovazione nella gestione in ossequio a quel conservatorismo che sempre caratterizza le strutture formali di ogni organizzazione.
Una recente indagine condotta dalla FIASO e dalla CERGAS Bocconi su ben oltre il 55% delle aziende sanitarie consente ora di effettuare una fotografia sul processo di aziendalizzazione e di verificare il livello di attivazione di quegli strumenti gestionali indispensabili per avviare il processo di governance delle strutture.
I risultati dell'indagine forniscono le seguenti indicazioni per quanto concerne assetto istituzionale, organizzazione e programmazione:

- Assetto Istituzionale : i collegi di direzione sono stati istituiti nel 75% delle aziende con una maggiore prevalenza nella aziende ospedaliere e in quelle collocate al centro nord: L'atto aziendale è stato introdotto solo nel 56% delle aziende con responsabilità anche a carico di alcune regioni che non hanno emanato le linee guida ad hoc.
- Organizzazione: i dipartimenti sono stati istituiti nel 93% delle strutture con una prevalenza di dipartimenti a struttura; nel 79% delle aziende ospedaliere il modello è stato esteso a tutte le unità operative; la scelta del capo dipartimento avviene per motivi esclusivamente fiduciari nel 54% dei casi e nell'ambito di una rosa indicata dal Comitato di dip. 38%; l'attivazione dei distretti è avvenuta in quasi tutte le aziende con una media di 4 distretti per ciascuna di esse; la valutazione e le politiche del personale sono ad un buon grado di maturità in quasi tutte le aziende con alcune lacune per quanto concerne l'attivazione dei collegi tecnici.
- Programmazione: la pianificazione strategica è entrata a fare parte delle attività di programmazione di quasi tutte le aziende; la contabilità di tipo economico ha quasi ovunque sostituito la precedente contabilità di tipo finanziario con alcuni limiti nel permanere della logica autorizzativi; nel 27% delle aziende è stato avviato il processo di bugdetizzazione ma questo dipende ancora dal deliberato economico; ancora inefficiente è il sistema di reporting.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'indagine svolta dalla Fiaso in collaborazione con la Cergas Bocconi denota come a distanza di 10 anni dall'avvio del processo di aziendalizzazione il percorso compiuto dalle aziende sanitarie abbia raggiunto risultati di un certo rilievo.
Per quanto riguarda tuttavia l'effettiva implementazione della governance questa è ancora lontana da una condizione ottimale.
Pesano in tale senso significativi ritardi da parte di altri soggetti istituzionali in primis il Ministero della Salute e le regioni il cui ruolo è indispensabile per delineare un sistema di raccomandazioni, come le linee guida sulle principali malattie e procedure diagnostiche e terapeutiche, che riportate in periferia riceva la l'indispensabile implementazione operativa sotto forma di percorsi diagnostico terapeutici condivisi e calibrati sulle reali condizioni di operatività presenti nella regione e nella azienda.
Una politica sanitaria basata su un effettivo governo clinico ha dunque bisogno di una serie di input da parte delle istituzioni centrali che sono finora mancati.
Ne deriva il rischio che anche la nuova organizzazione, così come delineata dalla indagine citata, risponda più a esigenze nominalistiche che ad effettiva capacità operativa. Ancora scarse sono infatti le realtà in cui alla formalizzazione di tali nuovi strumenti ha fatto seguito un diverso modo di agire fortemente e convincentemente basato su un approccio multidisciplinare ai problemi.

Del pari ritardi sono presenti tra gli operatori ed i professionisti della sanità e nei loro organi di rappresentanza ancora pochi convinti del loro nuovo ruolo di lavoratori della conoscenza e spesso ancora impegnati nel difendere un modo obsoleto di operare nelle strutture complesse come quelle sanitarie.

La rivoluzione consumeristica iniziata negli anni '80 ha restituito un ruolo di soggetto attivo ai pazienti superando la loro precedente condizioni di totale sottomissione nei confronti dei medici e gli altri operatori della sanità; questo tuttavia non significa ancora che le strutture sanitarie siano attualmente in grado di rispondere a questi nuovi diritti e garantire un reale coinvolgimento degli utenti nelle scelte che li riguardano.

Nel processo di trasformazione delle strutture del servizio sanitario e del loro adeguamento costante alle esigenze poste dalla modernità occorre dunque fondare un nuovo patto che ricomprenda insieme lavoratori della salute, utenti ed amministrazioni. Occorre dunque delineare un modello partecipativo basato sulla multidisciplinarietà e sulla responsabilizzazione degli operatori nonché sul monitoraggio continuo delle attività svolte al fine di implementare la qualità professionale che significa poi utilizzare al meglio le risorse disponibili.

Arezzo 9 luglio 2003.

CORSO FORMATIVO PER PIANI DI SALUTE NELLE AREE DISTRETTUALI

Il Piano sanitario della Regione Toscana per gli anni 2002-2004 pone la salute come obiettivo fondamentale non solo del sistema sanitario ma dell'intera comunità, nel presupposto della multifattorialità dei determinanti della salute e nella considerazione del valore importane ma parziale che assume il sistema delle cure nella creazione di un completo stato di benessere psicofisico dei cittadini e delle comunità.
La salute è la risultante di un impegno comune e sinergico delle Istituzioni pubbliche, dei diversi soggetti sociali e degli stessi cittadini.
A questo proposito, il Piano sanitario regionale recupera e sviluppa la proposta per un Patto di solidarietà per la salute introdotta per la prima volta dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 anche se il Piano Integrato di Salute affonda le sue radici nei principi ispiratori e negli obiettivi strategigi indicati nella Carta di Ottawa e nelle linee di indirizzo dell'OMS.
Il Piano sanitario regiona le ha come indicazione metodologica la programmazione concertata.
I Piani di salute, a livello aziendale e distrettuale, sono gli strumenti richiesti per raggiungere gli obiettivi di salute e alla loro predisposizione sono impegnati sia l'Azienda sanitaria che gli Enti locali della Provincia di Arezzo.

I Piani Integrati di Salute rappresentano "un disegno progettuale, proiettato sul futuro ma basato su una valutazione precisa e condivisa dei problemi del presente, finalizzato a rimuovere alcuni significativi ostacoli al miglioramento della salute della comunità locale, fondato sull'integrazione delle diverse istituzioni cui esse fanno capo, delle diverse politiche di settore nonché delle istanze e delle conoscenze della comunità locale medesima".

UNA METODOLOGIA DA CONOSCERE
Nonostante l'ampia descrizione degli obiettivi di salute e degli strumenti di programmazione presenti nel Piano sanitario regionale, l'applicazione dei Piani di salute ha bisogno di ulteriori informazioni, di approfondimenti di merito, di confronti aperti con le esperienze maturate, di una nuova e diffusa assunzione di consapevolezza e responsabilità da parte di tutti i soggetti attuatori.
In sostanza, c'è bisogno di mettere a punto una metodologia di programmazione operativa in cui siano indicati i compiti e le responsabilità di ciascuno nell'obiettivo comune della salute.
Per queste ragioni, il Centro F. Redi, il Centro F. Basaglia, l'Agenzia Regionale di Sanità - ARS, l'ARPAT e la Asl 8 in collaborazione con Direzione Scolastica Regionale CSA di Arezzo, Università di Siena, FIMMG, SIMG, Ordine dei Medici e Comuni della Zona Valdichiana Aretinahanno promosso **"Un corso formativo sui Piani Integrati di salute"**, che si è svolto in data 16 e 25 settembre e 2 e 7 ottobre a Cortona e che si ripeterà nelle varie aree distrettuali della provincia di Arezzo e della Toscana.
Lo scopo del corso è la condivisione di un linguaggio comune, l'acquisizione di un livello diffuso di consapevolezza sul significato di salute e dei suoi determinanti insieme alla individuazione dei ruoli istituzionali, dei compiti e delle responsabilità che attengono a ciascuno dei soggetti che partecipano alla stesura del Patto di solidarietà per la salute.
In occasione del corso sono state affrontate le seguenti tematiche:

- La promozione della salute sul territorio e nella comunità locale, dalla Carta di Ottawa ai PIS S. Beccastrini
- Scenario normativo e strumenti giuridici di attuazione dei PIS - A. Serino
- Processi partecipativi e soggetti istituzionale e sociali coinvolti - C. Lomuto
- I Profili di Salute - A. Pedone
- Criteri e fonti di individuazione dei problemi e di selezione degli obiettivi - E. Buiatti
- La valutazione di processo e di risultato E Buiatti
- Strumenti per la valutazione - S. Arniani
- Presentazione di esperienze - G. Carozzi, R. Romizi, M.G. Petronio
- Costruzione di un PIS locale a cura dei Gruppi di Lavoro
- Un modello organizzativo della zona-distretto e le sue articolazioni - G. Cirinei
- Governo Clinico del Distretto - L. Triggiano
- Il ruolo della Conferenza dei Sinadaci e dei Comuni - B. Benigni

I PARTECIPANTI AL CORSO.
Al Corso hanno partecipato amministratori e dirigenti dei Comuni, rappresentanti dell'Università, della Scuola e dirigenti della Asl. Si è trattato di favorire la partecipazione di dirigenti per le diverse competenze richieste: politiche sociali, urbanistica, assetto del territorio, ambiente, sanità, urp, educazione alla salute, prevenzione, distretto, Sert, Dipartimento salute mentale.
Una partecipazione ugualmente essenziale è stata richiesta all'Arpat, ai Medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, nonché ai rappresentanti del Sindacato e del 3° settore.

L'OSSERVATORIO DEGLI INCIDENTI DEL TRAFFICO DELLA PROVINCIA DI AREZZO

Riccardo Buffoni*, Jacopo Comanducci**
Antonella Gentile*, Alessandra Pedone**
Roberto Romizi, Paolo Vadi***
* Servizio Viabilità della Provincia di Arezzo
** Centro Francesco Redi, Asl 8

LE PREMESSE DELL'OSSERVATORIO

Gli incidenti stradali sono da tempo un'evidenza per il territorio di Arezzo. L'Atlante della mortalità evitabile anno 1999, edito da ISDE Italia ha individuato la mortalità per incidente come unico dato significativamente superiore alla media italiana. La relazione sanitaria della Toscana registra per la ASL di Arezzo tassi di mortalità per incidente da traffico tra i più elevati nella regione.

Nel 1992 la provincia commissionò alla Federconsumatori e utenti e al Centro Francesco Redi[1], un'analisi del fenomeno, attraverso l'elaborazione delle schede ISTAT. Fu costruita la mappa dei "punti neri" della città attraverso l'analisi degli incidenti verificatisi negli anni dal 1985-1987 nel comune di Arezzo. I dati furono presentati nel corso di un seminario cui parteciparono, per la prima volta riuniti intorno a tale problematica, il comune, la provincia, le forze di polizia e carabinieri, la motorizzazione civile, la scuola, l'ACI, alcune assicurazioni e il dipartimento dell'emergenza e urgenza della ASL. In quell'occasione fu anche ipotizzata la costituzione di un osservatorio che rilevasse sistematicamente gli incidenti e fosse in grado di restituire a chi deve assumere decisioni in materia, informazioni sulla localizzazione, su eventuali situazioni di rischio e fosse in grado di verificare, a seguito di misure correttive adottate, la loro efficacia.

Negli undici anni trascorsi da quella prima iniziativa è stata completata la raccolta dei dati dalle schede ISTAT fino al 1995, attraverso un finanziamento della "Ricerca sanitaria finalizzata" della Regione Toscana. E' stato possibile osservare anche i trend, verificare la perdita di dati enorme riguardo la localizzazione e anche gli esiti degli incidenti: i morti, confrontati con gli archivi di mortalità del registro toscano sono risultati sottostimati di oltre il 35% (in 6 anni di osservazione per il comune di Arezzo, il registro toscano della mortalità segnala 148 morti, a fronte dei 96 rilevati dai certificati ISTAT).

Il Comune di Arezzo, subito dopo il seminario, aveva strutturato l'ufficio traffico e aveva iniziato la registrazione degli incidenti anche su software geografico. Erano state adottate contromisure in alcuni dei punti neri rilevati, ma le attività sono risultate più legate alla sensibilità del momento di amministratori e tecnici che non l'espressione di una volontà di adottare una metodologia di programmazione degli interventi e di verifica sistematica degli esiti degli stessi. L'attività è poi cessata, a seguito di cambiamenti di personale per poi riprendere in modo discontinuo. Dal 1999 il Comune, già inserito nella rete italiana delle città sane, è stato ammesso al "Progetto Città Sane" cui partecipano 53 città della regione europea. In questo contesto sono state realizzate due versioni del "Profilo di salute della città", secondo la metodologia indicata dall'OMS. La Provincia ha promosso la realizzazione del "Profilo di Salute" per le altre 4 zone-distretto in cui è ripartita la provincia. Ancora una volta la tematica degli incidenti è risultata particolarmente rilevante sia a livello del comune di Arezzo che dell'intera provincia.

La provincia, è stata poi coinvolta nel progetto "caschiamoci" che vede impegnate le scuole, le amministrazioni locali, la Prefettura, la ASL, l'ACI con l'obiettivo comune di creare una maggior sensibilizzazione sui temi della sicurezza stradale. Area tematica prioritaria anche per il progetto educativo integrato nelle scuole di ogni ordine e grado denominato "La scuola per una città sana e sostenibile", coordinato dal Centro "Francesco Redi".

L'AVVIO E L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSSERVATORIO

Solo verso la fine del 2000, nella prospettiva del passaggio alla provincia delle competenze di parte delle strade dell'ANAS, di personale e mezzi, si è concretizzata l'ipotesi dell'osservatorio. Viene stipulata una convenzione tra provincia, settore della viabilità e Centro Francesco Redi della durata di quattro anni.

E' stato costituito un Comitato di indirizzo e monitoraggio, composto da 3 rappresentanti della Provincia e 3 del Centro Francesco Redi. Il comitato si riunisce almeno mensilmente per la programmazione e verifica del lavoro svolto.

La struttura dell'osservatorio è minima: l'esperto del Centro si è occupato dell'elaborazione dei dati ISTAT, dell'organizzazione e coordinamento della rilevazione presso la Prefettura, e della raccolta e inserimento della rassegna stampa nel data base. Due operato-

ri a tempo parziale hanno effettuato queste attività. Un ingegnere della provincia ha curato la georeferenziazione e la rappresentazione su mappa degli incidenti. Il referente per la ASL ha garantito l'acquisizione dei dati sanitari e la loro elaborazione in collegamento con l'Agenzia Regionale della Sanità. Gli altri referenti della provincia e del Centro Francesco Redi hanno curato i rapporti istituzionali con la Prefettura e gli enti.

Gli obiettivi dell'osservatorio individuati dalla convenzione sono:

- Il recupero ed elaborazione delle schede ISTAT per il periodo 1995-2000 per tutti i comuni della Provincia (incidenti con lesioni alle persone).
- La rilevazione sistematica di tutti gli incidenti con lesioni alle persone e la loro corretta localizzazione a partire dal 2001.
- Il collegamento tra "incidente" e i dati sanitari relativi alle persone coinvolte.
- L'acquisizione dei dati sanitari: accessi al PS e SDO relativi a incidenti stradali e loro elaborazione (a prescindere dal collegamento al singolo incidente).
- L'attribuzione isorisorsa all'incidente, attraverso anche la rilevazione dei costi sanitari.
- L'analisi della rassegna stampa per arricchire le informazioni relative all'incidente con elementi non rilevabili dai verbali o dalla scheda ISTAT.

La convenzione ha comunque lo scopo di arrivare a progettare e realizzare l'osservatorio vero e proprio una volta sperimentate le modalità di acquisizione dei dati, verificata la loro correttezza, definito il loro utilizzo e sistematizzato il feedback.

LE ATTIVITÀ DELL'OSSERVATORIO

I DATI SUGLI INCIDENTI

Dalla elaborazione delle schede ISTAT dal 1995 al 2000, è stato possibile quantificare la perdita di informazioni riguardo la localizzazione. Nel 91% degli incidenti è omesso il luogo, perché incomplete le informazioni riguardanti il km., in caso di strada extraurbana, o la denominazione della strada con il numero civico, per le strade urbane. La perdita scende al 73% nel caso in cui vi siano morti nelle 24 ore, risale all'83% nel caso di morti entro i 7 giorni e, relativamente ai feriti, la perdita sale al 97%.
Se si considera che è stimata la possibilità di riduzione del 25% del numero degli incidenti attraverso interventi sui punti neri, ci possiamo rendere conto della gravità di tale perdita.

CAUSE DELLA PERDITA DELLA GEOREFERENZIAZIONE E SOLUZIONE ADOTTATA (GOLD-STANDARD)

La rilevazione attraverso le schede ISTAT ACI è nata con scopi descrittivi generali, quindi era più facile rilevare correttamente il dato sulle strade statali e provinciali e anche comunali (identificabili con un numero) che la strada urbana, definita da un nome. Nel momento in cui se ne è tentato l'utilizzo a livello locale, è emersa la incompletezza della rilevazione.
Il primo obiettivo è stato, quindi, la rilevazione della localizzazione.
Inizialmente era stato ipotizzato un accordo con i 39 comuni della provincia per l'invio dei modelli CTT-ACI, poi, grazie alla disponibilità della Prefettura, a partire dal 2001, la raccolta dati è stata effettuata direttamente dai verbali degli incidenti inviati alla Prefettura da polizia stradale, municipale e carabinieri, salvaguardando l'anonimato delle persone coinvolte. La descrizione dell'incidente e i dati contenuti in esso sono esaustivi per la georeferenziazione e sono sovrapponibili ai dati contenuti nella scheda CTT/ACI sulla natura dell'incidente, dei veicoli coinvolti, il tipo di infrazione e altro. Il valore aggiunto è dato dalla possibilità di collegare l'incidente ai trattamenti sanitari delle persone coinvolte, metodologia ad oggi utilizzata sperimentalmente poiché i flussi informativi sono separati.

La rilevazione dai verbali della Prefettura si è rivelata una procedura semplice, riproducibile, economica, esaustiva e semplificativa rispetto al superamento delle resistenze di varia natura, quali accordi, intese, protocolli, tanto da poter essere considerato un gold-standard, intendendo con ciò, un impiego di risorse minimo rispetto ai risultati ottenuti e una metodologia alternativa appropriata agli interessi locali.

E' stato predisposto un data base per la raccolta dei dati, I campi utilizzati sono stati:

- numero pratica (per la rintracciabilità del verbale e possibilità di ricontrollarlo)
- il comune
- la data: gg-mm-aa
- l'ora
- la georeferenziazione: via (descrizione), km, hm, numero civico
- la riattribuzione della georeferenziazione alla localizzazione (strada urbana, prov.com extra)
- il codice di accesso al PS
- la descrizione sintetica delle circostanze e delle dinamiche dell'incidente e il contesto infrastrutturale, le violazioni, gli esiti.

Dai verbali del 2001, è stato possibile riportate su software geografico le localizzazioni disponibili. Su 1382 verbali di incidenti analizzati, è stato correttamente georeferenziato il 99,49% degli incidenti. Solo 7 casi sono andati persi (lo 0,5% rispetto al 91% del quinquennio precedente).

L'ANALISI INGEGNERISTICA E RELATIVE CONTROMISURE: L'ESPERIENZA DELLA SP08 DI BOTRIOLO

Identificate tra le strade in gestione alla provincia quelle a maggior tasso incidentale e di mortalità, sono stati impostati dall'Ufficio Traffico e Sicurezza Stradale del Servizio Viabilità della Provincia, studi dettagliati sulle infrastrutture che hanno avuto conclusione nella predisposizione di progetti di messa in sicurezza.

In particolare l'attenzione è stata rivolta nei confronti della SP08 di Botriolo, storicamente tra le più pericolose tra quelle in proprietà della Provincia di Arezzo (talvolta definita sui giornali locali "strada killer" o "strada della morte"); nello studio sono state analizzate le caratteristiche geometriche del tracciato planoaltimentrico e delle sue intersezioni con la viabilità secondaria, e confrontate con le richieste delle più recenti normative al fine di evidenziare eventuali mancanze e ponendo l'attenzione sul rispetto delle distanze di visibilità dei veicoli e sulla coerenza di esse con la velocità di progetto; sono state verificate segnaletica verticale ed orizzontale, oltre che nella sua conformità al Codice della Strada, valutando anche criteri di leggibilità dell'utente nelle proprie condizioni al contorno; infine sono stati effettuati rilievi di traffico ai fini di una valutazione del livello di servizio dell'infrastruttura (metodo dell'HCM).

Parallelamente a tale indagine, di tipo tipicamente "ingegneristico", sulle caratteristiche del tracciato, è stata effettuata l'analisi degli incidenti avvenuti nel 2001; l'approccio permesso dalla disponibilità dei dati di cui ai verbali delle Forze di Polizia, ha permesso la georeferenziazione esatta dell'evento e la comprensione delle reali dinamiche degli incidenti e della eventuale concausa legata al tracciato stradale.

La ripresa con telecamera digitale nei due sensi di marcia ha garantito una analisi orientata verso la reale percezione del tracciato e dei sui pericoli da parte dell'utente stradale.

A conclusione dello studio sono stati quindi proposti e raccolti in un progetto interventi di messa in sicurezza dell'infrastruttura suddivisi in interventi a breve termine (il cui finanziamento è stato interamente permesso dalle somme previste dalla Provincia di Arezzo per il "Progetto Sicurezza 2003" interamente finanziato in proprio) ed interventi a lungo termine la cui progettazione è già in atto e il cui finanziamento è già stato previsto nei piani di programmazione dell'ente.

L'iter seguito permette pertanto relativamente al tracciato prescelto la chiusura del rischio strutturale; piuttosto che investire le somme del Progetto Sicurezza in interventi generici dispersi sul territorio, è prevista l'adozione della stessa metodologia di indagine per gli altri tracciati a rischio tra i quali la SP 327 e tutte le Strade Regionali ex Statali.

Parallelamente, nella logica impostata dal Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale che prevede interventi di primo livello (messa in sicurezza di tratti a rischio) e di secondo livello (creazione di servizi di gestione della sicurezza stradale), la Provincia procede anche nella raccolta di banche dati sul catasto strade, sulla segnaletica, sul traffico, sulla manutenzione programmata, sui disagi ai cittadini per lavori in corso, al fine della creazione di un sistema informativo stradale con l'obiettivo finale di raggiungere standard superiori di sicurezza stradale infrastrutturale.

I DATI SANITARI

Il Sistema informativo dell'ASL di Arezzo si è andato sviluppando negli anni con una particolare attenzione alla possibilità di integrazione dei diversi archivi. Oggi dispone di una banca dati sanitari facilmente utilizzabile anche a fini clinici. L'anagrafe assistiti provinciale rappresenta, per i residenti o comunque assistiti dalla ASL, la base di comune alimentazione dei dati anagrafici. Ciò costituisce il presupposto per una corretta interrogazione degli archivi.

Le basi dati disponibili sono rappresentate da:

- anagrafe assistiti
- pronto soccorso
- scheda di dimissione ospedaliera
- attività ambulatoriale (tipologia della prestazione per disciplina)
- attività ambulatoriale per alcune specialità informatizzate (cardiologia, neurologia e neuro fisiopatologia, oncologia) con esito della prestazione (referto)
- diagnostica radiologica
- laboratorio analisi
- centro di ecografia
- centro di endoscopia
- laboratorio di immunoematologia
- anatomia patologica e citogenetica
- medicina legale
- farmaceutica territoriale
- mortalità

Il sistema è stato sperimentato per i reparti di degenza per dare la possibilità di acquisire, relativamente ai degenti in reparto, le informazioni già disponibili nei vari archivi della ASL. L'utilizzo del palmare al letto del malato permette di aggiornare in tempo reale la cartella clinica o di ricevere direttamente i referti degli esami richiesti.

Il sistema, utilizzabile anche per le persone coinvolte in incidenti stradali, apre prospettive di analisi nuove.

Fino ad oggi le informazioni sulle persone coinvolte in incidenti si sono fermate alla rilevazione del numero dei feriti e dei deceduti, spingendosi al massimo alla elaborazione degli indici di gravità e

di lesività di strade o tratte di esse e, in alcune esperienze sono stati stratificati per DRG e MDC o alcuni gruppi a rischio come gli alcolisti.

La storia sanitaria, limitatamente a ciò che è disponibile negli archivi informatizzati della ASL, può fornire informazioni sulla "vulnerabilità" della persona. Si può ipotizzare che esistano alcune situazioni di rischio che predispongano all'incidente sia stradale o anche di altro genere. La loro conoscenza potrebbe aprire nuove ipotesi di prevenzione, di educazione, di informazione o nel caso degli utenti deboli della strada (anziani, bambini, pedoni, ciclisti), all'adozione di contromisure appropriate sull'organizzazione del traffico e della città.
Lo studio dei dati sanitari avviene a partire dal caso-incidente verso la storia cronologica sanitaria precedente e post.
Il follow up, poi, a seguito dell'incidente, può permettere di rilevare gli esiti, non solo in termini di ricorso ai servizi sanitari e dei relativi costi, ma anche di stato di salute. La conoscenza oggi dei danni sanitari provocati dagli incidenti e il numero delle invalidità a seguito di questi, è un dato oggetto solo di stima.

Per ciascuna persona coinvolta è stato rilevato il codice di accesso al pronto soccorso.
Avevamo ipotizzato che, tramite questo, avremmo potuto disporre della chiave univoca di accesso agli archivi sanitari. In provincia di Arezzo, coincidente con la ASL n. 8 della RT, ci sono 5 presidi ospedalieri con strutture di pronto soccorso che dispongono dello stesso software. I dati anagrafici dei residenti o comunque assistiti dalla ASL 8 di Arezzo, che ricorrono alle prestazioni del pronto soccorso, sono rilevati direttamente dall'anagrafe assistiti: l'individuazione delle persone è quindi certa e senza possibilità di errori di registrazione del nome, della data di nascita e residenza. Dal codice di accesso sarebbe poi stato possibile risalire al codice fiscale e, quindi, agli archivi sanitari della ASL.
La Provincia ha notificato all'Autority per la tutela della privacy l'avvio dell'attività dell'osservatorio e ha richiesto l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili (dati sanitari delle persone coinvolte in incidenti stradali).

Il primo tentativo di ottenere il link in automatico tra dato dell'incidente e dati sanitari delle persone coinvolte, tramite codice di accesso del PS non è riuscito se non in minima parte. I numeri riportati nel data base si possono riferire ad uno dei 5 PS della provincia (ciascuno ha un proprio progressivo annuo), così come è possibile scambiare il codice di accesso con quello del referto. Per il 2001, è in corso il recupero dell'informazione risalendo dal codice fiscale del PS ai dati anagrafici e confrontando questi con i verbali. La soluzione del problema per il futuro, senza possibilità di errore, sembra sia l'acquisizione da parte della Prefettura del codice fiscale delle persone coinvolte in incidente, tramite collegamento con l'anagrafe tributaria. Questo permetterebbe un collegamento sicuro con gli archivi della ASL ma anche con i dati di ritorno della mobilità nel caso residenti siano curati in presidi della regione o anche extraregionali.

L'Agenzia Regionale Sanitaria della Toscana segue con interesse lo sviluppo del progetto e ha dato la propria disponibilità a verificare le ipotesi che ne nasceranno.
Anche in questo caso, come già avvenuto per la localizzazione, le rilevazioni che fino ad oggi hanno avuto lo scopo di rappresentare complessivamente il fenomeno degli incidenti, si sono dimostrate insufficienti per "l'agire locale". Non serve più la statistica generale ma, a livello locale, interessa conoscere la pericolosità delle infrastrutture e riattribuire la lesività alle stesse.

Dall'analisi che è comunque stata fatta, per il 2001, degli accessi ai 5 pronto soccorso della provincia per "incidente stradale"sono emersi dati interessanti. L'archivio del PS ha registrato 6125 accessi a fronte dei 1466 feriti rilevati dai verbali della Prefettura. Ammesso che ci sia sovrapposizione tra questi e il PS, si evidenzia ancora una volta una perdita di informazione rilevante (circa il 75%) da parte degli organi da cui sono tratte attualmente le statistiche sugli incidenti stradali.

E' di estrema importanza l'iniziativa dell'Istituto Superiore della Sanità di proporre ai pronto soccorso, tramite le regioni, l'integrazione dei propri data base con ulteriori informazioni riguardanti il ruolo della persona coinvolta in incidente (pedone, ciclista, automobilista, ecc.), se conducente o trasportato, se durante il lavoro o altro. La ASL introdurrà anche la localizzazione, chiedendo ulteriore impegno al personale del PS, quale altro esempio di economia e utilizzo dell'informazione.
La ASL ha, inoltre, aderito con tutte e 5 le proprie strutture al progetto ARGO, promosso dall'ISS, per il "Rilevamento per la valutazione operativa del dosaggio sulla saliva di sostanze psicotrope e per una prima stima della prevalenza dell'uso di dette sostanze in eventi accidentali o violenti (e in target specifici)".

ALTRI RISULTATI
A poco più di 2 anni dalla costituzione dell'osservatorio si è inoltre:

- completata l'elaborazione dei dati ISTAT dal 1995 al 2000 anche a livello di singolo comune per le variabili maggiormente significative.

- effettuata un'analisi descrittiva dei dati sanitari (anni 1999, 2000 e 2001) degli accessi al pronto soccorso, al ricovero, alla specialistica e diagnostica relativi a ciascun incidente dove ci sia stato trattamento in strutture di ricovero e cura della Azienda USL 8. Le lesioni sono state classificate secondo la classificazione internazionale delle malattie e traumatismi, e degli interventi o procedure secondo ICD IX CM. E' stata fatta la stratificazione statistica in MDC degli esiti di persone vittime di incidenti del traffico.
- effettuata un'analisi approfondita del trauma cranico sui dati 1998-2000.
- analizzata la stampa dei due giornali con cronaca locale "La Nazione " e "Il Corriere Aretino". Nel 2001 sono stati raccolti oltre 500 articoli che si riferiscono ad un numero più limitato di incidenti poiché molti si ripetono su entrambe le testate. La chiave di lettura è per Comune, data e sono indicizzate le parole contenute nel titolo (pedone, ciclista, automobilista, giovane, anziano). E' stata realizzata l'analisi didattica per le scuole con guida alla lettura dell'incidente.
- allestito il sito web dell'osservatorio (www.osservatorioincidenti.it) in cui è disponibile e scaricabile tutto il materiale prodotto dall'osservatorio, gli atti del workshop tenutosi il 31 gennaio 2003, i link con i siti che si occupano degli incidenti.

INIZIATIVE DI SUPPORTO

Il piano della sicurezza stradale, in linea con le indicazioni della commissione europea, attribuisce un ruolo determinante alle azioni locali. La loro forza, ma che in alcuni casi può rappresentare un limite, è dato dalla spontaneità e dalla specificità delle diverse realtà.

Il workshop realizzato nello scorso gennaio ad Arezzo, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e l'Agenzia Regionale Sanitaria della Toscana, ha voluto rappresentare l'inizio di un momento di confronto tra esperienze locali che non hanno, a questo scopo, sedi istituzionali.

A livello locale si sta realizzando un collegamento con iniziative promosse da altri soggetti.

I Medici di Medicina Generale sono coinvolti in una attività di informazione-educazione rispetto agli specifici stili di vita e di rivalutazione delle terapie prescritte.

Le associazioni che promuovono modalità diverse di mobilità nella città trovano un sempre più ampio consenso. Le stesse autorità del traffico partecipano alle iniziative con una maggiore attenzione alla sicurezza.

IL FUTURO

A breve sarà siglato un accordo tra Provincia, Prefettura, e ASL con il supporto operativo del Centro Francesco Redi perché il lavoro divenga strutturato e trovi spazio dentro l'attività istituzionale di ciascun Ente.

La sperimentazione con esito positivo dell'utilizzo dei dati della Prefettura, effettuato da un tecnico della Provincia, darà luogo ad una raccolta sistematica comprensiva della localizzazione decodificata, effettuata dalla Prefettura stessa che risponda sia alle esigenze proprie che dell'osservatorio.

Una volta realizzato il collegamento tra incidente e dati sanitari delle persone coinvolte, saranno effettuare analisi descrittive, sia riferite alla storia sanitaria precedente che al follow-up. L'Agenzia Regionale Sanità della Toscana supervisionerà le ulteriori elaborazioni.

Sarà importante creare il feedback con le amministrazioni dei 39 comuni, con l'opinione pubblica, la scuola e i mass media in modo da far crescere la sensibilità sui temi della sicurezza e restituire un'informazione corretta alla collettività da cui è generata. Un'ipotesi potrebbe essere la costituzione di una consulta locale.

Il PSR 2002-2004, inoltre, individua lo strumento dei Piani Integrati di Salute quale modalità di integrazione tra enti per realizzare obiettivi comuni di salute. La sicurezza stradale può rappresentare un tema di confronto e impegno tra enti a livello locale.

In definitiva come criterio innovativo viene attuata una strategia per l'integrazione di soggetti in grado di agire a livello capillare, locale e nazionale, in un'ottica intersettoriale, interdisciplinare ed interistituzionale, coinvolgendo organismi governativi e non. Linee di azione previste: interventi strutturali; educativi; preventivi; di sensibilizzazione; di vigilanza, monitoraggio e controllo sui comportamenti; per la riduzione del danno. Segnatamente educazione stradale nei confronti delle scuole, formazione nei confronti degli operatori e dei soggetti interessati; individuazione degli utenti con patologie a rischio; individuazione di sistemi infrastrutturali ad elevato rischio, analisi dei fattori di rischio specifici e definizione dei programmi di intervento; coinvolgimento attivo dei medici di medicina generale; realizzazione del catasto stradale; costituzione di un centro di documentazione e di una struttura stabile.

La progettualità in oggetto pone infine le basi per un "Osservatorio sulla Mortalità Evitabile da Incidenti Stradali" i cui obiettivi sono:

- trasferire alle amministrazioni locali i risultati delle evidenze epidemiologiche relative agli incidenti stradali, da utilizzare come strumenti per la pianificazione e la gestione;
- promuovere, con preciso riferimento a quanto previsto dal Piano nazionale per la sicurezza stradale, il raccordo e l'integrazione, tra organismi governativi e non governativi, a livello locale e

nazionale, sui temi degli incidenti stradali correlati a tematiche di salute. Promuovere in particolare interventi volti a migliorare la salute dei cittadini relativi agli incidenti stradali, attraverso i vari settori ed istituzioni della città stessa, partendo da un'analisi sulla morbosità e mortalità evitabile;
- promuovere ulteriori iniziative di approfondimento, privilegiando gli interventi concreti.
- favorire una cultura che correli gli incidenti da traffico con gli stili di vita e i comportamenti e con gli altri fattori di rischio traffico correlati nell'ottica della integrazione "Ambiente e Salute".
La metodologia proposta prevede la costituzione di gruppi di lavoro nazionali per aree tematiche, la realizzazione di attività formative stabili annuali e l'attivazione di un sito dedicato.

CONCLUSIONI

Il lavoro fino ad oggi realizzato ha richiesto risorse economiche e umane minime. Il risultato principale è dato dalla sperimentazione dell'utilizzo di fonti informative alternative a quelle tradizionali, poco costose e molto più utili per le esigenze locali. Con uno sforzo minimo sono standardizzabili e riproducibili anche in altre realtà.
L'accordo che verrà a breve siglato tra Provincia, Prefettura, ASL con il supporto operativo del Centro Francesco Redi, garantiranno i flussi di dati necessari all'osservatorio per il governo locale.
L'utilizzo integrato delle informazioni sull'incidente e i dati sanitari, costituisce poi la novità dell'osservatorio. Il modello può essere esportato facilmente, in presenza di archivi sanitari già integrati tra loro. Sarebbe, comunque, auspicabile che, a livello nazionale, fosse previsto il collegamento dei flussi.

Note

[1] Il Centro Francesco Redi rappresenta l'Ufficio del progetto Città Sane di Arezzo ed è stato formalmente promosso da Comune di Arezzo, Provincia di Arezzo, ARPAT, Azienda USL 8, Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Siena, Ordine dei Medici, Provveditorato agli Studi, Associazione Aretina per la Ricerca Epidemiologica, Associazione Nazionale e Internazionale dei Medici per l'Ambiente, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale-FIMMG, Società Italiana di Medicina Generale-SIMG, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori.

[2] Progetto DATIS: "Aspetti sanitari della sicurezza stradale" a cura dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti

IPOGLICEMIA DA INSULINOMA:

UNA RARA CAUSA DI ALTERAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA NELL'ANZIANO

Chiara Vezzosi*, Sonia Marcantoni*, Vittorio Caloni, Claudio Pedace***, Rossella Nassi***
*Endocrinologia USL 8 Arezzo
**Chirurgia USL 8 Arezzo
***Medicina ad Indirizzo Geriatrico USL 8 Arezzo

Summary
Le sindromi ipoglicemiche costituiscono un gruppo di disordini metabolici di non facile inquadramento etiopatogenetico per la molteplicità dei fattori che concorrono all'instaurarsi dell'ipoglicemia. Considerare il solo dato biochimico nel sospetto dei sindrome ipoglicemica può quindi facilmente essere fonte di errori diagnostici. La variabilità di valori glicemici nel corso della giornata, sia in relazione all'assunzione di cibo che all'attività fisica e le differenze individuali nella risposta all'ipoglicemia impongono una attenta valutazione dei dati obiettivi ed anamnestici per individuare i soggetti meritevoli di un approfondimento diagnostico. Successivamente è fondamentale un corretto iter diagnostico, per poter stabilire la causa dell'ipoglicemia che oltre ad essere di per sé potenzialmente fatale costituisce spesso l'epifenomeno di patologie più complesse.
Descriveremo un caso di insulinoma in cui l' ipoglicemia cronica associata ad una scarsa sintomatologia, facilmente attribuibile alle condizioni generali del soggetto, ha avuto come risultato un ritardo nella diagnosi, sottolineando l'importanza di un corretto inquadramento iniziale per la definizione di appropriate e tempestive misure terapeutiche.

Hypogliccemic syndromes represent a group of disorders diffiult to classify. This is due to the several machanisms involved in glucose matabolism regulation.
Considering the isolated bichemical data in the suspect of hypoglicemia, can easily lead to diagnostic errors since glycemic values change, during the day, in relationship with food intake, physical activity and individual counterregualtory response to hypoglicemia. These elements outline the importance of an accurate anamnestic and clinical evaluation in order to evidenciate the subjects with signs and symptoms consistent with hypoglicemic syndrome.
Once hypoglicemia is confirmed, a correct diagnostic pathway is essential to determine its cause because of the potentially life threatning consequences of low glucose concentrations and the possible relationship of hypoglicemia with more complex pathologies.
We describe a case of insulinoma with chronic hypoglicemia, were the diagnosis was dalayed by the subtle symptoms, referred to the general conditions of the patient.
This stress the need of a careful diagnostic procedure that is of fundamental importance to define a correct and rapid treatment.

INTRODUZIONE

Si definisce ipoglicemia la condizione metabolica caratterizzata da valori di glicemia inferiori a 45 mg/dL, soglia che corrisponde al manifestarsi di alterazioni funzionali-cognitive a livello del SNC. Va ricordato tuttavia che non sempre esiste una stretta correlazione tra grado di ipoglicemia e sintomatologia clinica e che in particolari condizioni gli episodi ipoglicemici possono risultare del tutto asintomatici[1].
I segni clinici dell'ipoglicemia, risultato dell'attivazione di meccanismi controregolatori e della carenza di glucosio a livello del SNC, si distinguono in autonomici e neuroglicopenici[2,3].
Autonomici: comprendono i sintomi adrenergici (pallore, palpitazione, tremore, stato d'ansia) e colinergici (sudorazione, senso di fame, parestesie), sono espressione della cinetica di instaurazione dell'ipoglicemia e risultano più intensi se questa compare rapidamente.
Neuroglicopenici: costituiscono l'effetto diretto della privazione di glucosio a livello dei neuroni del SNC ed includono: cefalea, astenia, alterazione del visus, psicosi, letargia, sono espressione prevalente del grado dell'ipoglicemia.
In considerazione della variabilità sintomatologica dell'ipoglicemia e dello scarso valore del dato biochimico isolato, per la diagnosi è opportuno ricercare i segni che costituiscono la "triade di Whipple":

- sintomi clinici dell'ipoglicemia;
- ridotte concentrazioni ematiche di glucosio (<45mg/dl, valori tra 45 e 60mg/dl sono comunque sospetti);
- regressione della sintomatologia ipoglicemica con la correzione dell'ipoglicemia.

La valutazione preliminare dovrebbe in ogni caso escludere una pseudoipoglicemia dovuta semplicemente alla glicolisi in vitro in presenza di leucocitosi o policitemia o, soprattutto, a tardiva separazione del plasma dagli elementi corpuscolati.
La classificazione più accreditata delle sindromi ipoglicemiche (tabella 1) è quella che si avvale del criterio temporale distinguendo ipoglicemie a digiuno (associate o meno ad iperinsulinismo) e postprandiali (reattive)[4,5].
Per un corretto inquadramento è quindi necessario, una volta confermata l'ipoglicemia sul piano ematochimico ed obiettivo, valutare la relazione tra episodio ipoglicemico e assunzione di cibo ma anche correlare i valori glicemici con quelli insulinemici.
Infatti le ipoglicemie possono essere associate a valori adeguatamente soppressi di insulina o ad elevati livelli dell'ormone.
Il primo caso si verifica nelle forme da ipoproduzione di glucosio, in certe patologie neo-

IPOGLICEMIA A DIGIUNO	IPOGLICEMIA POST-PRANDIALE (reattiva)
DA IPOPRODUZIONEDI GLUCOSIO	Iperinsulinismo alimentare
Insufficienza epatica	Intolleranza ereditaria al fruttosio
Deficit di substrati	Intolleranza ereditaria alla leucina
Difetti enzimatici	Galattosemia
Deficit ormoni controregolatori	Dumping syndrome (sindrome da svuotamentogastrico rapido)
DA IPERCONSUMODI GLUCOSIO(IPERINSULINISMO)	Idiopatica
Iperinsuinismo endogeno (Insulinoma)	
Farmaci (insulina ,sulfaniluree)	
Anticorpi anti-insulina e anti-recettore insulinico	
Shock da endotossine	
NORMALI LIVELLI DI INSULINA	
Tumori non neuroendocrini	
Deficit di enzimi per l'ossidazione dei grassi	
Cachessia con deplezione di grassi	

Tab. 1 · Classificazione delle ipoglicemie

plastiche in particolare associate a cachessia e nei deficit degli ormoni della controregolazione.
Ipoglicemia associata a livelli di insulina inappropriatamente elevati si riscontra nelle forme iatrogene (insulina esogena, sulfaniluree), nelle malattie da anticorpi anti-insulina e anti-recettore dell'insulina, nelle forme reattive post-prandiali e nell'insulinoma[6,7].

L'insulinoma è un tumore secernente insulina delle cellule β pancreatiche; ha un'incidenza di 1: 250.000, ed una frequenza lievemente maggiore nel sesso femminile con un picco tra il quinto ed il settimo decennio di vita. La presenza di insulinoma in soggetti più giovani può essere, con maggiore probabilità, associata ad altre neoplasie di ipofisi e paratiroidi nella neoplasia endocrina multipla di tipo 1 (MEN 1).
Si tratta di una lesione benigna nel 90-95 % dei casi; solitaria nel 93% dei casi e nel 99% dei casi a localizzazione intrapancreatica, di solito di dimensioni inferiori ai 2 cm.
Segni e sintomi dell'insulinoma sono sostanzialmente quelli di una neuroglicopenia subacuta o cronica, con un quadro tipico di alterazioni ricorrenti a carico del SNC durante il digiuno o l'esercizio fisico[8]. Il prevalere della sintomatologia nueroglicopenica, con scarsi sintomi autonomici è spesso causa di un ritardo nella diagnosi, soprattutto nei soggetti più anziani in cui tali manifestazioni possono essere attribuite a disturbi psico-cognitivi.
Alcuni soggetti affetti da insulinoma si adattano ai frequenti episodi ipoglicemici modificando le abitudini alimentari ed assumendo pasti frequenti in modo da prevenirli, con il risultato di un incremento ponderale, anche se una franca obesità si osserva in meno del 30% dei pazienti.
Una volta posta la diagnosi biochimica è necessario localizzare la neoplasia attraverso studio TC o RMN. Essendo le dimensioni lesionali spesso ai confini della risoluzione di tali metodiche, una volta diagnosticato l'insulinoma e aver posto l'indicazione chirurgica, la sede del tumore può essere determinata con una ecografia intraoperatoria.

CASO CLINICO

Abbiamo valutato il caso di una donna di 81 anni, autosufficiente. Nell'anamnesi risultava una precedente colecistectomia per litiasi biliare, diverticolosi intestinale, cardiopatia ipertensiva. La paziente giungeva alla nostra osservazione per documentata ipoglicemia. In realtà sintomi riferibili a ipoglicemia a digiuno erano presenti da circa 6 anni, caratterizzati soprattutto da astenia e sonnolenza che si risolvevano con l'assunzione di zuccheri. Di conseguenza la donna aveva modificato le proprie abitudini alimentari con pasti frequenti e incremento ponderale di circa 10 chili.
La glicemia al momento del ricovero era 25 mg/dL e si normalizzava dopo infusione di soluzione glucosata.
Gli altri esami ematochimici erano nei limiti della norma, la radiografia del torace evidenziava lieve ispessimento dell'interstizio polmonare. L'ecocardiogramma documentava insufficienza mitralica moderata con lieve dilatazione atriale sinistra.
La valutazione dell'assetto ormonale generale rivelava ipotiroidismo subclinico (TSH 7 mUI/L) mentre normale risultava la funzione corticosurrenalica, studiata attraverso la determinazione del ritmo cortisolemico ed il dosaggio dell'ACTH; tali dati escludevano una possibile ipoglicemia secondaria ad insufficienza surrenalica.
Veniva successivamente determinato il rapporto glicemia/insulina nelle diverse ore del giorno che mostrava l'inappropriata secrezione dell'ormone in presenza di valori glicemici nettamente inferiori al normale, deponendo per insulinoma:

h	Glicemia (g/l)	Insulina (mUI/l)
7	0,60	27,9
11	0,92	52,8
14	1,10	170,5
18	0,87	123,5
23	0,49	28,4

La paziente veniva quindi sottoposta a studio TC dell'addome con m.d.c che confermava la presenza di una lesione nodulare di 25x20 mm di diametro a carico della coda del pancreas (foto 1).
Sottoposta ad intervento chirurgico di resezione della coda pancreatica (foto 2,3), la paziente veniva dimessa in buone condizioni generali con valori glicemici rientrati nella norma, che si sono mantenuti tali anche a domicilio.
L'esame istologico confermava la presenza di neo-

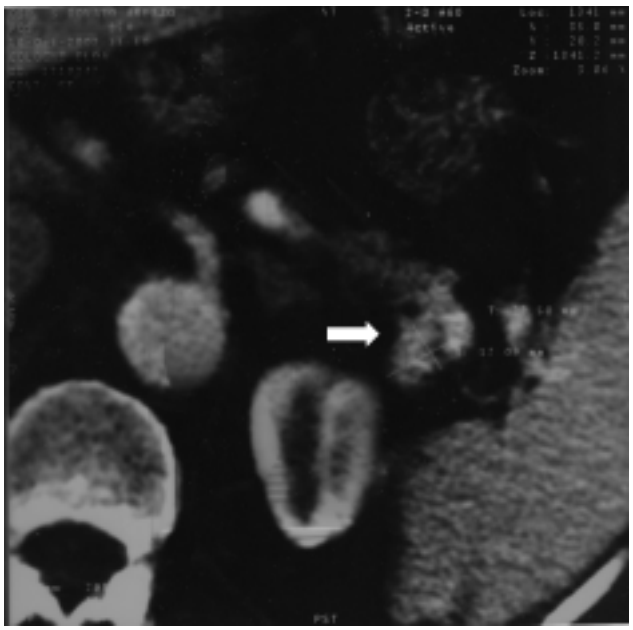

Foto 1 · Immagine TC con m.d.c. che evidenzia (indicata dalla freccia) la lesione a carico della coda del pancreas corrispondente all'insulinoma.

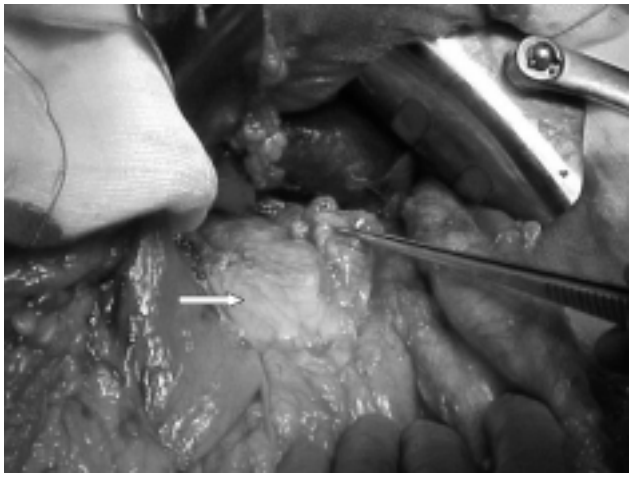

Foto 2 · Immagine intraoperatoria, indicata dalla freccia la neoplasia.

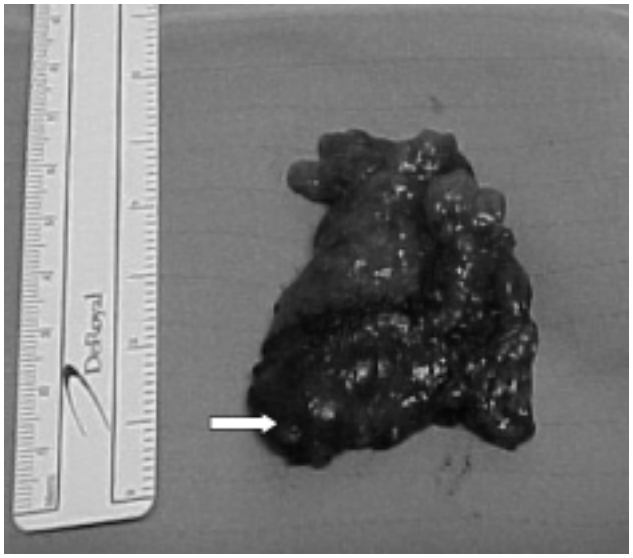

Foto 3 · Pezzo operatorio, indicata dalla freccia la neoplasia.

plasia endocrina a pattern in parte trabecolare, in parte solido, con scarse atipie, assenza di necrosi e a crescita non infiltrativi (foto 4,5).

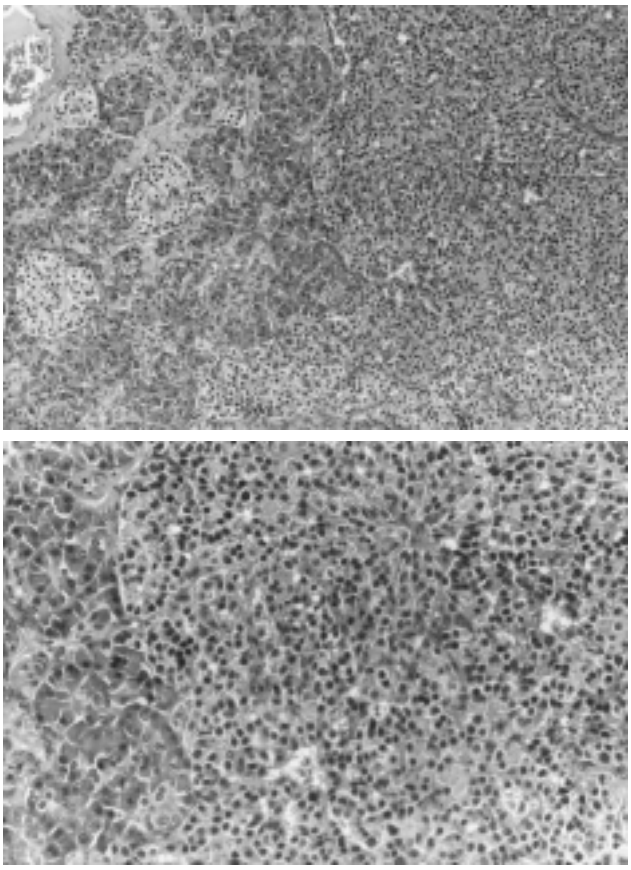

Foto 4,5 · Esame istologico (per g.c. della Dott.ssa La Magra · U.O. Anatomia Patologica).

DISCUSSIONE

L'poglicemia cronica nei soggetti affetti da insulinoma induce numerose modifiche neurofisiologiche che si traducono in alterazioni delle funzioni cerebrali a volte di lenta risoluzione anche dopo la rimozione chirurgica del tumore ed il ristabilirsi della normalità del metabolismo glucidico[9,10].

La sintomatologia di tipo neuroglicopenico nell'insulinoma, in cui si verifica una condizione di ipoglicemia subacuta o cronica, è caratteristicamente sfumata e pertanto facilmente attribuibile a cause diverse. Queste considerazioni assumono una importanza particolare nel paziente anziano in cui una vasculopatia cerebrale cronica o malattie degenerative del SNC, possono essere ritenute la causa di disturbi, dovuti in realtà ad una sindrome ipoglicemica, come nella paziente in esame.

Nei soggetti più giovani la diagnosi di insulinoma impone una accurata valutazione per escludere la MEN1.

La MEN 1 è caratterizzata da neoplasie/iperplasia di paratiroidi, insule pancreatiche ed ipofisi. La sindrome clinica si trasmette con modalità autosomica dominante ed il gene responsabile è localizzato a livello del braccio lungo del cromosoma 11 che codifica per la menina. Sono state descritte

più di 75 mutazioni della menina, per lo più inattivazioni, associate a diverse manifestazioni cliniche.
Le alterazioni a carico delle insule pancreatiche sono presenti in circa l'80% dei soggetti portatori del gene della MEN 1 ed includono iperplasia, adenomi e raramente carcinomi, talvolta metastatici. Un reperto comune è la secrezione di più ormoni e l'alterazione più frequente consiste nell'iperproduzione di polipeptide pancreatico. Circa un terzo dei pazienti con neoplasie pancreatiche nel contesto della MEN 1 mostra ipersecrezione di insulina ed episodi di ipoglicemia. La diagnosi di insulinoma può tuttavia essere difficile poiché le ipoglicemie sono talvolta asintomatiche. Il trattamento dell'insulinoma nei soggetti con MEN 1 è complicato dalla frequente multicentricità, per cui in questi casi l'approccio chirurgico è di solito una pancreasectomia subtotale.

Bibliografia

[1] Marks V, Teale JD (1996) Investigation of hypoglicemia. Clin. Endocrinol. 44:133-136.

[2] Cryer PE (1993) Glucose counterregulation. Prevention and correction of hypoglicemia in humans. Ann J Physiol 264: E149.

[3] Davis SN, Cherrington AD The hormonal and metabolic responses to prolonged hypoglicemia. J Lab Clin Med 121:121.

[4] Service FJ (1995) Hypoglicemic disorder. NEJM 332: 1144-1152.

[5] Leonetti F, Tamburrano G, Andreani D (1991) Ipoglicemia reattiva: cosa c'è di vero? Aggiornamento del Medico 15 (3): 199-208.

[6] Marks V (1992) Recognition and differential diagnosis of spontaneous hypoglicemia. Clin Endocrinol 37: 309.

[7] Service FJ (1993) Hypoglycemias 76: 296-269.

[8] Davis MR, Shamoon H 1991 Deficient Counterregolatory Hormone Responses during Hypoglycemia in a Patient with Insulinoma. JCEM 72 (4): 788-792.

[9] Pozzessere G, Valle E, D'Alessio C, Soldati G et al. (1997) Effects of Spontaneous Chronic Hypoglycemia on Central and Peripheral Nervous System in Insulinoma Patients before and after Surgery: A Neurophysiological Follow-up. JCEM 82 (5): 1447-1451.

[10] Hirshberg B, Livi A, Bartlett SK, Libutti DL, Alexsander HR, Doppmen JL, Skarulis MC and Golden P (2000) Forty-Eight-Hour Fast: The Diagnostic Test for Insulinoma. JCEM 85 (9): 3222-3226.

CENTENARIO DI ANDREA CESALPINO (1519 – 1603)

Francesco Manneschi
Specialista Medico legale; membro della Società Italiana di Storia della Medicina.

L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Arezzo, doverosamente, ha intitolato la propria rivista medico-scientifica all'illustre concittadino del quale ricorre il quarto centenario della morte.
Andrea Cesalpino, figlio del capomastro Giovanni Battista, nacque il 6 giugno 1519 nella nostra città; è incerto se nel palazzo sul Borgo Maestro, attuale Corso Italia, o nella casa sulla via che porta il suo nome. Le due lapidi creano confusione; è probabile che in una sia nato e nell'altra abbia abitato.
Si laureò all'Università di Pisa in Botanica, divenendo Prefetto dell'Orto botanico ed insegnandovi quella materia per sedici anni. Si laureò in Medicina nel 1551 all'età di 36 anni.
Nel 1558, per un diverbio con Cosimo I, Granduca mediceo, fu allontanato dall'insegnamento. Ritornò quindi ad Arezzo dove, per cinque anni, vi esercitò la professione di medico dedicandosi anche alla pratica medico forense; fu il perito nella causa contro Michelangelo Albergotti. Insignito di onorificenze e chiamato a far parte di associazioni cittadine, fu Priore della Fraternita dei Laici.
Accusato del furto di "sette sacca di grano", fu sollevato dagli incarichi fino alla assoluzione, perché il fatto era stato commesso da un omonimo.
Sposò Gherarda Baroncini dalla quale, nel 1575, ebbe il figlio Giovan Battista.

Riprese l'attività universitaria in area medica a Pisa, dove acquistò una villa sul Serchio. Già iniziati da Realdo Colombo e Girolamo Fabrizi, continuò gli studi sull'interdipendenza della circolazione sanguigna, pubblicandone i risultati nel 1571 nei cinque libri del trattato Quaestionem peripateticarum. Dimostrò che il sangue non era un tessuto immobile, ma un liquido circolante dal cuore ai polmoni da dove ritornava, il piccolo circolo.
".....se il cuore è il principio del sangue è necessario che esso lo sia anche delle arterie e delle vene". Precisava, inoltre, che: "la vena cava penetra il ventricolo destro dal quale si apre l'uscita nel polmone da dove c'è un altro ingresso nel ventricolo sinistro dal quale, a sua volta, è aperto l'adito all'aorta." Eseguì per primo la prova del laccio dimostrando che: "se s'impedisce il passaggio si gonfiano i rivoli (le vene) in quella parte in cui sogliono fluire".
Andrea Cesalpino contestava quanto accettato dalla Chiesa sulle teorie aristoteliche, perfezionate da Galeno, secondo le quali il fegato (spirito naturale) era considerato il centro della nutrizione e del ricambio, provvedendo alla formazione del sangue.
Il cuore (spirito vitale) provvedeva al calore e a far passare il sangue da destra a sinistra attraverso la porosità del setto interventricolare, arricchendolo del pneuma proveniente attraverso le vene che lo connette con i polmoni. La fase attiva del cuore era considerata la diastole, con azione di pompa aspirante; il cuore pulsava perché attivato dallo spirito divino essendo la sede dell'anima della quale il corpo era l'indispensabile corollario.
Accusato di eresia non gli fu possibile continuare gli studi compiuti limitandosi all'interpretazione di reperti autoptici prevalentemente da animali. Intuendo l'esistenza di una più grande circolazione; è stato il primo a usare questo termine. Cesalpino, però, non aveva trascurato gli studi di botanica classificando le piante sui sedici libri De plantibus, (1583), suddivise fra

erbose e legnose in rapporto agli organi della fruttificazione. Per quasi duecento anni questi suoi studi fecero testo fino al 1751, quando Linneo stabilì la nomenclatura binomia delle piante fra genere e specie.
Nel 1592 Ippolito Aldobrandini (papa Clemente VIII) lo volle come Archiatra pontificio; fu lettore all'Università romana. Morì a Roma il 23 febbraio 1603 ed, essendo nato in Toscana, fu sepolto nella Chiesa di San Giovanni dei Fiorentini secondo l'usanza dell'epoca.
Nel 1628 Harvey, con la vivisezione di animali a sangue freddo, poté riconoscere la sistole quale fase attiva capace di spingere il sangue fino alla periferia: Non gli fu possibile poterne spiegare il ritorno attraverso le vene per carenza di mezzi tecnici sufficienti. A questo punto, anche colui che s'è impossessato dell'onore della scoperta, fu costretto ad arrestarsi e, obbedendo al collegio medico inglese, a non sostenere la concezione materialista ritornando, con Cartesio, alle teorie vitalistiche di Aristotele.
Gli italiani Malpighi e Morgagni, nella seconda metà del secolo XVII, potendo usare il microscopio, messo a punto dall'olandese Van Leeuwendoek, descrissero i capillari. Fu messo così l'ultimo tassello di connessione alla definizione del sistema circolatorio artero-venoso.
La scienza progredisce con il contributo costante di più o meno oscuri ricercatori e, come in tutte le vicende umane, sfruttando il lungo lavoro e le virtù d'ignoti eroi o d'incompresi geni, singoli nomi riescono ad essere glorificati dalla Storia. Vissuto nel periodo sbagliato, gli studi. e le intuizioni del Cesalpino non ebbero il giusto riconoscimento anche all'estero.
Ad Arezzo, oltre alla rilevata duplicità di lapidi, è ricordato dalla via che conduce alla parte alta della città, da una tela nel palazzo comunale, dal De Carolis nel salone dei Grandi. A Roma, oltre alla sua tomba, c'è una lapide marmorea con busto sullo scalone del Palazzo della Sapienza; a Firenze una statua agli Uffizi.

Bibliografia

Luciano Sterpelone STRATIGRAFIA DI UN PASSATO pag. 184. Ed. Puntoelinea.
Donatella Lippi LA MEDICNA GLI UOMINI E LE TEORIE pag.230 Ed. Clueb.
ATTI E MEMORIE DELL'ACCADEMIA PETRARCA Volume XIII-XIV 1935
E.M.I. Vol.VI pag 933 Sansoni editore.

L' E.C.M. È UN DIRITTO O UN DOVERE DEL MEDICO?

RIFLESSIONI SULL'AGGIORNAMENTO MEDICO

Stelvio Innocenti
Coordinatore Commissione E.C.M. Ordine Medici ed Odontoiatri di Arezzo

L'E.C.M. (Educazione Continua del Medico) è un problema che è sorto in pratica solo recentemente per il Medico.
In verità il Medico si è sempre aggiornato partecipando a Congressi e Corsi, leggendo libri e riviste scientifiche. Però solo da pochi anni il Medico deve "dimostrare" con attestati e "crediti" che veramente si aggiorna. L'aggiornamento è diventato un obbligo per tutti i Medici ed Odontoiatri siano essi dipendenti che convenzionati o liberi professionisti.

Quindi l'aggiornamento è diventato un "dovere", un "obbligo". Infatti anche l'articolo 16 dell'ultimo Codice di Deontologia Medica recita:" Il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico e scientifico".
Cioè il Medico deve "dimostrare" di aggiornarsi e tale aggiornamento è nell'interesse dei cittadini e per la qualità delle prestazioni mediche.

Il Medico come dimostra il suo aggiornamento? Attraverso la partecipazione a Corsi di Educazione Continua Medica, i quali danno un numero di "crediti".
I crediti formativi E.C.M. sono una misura dell'impegno e del tempo che ogni operatore della sanità ha dedicato annualmente all'aggiornamento e al miglioramento del livello qualitativo della propria professionalità.
I crediti richiesti sono 10 per il 2002; 20 per il 2003; 30 per il 2004; 40 per il 2005 e 50 per il 2006. Con un minimo annuale pari almeno al 50% del debito formativo previsto per l'anno (es. minimo per il 2003 sono 10 crediti) ed un massimo annuale pari al doppio del credito formativo previsto per l'anno (es. per il 2003 sono 40 crediti). I crediti in diminuzione o in eccedenza previsti per l'anno vengono contabilizzati nell'anno successivo; se sopra o sotto il range stabilito non vengono considerati.

L'E.C.M. venne introdotta in Italia formalmente nel Gennaio 2001 facendo riferimento alla Riforma Ter DLg 229 del 19 Gennaio 1999 che recitava:" L'aggiornamento è requisito indispensabile per svolgere attività professionale e saranno individuati specifici elementi di penalizzazioni anche di natura economica, per il personale che nel triennio non abbia conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale". (Diciamo subito che ancora non sono stati individuati gli specifici elementi di penalizzazione!)
In realtà l'E.C.M. era già prevista dal DLg 502 del 30 Dicembre 1992, ma nessuno ci aveva posto particolare attenzione.

Quindi l'aggiornamento è un "dovere" del Medico. Acquisire i crediti annuali è un "dovere" del Medico. Però tale aggiornamento obbligatorio deve essere semplice da ottenere. Non parlo di semplicità di argomenti e di nozioni scientifiche, ma di facilità di acquisire tali crediti per la sede e per il costo dell'aggiornamento, cioè facilità di ordine logistico ed economico.
Se l'aggiornamento è difficile, complicato perché è troppo costoso o perché si svolge in sedi lontane da dove il Medico esercita, allora l'E.C.M. diventa un "diritto" da esercitare e da far valere nelle sedi opportune. Così come se al Medico si pongono difficoltà di aggiornamento da parte di istituzioni o datori di lavoro (Stato, Regioni, ASL, Istituti privati, colleghi, etc.) allora l'aggiornamento diventa un diritto.

Mi auguro che prossimamente l'E.C.M. diventi più facilmente fruibile attraverso gli Ordini Professionali rendendo il tutto meno burocratico Penso che gli Ordini dovranno avere sempre di più un ruolo importante come garanti del sistema E.C.M. attraverso il loro carattere di terzietà.

Spero che gli Ordini diventino la sede naturale della gestione e della certificazione dei crediti formativi.

Quindi concludendo, a mio avviso, l'E.C.M. è un "dovere" del Medico che diventa un "diritto" quando qualcuno ostacola questo dovere!

SEDAZIONE DEL DOLORE ED EUTANASIA

A seguito di una polemica insorta in ambito fiorentino a proposito di sedazione del dolore in pazienti terminali, ritengo opportuno portare a conoscenza dei colleghi un interessante documento elaborato dall'Ordine dei Medici di Firenze. Tale atto è finalizzato a chiarire la differenza fra presunte od eventuali forme di eutanasia e la sedazione del dolore. E' indubbio che sussiste l'obbligo etico – deontologico del medico, di porre in essere tutti gli accorgimenti utili ad alleviare la sofferenza dei pazienti terminali, nel totale rispetto della dignità degli stessi. E' però necessario evitare che disinformazione o convinzioni erronee possano essere assunte a pretesto per scatenare campagne inopportune che, in ultima analisi, potrebbero arrecare ulteriori ostacoli a tutte le iniziative, promosse da ogni parte del mondo medico e del volontariato, tendenti ad incrementare l'utilizzo dei farmaci antidolore. Non si può non ripensare, in tal senso, ai danni prodotti, per il passato, da leggi estremamente limitative, quando non punitive, sull'impiego degli stupefacenti. Abbiamo tutti il dovere di assumerci le nostre responsabilità, ognuno per le sue competenze, per un atto dovuto di sollievo della sofferenza e di agire consapevolmente in tale direzione, in modo da assicurare e garantire la massima tutela della dignità della morte.

Il Presidente OMCEO - AR
Raffaele Festa

La pratica della così detta sedazione terminale non è di univoca interpretazione ed è uno dei temi oggetto di ricerca ed approfondimento sul piano clinico, etico e deontologico. Una definizione la inquadra come "la somministrazione intenzionale di farmaci sedativi in dosi tali da ridurre il livello di coscienza di un paziente in fase terminale di malattia, allo scopo di alleviare il dolore o altri sintomi non più controllabili con altri metodi" (Broeckaert B: Palliative sedation defined, or why and when terminal sedation is not euthanasia. lst Congress RDPC. December 2000. J Pain Sympton Managenient 20 (6), 558,2000). Nella letteratura la sedazione terminale risulta praticata attorno al 25% dei casi su soggetti seguiti dai servizi di cure palliative nell'ultima settimana di vita; molti autori fanno ormai chiaro riferimento ad una situazione estrema, parlando di "sedation in the last days" (BMJ What is a good death- 26.0 7.03). Sul piano etico e deontologico, la sedazione terminale è sovente ricondotta nell'ambito della così detta "dottrina del doppio effetto", per la quale deve essere ritenuto moralmente lecito trattare un paziente ricercando un effetto positivo (in questo caso alleviare i sintomi refrattari), pur sapendo che il trattamento potrebbe anticipare la fine della vita. Tale dottrina attribuisce determinante rilievo alle intenzioni che, in questa eventualità, sono orientate ad otteneze l'effetto positivo in qualche modo giustificando, ove esistente, il parallelo effetto negativo, in quanto di per sé indesiderato.
La sedazione terminale deve in ogni caso mantenere una relazione di proporzionalità rispetto alla gravità dei sintomi refrattari per i quali il trattamento viene instaurato.
Tale pratica è prevista dal Codice di Deontologia Medica che. all'art. 15, prescrive che "i trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze".
Occorre aggiungere che, ove possibile, in un'ottica di valorizzazione dell'autonomia della persona assistita, la concreta soglia di giustificazione etica e deontologica si colloca nel momento della scelta, che diviene cruciale qualora sia determinata da una espressione di volontà (attuale o pregressa) del paziente e quindi guidata dal rispetto dei suoi desideri, anche nelle fasi finali della vita. L'art. 34 del Codice Deontologico afferma che "il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso".
La sedazione terminale è pertanto una pratica la cui attuazione richiede i seguenti requisiti:

1. La presenza di una malattia in fase terminale, giunta ormai agli ultimi giorni di vita
2. La persistenza di dolore o di altri sintomi refrattari al trattamento
3. Il consenso informato e consapevole della persona. attuale o pregresso
4. L'intenzione di alleviare adeguatamente i sintomi mediante la somministrazione di farmaci sedatvì
5. La proporzionale riduzione del livello di coscienza

Nel contesto della sedazione del dolore non può che prevalere, all'interno degli scopi fondamentali della medicina, la tutela della qualità della vita rispetto alla garanzia della durata della vita, come anche la morale cattolica insegna (vedi enciclica "Evangelium vitae"). Obbligo del medico è perseguire il miglior interesse della persona assistita e quindi non interrompere la vita ma garantirne la qualità. In questo quadro la riduzione del livello di coscienza è eticamente e giuridicamente lecita - e basti pensare all'anestesia - se autorizzata dal paziente e diretta al suo miglior interesse. E' questa l'unica evidenza deontologica che deve orientare il comportamento del medico nella assistenza alla fase finale della vita.

CODICE DEONTOLOGICO

Articolo 14 "Accanimento diagnostico terapeutico"

"Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita".

Articolo 15 "Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica"

"I trattamenti che comportino una diminuzione della resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze".

Articolo 36 "Eutanasia"

"Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte".

Articolo 37 "Assistenza al malato inguaribile"
l° comma

"In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale il medico deve limitare la sua opera all 'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita".

EUROPEAN ASSOCIATION OF PALLIATIVE CARE
Dal documento della Ethic Task Force del Febbraio 2003

In terminal sedation, the intention is to relieve intollerabile suffering, the procedure is to use a sedating drug for sympton control, and the sucessful outcome il the alleviation of distress. In euthanasia, the intention is to kill the patient, the procedure is to administer a lethal drug and the successful outcome is immediate death.

Gazzetta Ufficiale n. 143 del 22-06-1998

MINISTERO DELLA SANITÀ
DECRETO 28 APRILE 1998

REQUISITI PSICOFISICI MINIMI PER IL RILASCIO ED IL RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA E AL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE.

IL MINISTRO DELLA SANITA'
Vista la legge 6 marzo 1987, n. 89, che attribuisce al Ministro della sanita' il potere di fissare i criteri tecnici per l'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per ottenere la licenza di porto d'armi;
Visto il proprio decreto in data 14 settembre 1994, con il quale sono stati determinati detti requisiti in maniera differenziata in relazione ai diversi tipi di armi, ai diversi impieghi delle stesse ed al loro diverso grado di pericolosita';
Considerato che a seguito dell'emanazione di tale decreto si sono manifestate alcune difficolta' interpretative, vertenti particolarmente sulle disposizioni concernenti l'accertamento dei requisiti visivi;
Ritenuta la necessita' di apportare al testo opportune modifiche, sia sotto il profilo tecnicoscientifico che medicolegale e tecnico-procedurale;
Sentito il Consiglio superiore di sanita';
Acquisito il parere favorevole della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome espresso nella seduta dell'11 dicembre 1997;

Decreta:

ART. 1.

I requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia, prevista dalla legge 11 febbraio 1992, n. 157, ed al porto d'armi per l'esercizio dello sport del tiro al volo, prevista dalla legge 18 giugno 1969, n. 323, sono i seguenti:
1) Requisiti visivi: acutezza visiva non inferiore a 8/10 per l'occhio che vede meglio, raggiungibile con lenti sferiche o cilindriche positive o negative di qualsiasi valore diottrico; l'acutezza visiva puo' essere raggiunta anche con l'adozione di lenti a contatto, anche associate ad occhiali.
Per i monocoli (organici e funzionali) l'acutezza visiva deve essere di almeno 8/10, raggiungibile anche con correzione di lenti normali o corneali, o con l'uso di entrambe. Senso cromatico sufficiente con percezione dei colori fondamentali, accertabile con il test delle matassine colorate.
2) Requisiti uditivi: soglia uditiva non superiore a 30dB nell'orecchio migliore, (come soglia si intende il valore medio della soglia audiometrica espressa in dB HL per via aerea alle frequenze di 500, 1000, 2000 Hz) o, in alternativa, percezione della voce di conversazione con fonemi combinati a non meno di sei metri di distanza complessivamente.
Tale requisito puo' essere raggiunto anche con l'utilizzo di protesi acustiche adeguate.
In caso di valori di soglia superiori a quelli sopra indicati, l'idoneita' e' limitata all'esercizio della caccia in appostamento.
3) Adeguata capacita' funzionale degli arti superiori e della colonna vertebrale, raggiungibile, in caso di minorazioni, anche con l'adozione di idonei mezzi protesici od ortesici che consentano potenzialmente il maneggio sicuro dell'arma.
4) Assenza di alterazioni neurologiche che possano interferire con lo stato di vigilanza o che abbiano ripercussioni invalidanti di carattere motorio, statico e/o dinamico.
5) Assenza di disturbi mentali, di personalita' o comportamentali.
In particolare, non deve riscontrarsi dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool. Costituisce altresi' causa di non idoneita' l'assunzione anche occasionale di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool e/o di psicofarmaci.

ART. 2.

I requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto d'armi per uso difesa personale, di cui all'art. 42 del regio decreto 18 giugno 1971, n. 773, sono i seguenti:
1) Requisiti visivi:
a) soggetti con visione binoculare:
visus naturale minimo: 1/10 per ciascun occhio;
visus corretto: 10/10 complessivi.
E' ammessa correzione con lenti sferiche positive fino a 5 diottrie e negative fino a 10 diottrie; l'eventuale differenza tra gli occhi non deve essere superiore a 3 diottrie per l'ipermetropia e a 5 diottrie

per la miopia.
Per correzione si intende la correzione totale.
Per quanto concerne la correzione dell'astigmatismo, non sono ammessi vizi di refrazione superiori alle 3 diottrie per l'astigmatismo miopico, alle 2 diottrie per l'astigmatismo ipermetropico e alle 4 diottrie per l'astigmatismo misto.
b) soggetti monocoli:
visus naturale minimo: 1/10;
visus corretto: 9/10.
E' ammessa correzione con lenti sferiche positive fino a 5 diottrie e negative fino a 10 diottrie.
Per correzione si intende la correzione totale. Per quanto concerne la correzione dell'astigmatismo, valgono gli stessi valori riferiti ai soggetti con visione binoculare;
c) senso cromatico sufficiente con percezione dei colori fondamentali, accertabile con il test delle matassine colorate.
2) Requisiti uditivi: soglia uditiva non superiore a 20dB nell'orecchio migliore, (come soglia si intende il valore medio della soglia audiometrica espressa in dB HL per via aerea alle frequenze di 500, 1000, 2000 Hz); comunque la soglia per ciascuna frequenza deve essere inferiore a 50 dB. In alternativa, percezione della voce di conversazione con fonemi combinati a non meno di 8 metri di distanza, con non meno di 2 metri per l'orecchio peggiore, raggiungibile anche con l'utilizzo di protesi acustiche adeguate.
3) Adeguata capacita' degli arti superiori e della colonna vertebrale raggiungibile, in caso di minorazioni, anche con l'adozione di idonei mezzi protesici od ortesici che consentano potenzialmente il maneggio sicuro dell'arma.
4) Assenza di alterazioni neurologiche che possano interferire con lo stato di vigilanza o che abbiano ripercussioni invalidanti di carattere motorio, statico o dinamico. Non possono essere dichiarati idonei i soggetti che hanno sofferto negli ultimi due anni di crisi comiziali.
5) Assenza di disturbi mentali, di personalita' o comportamentali.
In particolare, non deve riscontrarsi dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool. Costituisce altresi' causa di non idoneita' l'assunzione anche occasionale di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool e/o psicofarmaci.

ART. 3.

L'accertamento dei requisiti psicofisici e' effettuato dagli uffici medicolegali o dai distretti sanitari delle unita' sanitarie locali o dalle strutture sanitarie militari e della Polizia di Stato.
Il richiedente, sottoponendosi agli accertamenti, e' tenuto a presentare un certificato anamnestico, da compilarsi secondo il modello di cui all'allegato 1), rilasciato dal medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di data non anteriore a tre mesi.
Il medico certificatore prescrivera' tutti gli ulteriori specifici accertamenti che riterra' necessari, da effettuarsi presso strutture sanitarie pubbliche. Il certificato, da compilarsi secondo il modello di cui all'allegato 2), viene consegnato all'interessato.
Il giudizio di non idoneita' deve essere comunicato entro cinque giorni all'autorita' di pubblica sicurezza competente per territorio di residenza anagrafica dell'interessato.

ART. 4.

Avverso il giudizio negativo l'interessato puo', nel termine di trenta giorni, proporre ricorso ad un collegio medico costituito presso l'U.S.L. competente, di norma a livello provinciale, composto da almeno tre medici, pubblici dipendenti, di cui uno specialista in medicina legale delle assicurazioni, ed integrato di volta in volta da specialisti nelle patologie inerenti al caso specifico.
L'esito del ricorso viene comunicato entro cinque giorni all'interessato ed alla competente struttura di pubblica sicurezza.
Tutti gli accertamenti sanitari e le prestazioni di laboratorio e strumentali derivanti dall'applicazione del presente decreto sono posti a totale carico del richiedente.

ART. 5.

Il presente decreto verra' trasmesso alla Corte dei Conti per la registrazione e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica.
Roma, 28 aprile 1998
Il Ministro: Bindi Registrato alla Corte dei conti l'8 giugno 1998
Registro n. 1 Sanita', foglio n. 389

ALLEGATO 1

CERTIFICATO ANAMNESTICO PRELIMINARE PER IL SUCCESSIVO ACCERTAMENTO DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE PER IL RILASCIO DELL'AUTORIZZAZIONE AL PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO O AL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE (da redigere da parte del medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 - Istituzione del Servizio sanitario nazionale).

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:
Cognome..... Unita' sanitaria locale n.....
Nome ..... Regione.....
Data e luogo di nascita .....
Numero tesserino assistito .....
Professione.....
A) Malattie del sistema nervoso: (1) No Pregressa In atto
Centrale.....
Periferico.....
Postumi invalidanti.....
Epilessia (2).....
Altre.....
B) Turbe psichiche: (1) No Pregressa In atto
Da malattie.....
Da traumatismi.....
Postoperatorie.....
Da ritardo mentale grave.....
Da psicosi.....
Dalla personalita'.....
C) Sostanze psicoattive: (1) No Pregressa In atto
Abuso di alcool.....
Uso di stupefacenti (3).....
Uso di sostenze psicotrope (3).....
Dipendenza da alcool.....
Dipendenza da stupefacenti.....
Dipendenza da sostanze psicotrope (3).....
Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.
(Luogo e data del rilascio)
.....
In fede, il dichiarante
.....
In fede, il medico
.....

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico:
(1) Barrare con una X le caselle interessate.
(2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici.
(3) Specificare le modalita' d'uso.

N.B. - Il presente certificato anamnestico e' valido unicamente ai fini dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro al volo o al porto d'armi per uso
difesa personale.

ALLEGATO 2

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' PER IL RILASCIO O IL RINNOVO:
( ) DELLA LICENZA DI PORTO DI FUCILE PER USO DI CACCIA ED ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO AL VOLO;
( ) DEL PORTO D'ARMI PER USO DIFESA PERSONALE.

Il signor ..... nato a .....
residente ..... in via ..... munito del seguente
documento di riconoscimento.....
dichiara di aver presentato istanza presso .....
per il rilascio della licenza di cui sopra.
Lo stesso presenta il certificato anamnestico, di cui all'art. 3
del decreto del Ministro della sanita' in data 28 aprile 1998,
rilasciato dal dottor.....
Apparato visivo:
visus naturale.....
visus corretto.....
correzione .....
senso cromatico.....
Apparato uditivo:
soglia uditiva nell'orecchio migliore.....
o in alternativa:.....
percezione della voce di conversazione a metri:
orecchio destro.....
orecchio sinistro .....
biaurale.....
Sulla base della visita da me effettuata, nonche' dei seguenti
accertamenti specialistici .....
il signor .....
(non) risulta in possesso dei requisiti di cui all'art. .....
del decreto ministeriale sopra citato.
Motivazione del giudizio di non idoneita':.....
Il presente certificato sara' da me trasmesso entro cinque giorni all'autorita' presso la quale e' stata inoltrata la domanda di autorizzazione.
Data.....
In fede
.....

IL TESTO ED I PARTICOLARI DEI SEGUENTI DOCUMENTI POSSONO ESSERE REPERITI CONSULTANDO IL SITO DELL'O.M. DI AREZZO, OPPURE RICHIESTI IN VERSIONE STAMPATA ALLA SEGRETERIA DELLO STESSO O.M.

• Raccomandazioni sulla pubblicità degli integratori alimentari proposti per il controllo o la riduzione del peso (circol. 3987 del 25.07.03 FNOMCEO su raccomndazione del Min. della Salute).

• Decreto del 08.05.2003 del Min. della Salute: uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica.

Adeguamento della contribuzione alla "Quota A" del Fondo di previdenza generale a copertura degli oneri connessi all'introduzione delle maggiorazioni delle pensioni per invalidità assoluta e permanente e premorienza (Art. 13, comma 1, lettera e) dello Statuto).

Il Consiglio di Amministrazione della Fondazione, con Delibera n. 2/2002, adottata in data 15 febbraio 2002, ha introdotto alcune modifiche ai Regolamenti dei Fondi di previdenza, allo scopo di rafforzare la tutela previdenziale nei casi di invalidità assoluta e permanente e di premorienza, con particolare riferimento agli iscritti che possono contare su posizioni previdenziali di entità ridotta.

Le nuove norme regolamentari garantiscono a tutti gli iscritti, in presenza degli eventi tutelati, a partire dal 1° gennaio 1998, un trattamento minimo pari per il medesimo anno ad almeno 21 milioni annui di lire (pari ad euro 10.845,59); tale tetto viene indicizzato annualmente nella misura del 100% dell'indice ISTAT. Nel 2003, infatti, l'importo annuo erogabile è pari a € 12.097,63.

Il beneficio per i Fondi ENPAM riguarda anche, per l'evento della premorienza, il nucleo superstiti e quindi, in tali casi, il minimo pensionistico, come sopra individuato, viene ad essere ripartito fra i diversi superstiti aventi diritto: già nell'ipotesi più frequente della presenza del solo coniuge del deceduto, avente quindi diritto al 70% della pensione maturata, l'importo minimo annuo garantito per il 2003 viene ad essere pari a € 8.468,34.

Ai fini della determinazione dell'incremento erogabile a ciascun interessato, si calcola la pensione di invalidità assoluta e permanente o di premorienza in base alle norme previste dai Regolamenti in vigore; se la somma di dette pensioni risulta inferiore a € 12.097,63 complessivi, questa viene incrementata della differenza.

Al fine del raggiungimento di tale minimo, si tiene conto non solo delle pensioni erogate dall'ENPAM, ma anche di ulteriori pensioni di previdenza obbligatoria. Qualora l'iscritto sia titolare soltanto di pensioni erogate dai Fondi di previdenza ENPAM, la maggiorazione è ripartita, fino al raggiungimento del suddetto limite, fra le gestioni interessate in proporzione ai singoli importi di pensione erogati. Nel caso l'iscritto sia titolare anche di una pensione esterna, la percentuale della maggiorazione imputabile a quest'ultima è distribuita proporzionalmente tra i vari Fondi ENPAM, che concorrono all'erogazione del trattamento.

La maggiorazione di pensione posta a carico di ciascuna gestione diventa parte integrante del trattamento pensionistico liquidato dalla gestione medesima; anch'essa viene pertanto annualmente rivalutata secondo le disposizioni regolamentari in vigore, che prevedono un incremento nella misura del 75% dell'indice ISTAT.

Per quanto attiene alla decorrenza delle suddette maggiorazioni, è stata prevista una applicazione retroattiva della riforma, dopo averne verificato – alla luce delle elaborazioni statistico-attuariali - la compatibilità economica con l'equilibrio dei Fondi.

La decorrenza retroattiva al 1° gennaio 1998 delle variazioni regolamentari ha certamente una valenza equitativa, considerando che proprio da quella data, nel conteggio delle prestazioni di invalidità assoluta e permanente e di premorienza dei Fondi Speciali, l'età di riferimento per il calcolo della pensione è stata ridotta da 70 a 65 anni, con una generale riduzione degli importi dei trattamenti rientranti in queste tipologie.

Le valutazioni tecnico-attuariali in materia sono contenute nella "Nota tecnica sulle valutazioni attuariali al 31 dicembre 1997 relative alla stima degli effetti economici derivanti da una riforma della disciplina regolamentare relativa alle prestazioni di invalidità e premorienza". Con tale elaborato, l'attuario incaricato dall'Ente ha inteso determinare i probabili effetti economici di medio e lungo periodo.

Nell'elaborato attuariale, il professionista interpellato, considerato che al Fondo Generale – "Quota A" contribuiscono tutti i medici e gli odontoiatri iscritti agli Albi, afferma testualmente che "il costo di tale variante nel Regolamento del Fondo di Previdenza Generale può essere coperto, per la "Quota A" del Fondo, da un contributo annuo di £. 20.000 (pari ad € 10,33) per ogni iscritto attivo, rivalutabile annualmente con l'indice inflattivo".

Il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, con ministeriale del 3 marzo 2003, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 81 del 7 aprile 2003, ha approvato la citata Delibera del Consiglio di Amministrazione n. 2/2002, a condizione che "Codesto Ente, a copertura dei maggiori oneri, deliberi, con la dovuta urgenza, l'introduzione di un contributo annuo di € 10,33 per ogni iscritto attivo, annualmente rivalutabile".

L'adozione della modifica contributiva, così come richiesta dai Ministeri vigilanti, deve pertanto considerarsi come un atto dovuto.

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 New Roman, dimensione carattere 11, con massimo di 5 pagine comprese tabelle e fotografie. 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. Hepatol 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 altri 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 di 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, se non altrimenti richiesto. 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.