

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



Temi di approfondimento

Il caso clinico

Convegni e Congressi

Medicina e Società

Aspetti Organizzativi

Storia della Medicina in Arezzo

Deontologia Medica

Il Cesalpino

n°4 anno 2003

SOMMARIO

Temi di approfondimento

- Management del paziente in terapia con FANS o ASA 5
- La sindrome del compartimento addominale 9
- Il ruolo degli esami di laboratorio e dell'ecografia addominale nel follow-up
ambulatoriale dei pazienti con malattia infiammatoria cronica intestinale 16
- Utilizzo dei metodi statistico epidemiologici nella indagine delle tossinfezioni alimentari 21
- Ospedali del XXI secolo: non solo per curare le malattie ma anche per
promuovere la salute della persona 25

Il caso clinico 29

Convegni e Congressi 31

Medicina e Società

- Immigrati: salute e accesso ai servizi sanitari in provincia di Arezzo 41

Aspetti Organizzativi

- Donazione di cornee nell'USL 8: valutazione dell'attività di prelievo nel 2001 47

Storia della Medicina in Arezzo

- Riccardo Arrigoni 51

Deontologia Medica

- Il Codice di Deontologia Medica: commento degli articoli 1-11 55

Soluzione del caso clinico 59

Norme editoriali 60

IL CESALPINO

• Comitato Editoriale e Redazionale

Consiglio provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.
Presidente: Raffaele Festa

• Direttore Responsabile

Roberto Romizi

• In Redazione

Donato Angioli, Alberto Cinelli, Lucia Lenzi, Rossella Nassi,
Piero Pieri, Michela Rinaldini
Coordinatore Redazionale: Cesare Maggi

• Segreteria Redazionale

Paola Bidini e Marco Cerofolini
C/O Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Viale Giotto, 134 · 52100 Arezzo
Tel. 0575 22724 · Fax 0575 300758
e-mail: chirurgi@omceoar.it
sito web: www.omceoar.it

EDITORIALE

AREA VASTA E SOCIETÀ DELLA SALUTE : DUBBI E RISERVE

Ho appreso solo dai giornali dell'insediamento del Consiglio dell'Area Vasta cui fanno capo Arezzo, Siena e Grosseto e del primo incontro con i vertici sindacali della sanità delle tre provincie. A mio modesto avviso si parte già con il piede sbagliato, sia nella prassi che nella sostanza. Non invitare gli Ordini provinciali a presenziare ad un atto tanto rilevante, significa voler non tenere conto alcuno del parere delle istituzioni cui, specificamente, la vigente legislazione conferisce il diritto - dovere della tutela della salute dei cittadini e della professione medica. E non trattasi, nel caso specifico, di una doglianza di poco conto dettata da ambizioni di puro presenzialismo, come cercherò di dimostrare. In astratto, ed in linea puramente teorica, il concetto di area vasta dettato dalla esigenza generica di risparmiare, per poi utilizzare le risorse recuperate in miglioramento della qualità e quantità delle prestazioni, è certamente un traguardo auspicabilissimo. Chi mai si sentirebbe di bocciare una simile ipotesi? Nessuno vuole avallare sprechi e tutti desideriamo per la nostra area la migliore sanità possibile, anche perché oltre che essere medici, siamo anche cittadini fruitori di servizi. L'interrogativo da porsi è un altro: nella realtà giornaliera, che è poi quella che conta ai fini pratici, i risultati confermeranno l'ipotesi?

Il dubbio è più che legittimo. Dai tempi della legge 833, i vari governi prima e le regioni poi, hanno messo in atto infinite ipotesi di razionalizzazione della spesa sanitaria, tutte rivelatesi o fallimentari o scarsamente efficienti, per una serie di motivi che non starò ad analizzare per brevità. Questa considerazione, sia pure generica, induce qualche dubbio e qualche perplessità anche per il progetto area vasta al momento che l'elemento primario, privilegiato, che sta alla base della scelta, è l'economia. Temo proprio che il criterio economicistico prevarrà ancora una volta, ammesso che se ne senta il bisogno, sul criterio tecnico di una migliore qualità e su una maggiore quantità di servizi. In ultima analisi, non vorrei che si giungesse a creare un cittadino commisurato all'economia del sistema, anziché creare una economia che tenga conto delle esigenze primarie della salute. Le recenti ultime esperienze, in materia di economicismo in sanità, non fanno sperare nulla di buono dal momento che la promessa razionalizzazione, si è rivelata un vero e proprio razionamento delle risorse. Se non si fosse convinti di questa asserzione, basterebbe consultare i dati forniti dalla Farmindustria e da Altroconsumo che denunciano cospicui aumenti della spesa privata che rappresenta il 22,7 per cento del totale.

Alle preoccupazioni sopra espresse, aggiungerei poi tutte le problematiche inerenti ai rapporti tra le tre provincie, tra l'Università senese e gli Ospedali e tra gli operatori, compresa l'esigenza delle gestioni del personale. Non credo nemmeno proponibile una prevalenza di una provincia sull'altra: creerebbe una sudditanza inaccettabile, perché dequalificherebbe e comprimerebbe ogni iniziativa gestionale, con pesanti disagi per le popolazioni e con perdita di professionalità e qualità degli operatori sanitari. Non si potranno accettare condizioni di preminenza di una istituzione su di un'altra, con conseguenti fenomeni di declassazione e dipendenza. Non è condivisibile l'ipotesi che si possa creare una condizione di supremazia universitaria sulle varie componenti del Servizio Sanitario Ospedaliero. E' fuori di dubbio che si debbano salvaguardare quelle che sono le attribuzioni istituzionali dell'Università, soprattutto nel campo della didattica e della ricerca, ma va riconosciuta pari dignità agli Ospedali, nella programmazione sanitaria e nella specificità delle competenze. Dovranno essere rispettati i diritti ed i ruoli degli operatori e le esigenze di istituire eventuali servizi di super specializzazioni dovranno contemplare una equa distribuzione di vantaggi e di disagi per tutti i cittadini delle tre provincie. Così come non è ammissibile che si possano configurare ospedali di serie B, è egualmente inaccettabile che ad una comunità vadano tutti i vantaggi, a discapito delle altre.

Non entro nel problema della gestione del personale e degli organici. E' un problema grosso, che lascio ai sindacati di categoria titolari a pieno diritto della tutela dei propri iscritti.

Perplessità non minori, desta il passaggio dalla politica sanitaria alla politica della salu-

te, pur tanto enfatizzato nel Piano Sanitario Regionale. Probabilmente la scarsa informazione sulle Società della Salute, che ne dovrebbero essere lo strumento operativo, accentua i dubbi sull'utilità dello stesso. Si auspica che non divenga un ulteriore passaggio burocratico od un ulteriore aggravio di spesa, ma soprattutto che non vengano a crearsi fratture tra i servizi ospedalieri ed i servizi territoriali di base.

Spero che queste mie considerazioni brevi e necessariamente incomplete, siano servite a motivare le mie iniziali perplessità, ed il mio rammarico per il mancato invito degli Ordini alla discussione. Tutti insieme forse, avremmo potuto iniziare un dialogo fattivo e dare, ognuno per la sua parte, un contributo più adeguato e circostanziato per una migliore e più qualificante riuscita del programma.

Siamo sempre in tempo per farlo.

Raffaele Festa
Presidente Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
di Arezzo

DALLA REDAZIONE

Ai Lettori

Esce il primo numero della nuova edizione del Cesalpino.

Ciò per una naturale evoluzione a tappe che ha caratterizzato la rivista, fin dalla sua nascita.

Quest'ultima versione non intende essere l'ennesima rivisitazione di qualcosa che già esiste, bensì un mezzo di comunicazione e di coesione della vita dell'Ordine di Arezzo e di noi tutti.

La rubrica Lettere alla Redazione ha uno scopo di interazione diretta e immediata tra rivista e lettore con l'auspicio di dare una maggiore vitalità alla rivista stessa, aprendosi alla conversazione tra Colleghi nei vari temi di attualità professionale.

Ci è sembrato intanto, che una nuova veste tipografica, più leggera e disarmata, materializzasse il nostro intento, cioè quello di produrre tutti insieme uno strumento agile, di apertura diffusa a chiunque volesse comunicare, non solo il lavoro scientifico, ma anche esporre al confronto idee, innovazioni o al contrario problemi irrisolti che costituiscono la professione del medico, nei nostri anni e nella nostra realtà.

Il Cesalpino infatti intende accogliere anche aspetti non strettamente scientifici, ma anche organizzativi, informativi di nuovi modelli di lavoro, nelle difficoltà come nelle soddisfazioni quotidiane.

A questo scopo una nuova formattazione in categorie di argomenti, potrà consentire una facile consultazione, marcando la divisione tra comunicazione scientifica e quella organizzativa, le rubriche e gli aspetti deontologici.

Una sezione specifica ci informerà su incontri, convegni, dibattiti, eventi formativi e culturali consentendoci una programmazione nell'arco dell'anno in modo da facilitare il più possibile una frequenza diretta.

La prima lettera alla Redazione è una lettera ai lettori e insieme preghiera di partecipazione attiva e vitale alla vita dell'Ordine, tramite la voce del Cesalpino, mezzo di comunicazione semplice ma potente come tutte le parole scritte.

Auguriamo a tutti i Lettori un buon lavoro ma chiediamo contemporaneamente una risposta con consigli, suggerimenti e spunti di stimolo a un miglioramento continuo, in un dibattito costantemente alto e teso alla crescita comune.

Il Comitato di Redazione del Cesalpino

MANAGEMENT DEL PAZIENTE IN TERAPIA CON FANS O CON ASA

(Prevenzione del danno gastrico da FANS e aspirina)

Gruppo di lavoro

"Update sugli effetti indesiderati da farmaci"

Progetto di Formazione Continua USL 8

S. Gozzi, R. Migliacci, G. Parca, R. Scala;

coordinatori: D. Angioli, C. Pedace

DIMENSIONI DEL PROBLEMA E MECCANISMI PATOGENETICI DEL DANNO

I farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) e l'acido acetilsalicilico (ASA) sono fra le più comuni cause di lesioni gastrointestinali.

Pur essendo piccola la percentuale di pazienti che usano FANS o ASA e che sviluppano complicazioni gastrointestinali, l'impiego diffuso di entrambi i farmaci si traduce in un considerevole numero di tali effetti indesiderati nella popolazione generale.^{1,2}

Qualunque tratto dell'apparato gastrointestinale, dall'esofago al grosso intestino, può essere danneggiato dai FANS: le lesioni del tratto gastrointestinale superiore sono comunque le più frequenti, e quelle gastriche tre volte di più di quelle duodenali.

Una significativa percentuale di pazienti che assume FANS presenta sintomi gastrointestinali (epigastralgie, dispepsia, senso di peso epigastrico e pirosi), ma è interessante osservare come esista una scarsa correlazione fra i sintomi e le lesioni



NSAIDs related GI side effects
 Chronic users in Italy 0.5-2 million
 30-40% of patients taking an NSAID develops dyspepsia
 1-3% develop serious GI side effects with an overall mortality of 2000 patients/year

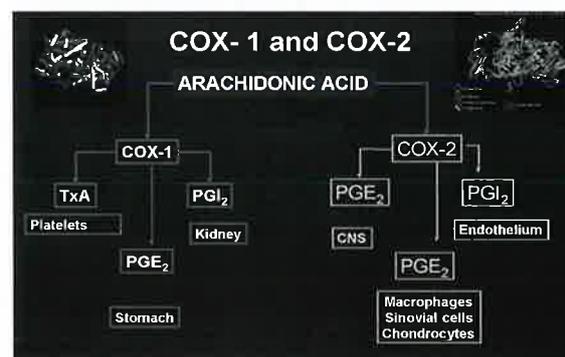
organiche dimostrabili, cosicché un paziente può essere completamente asintomatico ma avere severe complicazioni quali ulcere o sanguinamenti.³

In tema di **patogenesi** del danno da FANS, sono stati riconosciuti alcuni meccanismi promuoventi, sia di natura localizzata a livello delle mucose gastroenteriche, che di natura sistemica.

Fra i fattori locali, vi sono le proprietà chimiche degli stessi FANS, che – in quanto acidi deboli – non rilasciano facilmente ioni H⁺ in corrispondenza dello stomaco (dove l'ambiente chimico è molto acido), mentre passando all'interno delle cellule della mucosa (in un ambiente chimico non più acido) si dissociano e liberando grandi quantità di ioni H⁺ provocano una alterazione dell'ambiente cellulare ed un indebolimento delle normali funzioni delle cellule stesse, con danno all'integrità della mucosa.

Fra i fattori di natura sistemica, le sostanze maggiormente implicate nel garantire l'integrità delle mucose gastroenteriche sono le prostaglandine (PG). I FANS inibiscono il sistema enzimatico delle ciclo-ossigenasi COX-1 e COX-2: la COX-1 che interviene nella sintesi di PG di natura diversa (con azioni regolatrici a livello di numerosi tessuti ed organi, all'interno dei quali agiscono mediante un'interazione con recettori specifici: protezione renale e gastrointestinale per PGI₂ e PGE₂, vasocostrizione ed azione proaggregante per TXA₂ Trombossano), la COX-2 che sintetizza sostanzialmente PG ad azione pro-infiammatoria e PGI₂ che a livello dell'endotelio vascolare inducono vasodilatazione ed inibiscono l'aggregazione piastrinica.

L'inibizione della COX-2, quindi della sintesi di PG ad azione flogogena, rende conto dell'effetto anti-infiammatorio dei FANS, mentre la riduzione della sintesi di prostaglandine protettive della mucosa gastrica comporta la ben nota gastrolesività.



MANAGEMENT DEL PAZIENTE

Per quanto riguarda la gestione del paziente in terapia cronica con questi farmaci, dobbiamo cercare di rispondere correttamente a tre domande:

1. La terapia in atto è veramente necessaria ?
2. Esistono dei fattori di rischio per evento GI ?
3. C'è bisogno di ricorrere a strategie particolari (farmaci alternativi , co-trattamento , eradicazione) ?

1. E' NECESSARIA LA TERAPIA ?

Di fronte ad un paziente che assume cronicamente FANS o ASA, occorre prima di tutto valutare con attenzione l'indicazione ricordando che:

- a. nelle terapia dei pazienti artrosici, dove il dolore prevale sull'infiammazione, ci sono altri farmaci che devono essere preferiti (paracetamolo, poi eventualmente coxib)
- b. l'ASA nella prevenzione primaria di eventi cardiovascolari deve essere valutato in rapporto al rischio complessivo di malattia cardiovascolare (il bilancio rischio-beneficio è favorevole solo nel paziente con rischio cardiovascolare medio-elevato).⁴

2. IL PAZIENTE HA DEI FATTORI DI RISCHIO ?

Una notevole varietà di fattori clinici è stata riportata come capace di aumentare il rischio di sviluppare eventi lesivi gastrointestinali FANS-associati: la valutazione di tali predittori è estremamente importante per operare una sorta di "stratificazione" del rischio, sulla base della quale operare poi le scelte successive.

Tra i fattori ritenuti **predittivi** di un aumentato rischio, i seguenti sono stati validati in molteplici studi:

1. Età > 70 anni
2. Storia di ulcera o di eventi GI
3. Tipo di FANS, dosaggio e durata della terapia
4. Terapia con anticoagulanti (incremento del rischio di oltre 12 volte !)
5. Terapia con corticosteroidi (per via sistemica)
6. Comorbidità (in particolare, malattie cardiovascolari)

Per quanto riguarda il **punto 3**, sappiamo che il rischio di sanguinamento è legato al tipo di farmaco usato (esiste cioè una "graduatoria" di gastrolesività),⁵ nonché al dosaggio.

La Medicines Control Agency inglese ha fornito di recente delle raccomandazioni riguardo all' uso dei FANS, sottolineando che il livello di rischio GI (molto elevato nel caso dell'azapropazone, non in commercio in Italia) è maggiore per ketoprofene, intermedio per piroxicam, diclofenac e naprossene, mentre è più basso per ibuprofene .

Inoltre molti studi hanno chiaramente dimostrato

che il rischio di complicazioni GI aumenta con l'aumentare del dosaggio, con un incremento che è sostanzialmente lineare: da questa osservazione deriva l'indicazione ad utilizzare i FANS alla minor dose possibile.

Upper GI lesions: risk factor and NSAID structure	
Drug	R.R. (I.C. 95%)
Ibuprofen	2.0
Aspirin	2.6 (1.3-2.5)
Diclofenac	2.8 (1.4-2.3)
Sulindac	3.1 (1.6-2.7)
Naproxen	3.2 (1.7-2.9)
Indomethacin	3.4 (1.9-3.1)
Piroxicam	4.8 (2.7-5.2)
Ketoprofen	5.2 (2.7-6.4)

Garcia Rodriguez et al 1995

Non altrettanto chiaro è il rapporto fra rischio di lesione GI e dosaggio nel caso dell' ASA: ai dosaggi comunemente usati, fra 75 e 325 mg, non esistono differenze significative. Allo stesso modo non vi è differenza per le formulazioni "protette" (enteric coated) di aspirina, le quali non riducono il rischio di gastrolesività (a sostegno della ipotesi che al di sotto di certi dosaggi prevale l'effetto sistemico).⁶

Sul **punto 5**, occorre sottolineare che non esiste una dimostrazione chiara di una gastrolesività degli steroidi quando utilizzati in monoterapia: è invece chiaramente dimostrato un alto rischio di sviluppare una lesione GI in caso di associazione FANS - cortisonici.⁷

Riguardo al **punto 6**, infine, non ci sono a supporto dati molto estesi: è però certo che la presenza di comorbidità severa in pazienti che sviluppano una complicanza come il sanguinamento GI aumenta in modo significativo il rischio di morte dovuto a tale complicanza.

Il paziente portatore di almeno due fattori di rischio può essere considerato ad alto rischio di eventi lesivi GI.

Gastropatia da FANS: fattori di rischio	
Fattori di rischio definiti	
1. Età > 70	
2. Storia di ulcera duodenale o sanguinamento GI	
3. Tipo e dosi di FANS	
4. Uso concomitante di anticoagulanti	
5. Uso concomitante di corticosteroidi	
6. Malattie sistemiche severe (cardiovascolari)	
Fattori di rischio possibili	
- Infezione da H.pylori	
- Consumo di alcolici	

3. STRATEGIE

Sulla base delle valutazioni precedenti (indicazione alla terapia, stratificazione del rischio), si pro-

spettano alcune strategie di comportamento per la prevenzione del danno GI FANS - associato. Abbiamo già ricordato la raccomandazione di non usare i FANS come analgesici, quando ve ne sia la possibilità, e comunque l'utilità di usare la minor dose efficace di FANS.

Da un punto di vista generale, possiamo individuare TRE OPZIONI fondamentali:

- 3.1 Ricorso ad alternative farmacologiche
- 3.2 Co-trattamento
- 3.3 Eradicazione HP

3.1

Le **alternative farmacologiche** sono rappresentate:

- Per ASA, dalle tienopiridine (ticlopidina, clopidogrel), ma solamente per quanto attiene alla profilassi secondaria degli eventi cardiovascolari, in mancanza di studi clinici di prevenzione primaria
- Per i FANS, dai COXIB (COX-2 inibitori)

Riguardo ai Coxib, occorre ricordare che vi sono evidenze che indicano che essi sono in grado di determinare percentuali significativamente più basse di complicanze GI, con valori elevati di riduzione del rischio relativo, ma modesta riduzione del rischio assoluto.⁸

Anche i coxib, in sostanza, non sono sprovvisti di gastrolesività.

Dato il loro maggior costo, il loro impiego attualmente appare giustificato e cost-effectiveness solo nei pazienti ad alto rischio emorragico.

E' anche da segnalare che il venir meno dell'azione anti-aggregante piastrinica (per la mancanza di inibizione della cox-1) fa venire meno anche una protezione contro gli eventi cardiovascolari ischemici: il fenomeno, che viene definito di "co-morbilità da competizione", comporta in pratica una sostituzione del rischio (riduzione del rischio di eventi GI, ma con minor protezione sotto il profilo cardiovascolare). In questo senso si prospetta la necessità di valutare con attenzione il rischio cardiovascolare nei pazienti candidati ad un trattamento protratto con coxib.

Nel paziente che assume ASA ai dosaggi sopra indicati per la prevenzione degli eventi cardiovascolari, l'aggiunta di un FANS non solo incrementa il rischio di gastrolesività ma può ridurre l'effetto protettivo dell'ASA per una interazione di tipo farmacodinamico (competizione per la cox-1).

I risultati di un recente studio confermano questa ipotesi per l'ibuprofene,⁹ il cui uso andrebbe quindi sconsigliato insieme alla aspirina preferendo i coxib in questa indicazione.

3.2

Il co-trattamento

Farmaci acido-soppressori sono frequentemente prescritti, ma poco si conosce sulla congruità del loro uso.

Allo stato attuale delle conoscenze, il trattamento con gastroprotettori appare inappropriato se proposto indiscriminatamente a tutti i soggetti che praticano terapia con ASA o FANS.

L'efficacia di prevenzione sulla complicanza emorragica è invece dimostrata laddove è più elevato il

Tabella 1

STRATEGIA SUGGERITA PER TERAPIA ANALGESICO - ANTIINFIAMMATORIA E PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE, IN PAZIENTI CON DIFFERENTI LIVELLI DI RISCHIO DI EVENTI VASCOLARI E DI COMPLICANZE GASTROINTESTINALI			
Rischio di eventi vascolari *	Rischio di serie complicanze GI		
	Basso (< 0.2 % anno)	Medio (0.2 - 0.5 %)	Alto (> 0.5 % anno)
Basso (< 1% per anno)	FANS o coxib, non ASA	Coxib, non ASA	Coxib, non ASA
Intermedio (1 - 3 % per anno)	FANS o coxib, se ASA indicato **	Coxib +/- ASA low-dose	Coxib +/- ASA low-dose
Alto (> 3 % per anno)	Coxib + ASA low-dose	Coxib + ASA low-dose	Coxib + ASA low-dose***

Il rischio assoluto di gravi complicanze GI fra soggetti che non usano FANS è età-dipendente (< 0.2% per anno fra gli individui sotto i 50 anni, ma superiore a 0.5% per anno fra individui con più di 80 anni). L'eccesso di rischio dovuto all'uso di FANS può essere stimato nell'incremento di tre volte del rischio di base, mentre l'uso di coxib può ridurre questo eccesso di rischio del 50%.

* Per eventi vascolari si intendono la morte vascolare, l'infarto miocardico e lo stroke fatali e non fatali.

** Per pazienti con basso rischio basale di complicanze GI, e che richiedono ASA, il coxib può essere preferibile per evitare la riduzione dell'azione antiaggregante dovuto a FANS + ASA (i FANS hanno un'azione antiaggregante piastrinica limitata ed imprevedibile, che si esplica con competizione recettoriale per un sito dell'enzima COX-1 così da attenuare l'efficacia antiaggregante dell'ASA, mentre tale effetto non è presente con coxib).

Per pazienti sempre con basso rischio basale di complicanze GI, che però non richiedono ASA, il beneficio dell'uso del coxib al posto del FANS sembra invece troppo modesto per giustificare il costo addizionale.

*** Per pazienti ad alto rischio sia di eventi vascolari che di complicanze GI, è considerata appropriata la gastroprotezione.

Tab. ripresa da C. Baigent e C. Patrono "Arthritis and Rheumatism" 1, 2003, modificata.

rischio di base: per tali considerazioni la co-terapia di prevenzione del danno dovrebbe essere raccomandata nei pazienti a rischio elevato (presenza di almeno due fattori di rischio fra quelli elencati in precedenza).

Secondo una recente metanalisi, gli anti-H2 non hanno alcun ruolo - al dosaggio usuale - nella prevenzione del danno GI da FANS o ASA, risultando scarsamente efficaci rispetto alle lesioni gastriche, solo moderatamente efficaci rispetto alle (meno frequenti) lesioni duodenali.¹⁰

Notevole efficacia, invece, è stata dimostrata per PPI e misoprostolo, il cui uso è stato validato da importanti studi (MUCOSA, OMNICUM, ASTRONAUT).

3.3

Eradicazione HP

La necessità del trattamento eradicante nei pazienti in trattamento con FANS è controverso: l'infezione da HP e l'uso di FANS o ASA sono fattori di rischio indipendenti per la malattia ulcerosa. In pazienti che assumono FANS, l'eradicazione prima dell'uso di FANS riduce l'incidenza di ulcera, ma è di per sé stessa insufficiente a prevenire i sanguinamenti in soggetti ad alto rischio. In tali casi, pertanto, è necessario anche il co-trattamento.

Bibliografia essenziale

¹ Lanza FL: *A review of gastric ulcer and gastroduodenal injury in normal volunteers receiving aspirin and NSAID*. Scand J Gastroenterol 1989; 24 (suppl 163): 24 - 31

² Laine L.: *Nonsteroidal anti-inflammatory drug gastropath*. Gastrointest Endosc Clin North Am; 1996; 6: 489 - 504

³ Larkai EN, Smith JL, Lidsky MD: *Dyspepsia in NSAID users: the size of problem*. J Clin Gastroenterol 1989; 11: 158 - 162

⁴ US Preventive Services Task Forces. *Aspirin for the primary prevention of cardiovascular events: recommendation and rationale*. Ann Intern Med 2002; 136: 157 - 160

⁵ Henry D, Garcia Rodriguez L, Fries JT: *Variability in risk of GI complications with individual NSAID*. BMJ 1996; 312: 1563 - 1566

⁶ Kelly JP, Kaufman DW: *Risk of aspirin - associated major GI bleeding with enteric - coated or buffered product*. Lancet 1996; 348: 1413 - 1416

⁷ Piper JM, Ray WA: *Corticosteroid use and peptic ulcer disease: role of NSAID*. Ann Intern Med 1991; 114: 735 - 740.

⁸ Silverstein FE et al.: *The CLASS Stud: a randomized controlled trial*. JAMA 2000; 284: 1247 - 1255.

⁹ MacDonald TM, Wei L.: *Effect of ibuprofen on cardioprotective effect of aspirin*. Lancet 2003; 361: 573-74

¹⁰ Koch M., Dezi A., Ferrario F.: *Prevention of NSAID-induced*

gastrointestinal mucosal injury. A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Arch Intern Med 1996; 156: 2321 - 32

Hanno contribuito alla stesura del lavoro:

Prof S. Fiorucci, Dr. D. Angioli, Dr. C. Pedace
Dr. K. Ducci, Dr. S. Gozzi, Dr. L. Fusconi
Dr. G. La Placa, Dr. R. Migliacci, Dr. G. Parca
Dr. M. Rossi, Dr. L. Sabadini, Dr. R. Scala

LA SINDROME DEL COMPARTIMENTO ADDOMINALE

Dell'Avanzato Roberto, Consiglio Francesco Maria, De Martino Antonio

- Roberto Dell'Avanzato: Medico Chirurgo Specializzando in Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche
- Francesco Maria Consiglio: Medico Chirurgo Specializzando in Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche
- Antonio De Martino: Direttore della Cattedra di Metodologia e Semeiotica Chirurgica; Direttore della Unità Semplice di Chirurgia Ambulatoriale
Istituto di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche.
Direttore Sergio Mancini
Università degli Studi di Siena

RIASSUNTO

L'ipertensione intra-addominale (*Intra Abdominal Hypertension*, **IAH**) associata alla disfunzione organica definisce la Sindrome del Compartimento Addominale (*Abdominal Compartment Syndrome*, **ACS**). L'elevata pressione intra-addominale (*Intra Abdominal Pressure*, **IAP**) ha un effetto dannoso sulla fisiologia polmonare, cardiovascolare, renale, splancnica, muscoloscheletrico-tegumentaria e del sistema nervoso centrale. La combinazione di IAH e le alterazioni fisiologiche sopra menzionate conduce ad una sindrome clinica con una significativa morbilità e mortalità. I sintomi iniziali della ACS richiedono un pronto riconoscimento ed un rapido intervento in maniera da ottimizzare i risultati, riducendo al minimo conseguenze ed esiti. Mentre la AH è una condizione che non necessita obbligatoriamente di trattamento chirurgico essendo possibile un miglioramento anche senza alcun atto operatorio, la ACS spesso rende necessaria la decompressione chirurgica. Presso il Nostro Istituto è sotto studio la stesura di un protocollo di prevenzione, diagnosi e terapia della Sindrome del Compartimento Addominale.

Parole chiave: sindrome del compartimento addominale, ACS, ipertensione intra-addominale, IAH, misurazione della pressione intra-addominale.

INTRODUZIONE

La storia della Sindrome del Compartimento Addominale (ACS) si ritiene possa iniziare con lo studio degli effetti dell'ipertensione intra-addominale (IAH) sulla funzione respiratoria descritti da Marey (1863) e da Burt (1870). Successivamente E.C. Wendt (1913) descrisse una riduzione della diuresi (oliguria) in presenza di IAH come sua complicazione e conio per la prima volta il termine di "sindrome" da ipertensione intra-addominale. Fra gli anni '60 e '70 anestesisti e ostetrici-ginecologi, con l'avvento della laparoscopia, prendono coscienza degli effetti che l'aumento della pressione intra-addominale (IAP) ha sul sistema circolatorio; inoltre numerosi Autori descrivono gli effetti negativi dell'IAH sulla funzionalità di vari organi sottolineando, in particolare, come l'aumentata IAP possa creare gravi scompensi nella funzionalità cardiovascolare, respiratoria, epatica, renale, del sistema nervoso centrale e

del tratto gastroenterico. È solo agli inizi degli anni '80 che Kron conia il termine di Sindrome del Compartimento Addominale per definire le perturbazioni che l'IAH produceva nei pazienti operati all'aorta. Lo stesso Kron ha proposto di standardizzare la misurazione della IAP mediante un catetere di Foley intravescicale. Negli anni '80-'90 la IAH viene riconosciuta quale fattore patologico indipendente, legato a cause diverse, capace di indurre un'alterazione dei normali processi fisiologici.

Gli spazi anatomici più frequentemente interessati dalla sindrome compartimentale sono quelli fasciali degli arti (sindrome del compartimento fasciale), il globo oculare (glaucoma), la cavità cranica (ematoma epi/subdurale) e la capsula renale (oliguria post-ischemica).

Mentre la IAH non necessita obbligatoriamente di trattamento chirurgico essendo possibile un miglioramento anche senza alcun atto operatorio, la ACS è una condizione nella quale un prolungato aumento della pressione all'interno della parete addominale, della pelvi, del diaframma e del retroperitoneo può agire negativamente sulla funzionalità dell'intero tratto gastroenterico e dei contigui organi extraperitoneali ed in tali situazioni si può rendere terapeuticamente necessaria la decompressione chirurgica.

CLASSIFICAZIONE

Si considera come normale una IAP di 0-3 mmHg (1cm H₂O = 0.74 mmHg) minime variazioni si hanno con i movimenti diaframmatici respiratori a seconda della sede in cui si eseguono tali misurazioni e in base alle modificazioni posturali, essendo, inoltre, leggermente positiva nei pazienti in ventilazione meccanica. Valori pressori al di sotto dei 10-12 mmHg sono considerati normali, come pure fisiologici possono ritenersi i modesti aumenti che si verificano con la tosse, la manovra di Valsalva, la defecazione, il vomito e con l'attività fisica (alcuni Autori hanno misurato, in queste circostanze, valori di IAP fino a 100 mmHg).

Sono state proposte varie classificazioni della IAH, ma attualmente accettata è quella proposta da Burch e coll. dell'Università del Colorado, secondo quattro gradi:

I grado: 10-15 cmH₂O; **II grado:** 15-25 cmH₂O; **III grado:** 25-35 cmH₂O; **IV grado:** >35 cmH₂O.

Ai fini pratici si suole distinguere la IAP in tre gradi, definendo con il termine "prolungata" un aumento pressorio presente da più di 6 ore:

IAP lieve: prolungato, aumento acuto di 10-20 mmHg.

Gli effetti fisiologici di tale ipertensione sono generalmente ben compensati e clinicamente non significativi. L'approccio terapeutico è conservativo.

IAP moderata: prolungato, aumento acuto di 21-35 mmHg. È generalmente richiesto un trattamento, e l'intervento chirurgico di decompressione addominale può risultare di importanza cruciale.

IAP severa: prolungato, aumento acuto > 35 mmHg. È assolutamente indicata la decompressione chirurgica.

In rapporto ad altre condizioni patologiche che si associano all'aumentata IAP, possiamo distinguere un'IAH **acuta** ed una **cronica**.

L'IAH **acuta** è una condizione patologica di temporaneo aumento della IAP, che può progredire verso la ACS e quindi richiedere la decompressione chirurgica. Ne sono esempi la peritonite diffusa, l'occlusione intestinale, la rottura di aneurisma dell'aorta addominale, l'edema peritoneale successivo a manovre rianimatorie per trauma addominale, l'emorragia retroperitoneale ed epatica e, infine, anche il trauma extraperitoneale che richiede massiva somministrazione di liquidi. L'evenienza tipica si osserva nel paziente peritonitico o politraumatizzato che, a scopo rianimatorio, riceve una grande quantità di liquidi, che provocano un aumento di volume del liquido interstiziale. L'edema viscerale e retroperitoneale conseguente è aggravato dall'ischemia viscerale indotta dallo stato di shock. La parete addominale chiusa, riesce inizialmente a contenere la pressione oncica del peritoneo edematoso, ma una volta che l'addome viene aperto e la contropressione annullata, l'edema può espandersi fino a volumi impressionanti. La chiusura della parete addominale in queste condizioni è tecnicamente impossibile: la chiusura forzata, infatti, determinerebbe un'estrema tensione all'interno dell'addome, con ulteriore deterioramento della già compromessa funzione d'organo. La ventilazione a pressione positiva diviene necessaria per mantenere un'ossigenazione soddisfacente, anche se purtroppo determina un'ulteriore aumento della IAP. La compressione (*packing*) addominale per controllare una severa emorragia intraaddominale, può temporaneamente comprimere le vene mesenteriche ostacolando il ritorno venoso e favorendo ulteriormente l'edema.

L'IAH **cronica** è una condizione patologica di persistente aumento della IAP che può danneggiare gravemente i normali processi fisiologici e può trarre beneficio dalla decompressione. Ne sono esempi l'ascite tesa, lo scompenso cardiaco congestizio, le grandi masse tumorali, la dialisi peritoneale, la gravidanza, l'obesità patologica.

CAUSE ED EFFETTI

Le cause della ACS possono riconoscere un'origine:

Retroperitoneale: per esempio nelle pancreatiti acute, nel trauma addominopelvico e nella chirurgia dell'aorta.

Intraperitoneale: nell'occlusione intestinale grave, nella trombosi dei vasi mesenterici e nello pneumoperitoneo.

Parietale: generalmente la chiusura della cavità addominale sotto forte tensione deve considerarsi ad alto rischio per lo sviluppo della ACS, nella maggior parte dei casi, nelle prime 30 ore postoperatorie della chirurgia addominale.

Si distinguono effetti locoregionali ed effetti sistemici:

Effetti locoregionali:

intestinale: qualsiasi processo espansivo che induce un aumento della IAP, ha delle ripercussioni sulla circolazione intestinale. Sperimentalmente, applicando una pressione omogenea di debole intensità su un'ansa intestinale, si osserva in un primo tempo una compressione ed un rallentamento della circolazione venosa e linfatica. Ne risulta un aumento del volume interstiziale con conseguente edema ed ispessimento della parete intestinale, così come una stasi venosa e liquido intraluminale. Se la IAP continua ad aumentare ed oltrepassa quella arteriosa, può instaurarsi un'ischemia. La stasi veno-linfatica ha importanti conseguenze funzionali: si viene così a costituire un terzo spazio che, a sua volta, aumenta ulteriormente la IAP. Le anse intestinali dilatate, ischemiche, divengono permeabili alla flora intestinale e sono possibili, quindi, fenomeni di traslocazione batterica.

epatico: sperimentalmente esiste prima una riduzione del flusso portale e poi di quello arterioso.

renale: dal momento che uno dei segni cardine della ACS è l'oliguria, molti Autori hanno rivolto la loro attenzione sugli effetti renali dell'aumento della IAP. La maggior parte di essi, durante esperimenti mirati, ha prodotto un aumento artificiale della IAP mediante insufflazione peritoneale. Alcuni Autori hanno dimostrato che, se la IAP supera i 15 mmHg per 4 ore, la diuresi si riduce del 75% e il flusso venoso renale del 60%, mentre la gittata cardiaca (GC) e la pressione arteriosa media non sono diminuite che, rispettivamente, del 20% e del 5%. Altri Autori hanno rilevato che una IAP di 20 mmHg riduce il flusso renale del 24% ed il volume di filtrazione glomerulare del 27%. L'oliguria non è correlata alla compressione ureterale, giacché l'applicazione di stents ureterali non la corregge.

Effetti sistemici:

cardiovascolari: sia nella clinica, sia nei modelli sperimentali si constata una diminuzione della GC, proporzionale all'aumento della IAP. Diversi fattori, più o meno correlati tra loro, possono spiegare siffatta diminuzione: riduzione del precarico; aumento del postcarico; diminuzione della com-

pliance delle cavità cardiache: quando la pressione toracica diventa importante, il riempimento cardiaco è rallentato, come si verifica, per esempio, nel tamponamento cardiaco; riduzione del flusso ematico locale: la diminuzione del flusso sanguigno non è ovunque omogenea e si evidenzia una riduzione più importante per i flussi subdiagrammatici mentre quelli carotidei sono conservati.

polmonari: una ricerca condotta su volontari sani, nei quali la compressione addominale veniva ottenuta mediante una tuta antishock gonfiata a 60 mmHg, ha rilevato un innalzamento del diaframma verso la gabbia toracica, con conseguente riduzione dell'altezza polmonare ed aumento dei diametri anteroposteriore e trasversale del torace sopradiaframmatico. Mentre i volumi mediastinici rimangono immutati, quelli polmonari sono ridotti. Il lavoro respiratorio, valutato mediante la misurazione della pressione intragastrica, è raddoppiato. Tale aumento, per mantenere un volume corrente pressappoco costante, si giustifica con l'incremento, IAP dipendente, della resistenza della parete toracica e dell'elasticità polmonare. Per quanto concerne gli scambi gassosi, nei modelli animali si ritrovano una progressiva ipossiemia ed ipercapnia, che giustificano il contemporaneo aumento del lavoro respiratorio e delle modificazioni del rapporto ventilazione/perfusione indotte dalla compressione toracica. Si osserva, altresì, l'evoluzione parallela della IAP e della pressione intrapleurica

altri effetti: si osserva un raddoppiamento della cortisolemia che sembra persistere, dopo decompressione, per alcune ore, mentre l'aumento delle catecolamine, aldosterone e renina scompare più rapidamente. Alcuni studi hanno evidenziato un'ipersecrezione dell'ormone antidiuretico (ADH), mentre in altri è stato riscontrato un aumento del tasso sierico del fattore natriuretico atriale (ANF). La diminuzione del ritorno venoso cerebrale può essere responsabile di un aumento della pressione intracranica. L'elevata tensione della parete addominale, determinata dalla IAH, provoca ipoperfusione tissutale ed edema della parete addominale con aumentato rischio di infezione e di deiscenza della ferita chirurgica e/o erniazione ventrale.

METODI DI MISURAZIONE DELLA IAP

Esistono vari metodi, diretti ed indiretti, per determinare la IAP.

Metodi diretti: mediante puntura dell'addome con un ago tipo Verres o tipo Abbocath connesso ad un manometro, oppure con l'impiego di un catetere intraperitoneale connesso ad un trasduttore di pressione.

Metodi indiretti:

Pressione della vena cava inferiore (VCI): viene

utilizzato un catetere venoso posizionato nella vena femorale. La pressione misurata nella VCI, per via transfemorale, è direttamente correlata con la IAP.

Pressione intragastrica: la IAP può essere misurata attraverso un sondino nasogastrico (SNG) od un tubo da gastrostomia collegato ad un manometro ad acqua. La pressione intragastrica viene determinata dopo aver infuso, mediante SNG nel lume gastrico, 50-100 ml di H₂O. L'estremità prossimale del tubo aperto è tenuta perpendicolare al piano di appoggio del paziente. La distanza tra il livello dell'acqua e la linea ascellare media è presa come misura della IAP in cmH₂O.

Pressione vescicale: attraverso un catetere di Foley si svuota la vescica urinaria e si introducono 100 ml di soluzione fisiologica sterile. Si chiude il Foley con una pinza e vi si posiziona, prossimalmente, un ago di 16 Gauge di diametro. Si connette l'ago al tubo del barometro ad acqua e si misura l'altezza della colonna d'acqua. L'utilizzo di un raccordo a tre vie è descritto come alternativa per connettere il Foley al barometro. Viene considerato come punto zero di riferimento, a paziente in decubito dorsale rigorosamente orizzontale, la sinfisi pubica. Tale misurazione si basa sulla trasmissione integrale della IAP alla vescica. I risultati, tuttavia, possono essere non corretti nei pazienti con vescica neurogena o con aderenze intra-addominali. Questa metodica, standardizzata da Kron e convalidata da più lavori, è attualmente la più utilizzata ed è considerata come il "gold standard", per la facile applicazione, il basso costo, la minima manipolazione necessaria e per l'alto grado di correlazione con la IAP. Il trauma uretrale è una controindicazione assoluta

Pressione rettale: un catetere, viene riempito con una soluzione salina senza distendere eccessivamente l'estremità del palloncino. Un *kit standard* graduato viene attaccato all'estremità prossimale. Durante un'esplorazione rettale in anestesia generale, l'estremità distale è inserita nel retto al di sopra della riflessione peritoneale permettendo la misurazione continua della pressione intrarettale per tutto l'intervento.

QUADRO CLINICO

Generalmente i primi sintomi clinici sono rappresentati da aggravamento o comparsa di oligo-anuria, distensione addominale, modificazioni respiratorie e circolatorie (diminuzione della gittata cardiaca, aumento della pressione intrapleurica, acidosi, ipercapnia, ipossiemia), fino ad arrivare, negli stadi tardivi, allo shock con insufficienza renale prerenale. L'oliguria (diuresi < 0,5 ml/kg/h), si manifesta precocemente ed è considerata come un segno necessario per la diagnosi; essa viene poco modificata dalla somministrazione

ne di diuretici, dopamina e dall'infusione massiva di liquidi. Nei pazienti coscienti, l'IAH non sembra molto dolorosa; i malati lamentano solo una sensazione di pesantezza, tuttavia, la palpazione dell'addome può evocare violenti dolori. In caso di laparotomia recente, si riscontra spesso una deiscenza della cicatrice o dei punti di sutura cutanea. La deiscenza parietale porta ad eviscerazione con fuoriuscita delle anse intestinali che si presentano atoniche, con parete sottile ed imbibita di liquido da stasi. In tale situazione il rischio di perforazione intestinale è elevato. I pazienti possono presentare una dispnea importante ed è obiettivamente riscontrabile tachipnea e riduzione del volume corrente. Generalmente un esame radiologico del torace evidenzia sollevamento delle cupole diaframmatiche ed atelettasia basale più o meno evidente. All'EGA può rilevarsi ipossia, acidosi ed ipercapnia. A livello circolatorio, il quadro clinico sarà tanto più eclatante quanto più precoce è stata l'ipovolemia. In questi casi, inizialmente sarà possibile evitare un'evoluzione sfavorevole, a condizione di mantenere una sufficiente volemia efficace o, secondo alcuni Autori, addirittura una leggera ipervolemia.

Taluni Autori hanno cercato una correlazione fra le manifestazioni cliniche ed il livello di IAP: quando la IAP è < 10 mmHg, non si osservano manifestazioni cliniche. Tra 10 e 20 mmHg la riduzione del flusso sanguigno epatico può avere delle conseguenze deleterie su pazienti affetti da epatopatia cronica; è possibile evidenziare diminuzione della GC ed oliguria, malgrado la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa non siano modificate. Al di sopra di 25 mmHg si instaura l'anuria e le modificazioni respiratorie (tachipnea, ipossia) e circolatorie (tachicardia, tendenza al collasso) divengono evidenti.

In assenza di decompressione, la prognosi è sempre fatale, per lo più per un quadro di insufficienza multiorgano (MOF).

DIAGNOSI

I classici segni della ACS sono: distensione addominale, aumento della IAP, oliguria refrattaria alla somministrazione di liquidi, aumento della pressione di picco inspiratorio, ipercapnia, ipossiemia refrattaria agli aumenti di FiO₂ e PEEP, acidosi metabolica refrattaria, aumento della pressione intracranica. Il modo migliore per diagnosticare tale condizione sarebbe di monitorizzare continuamente la IAP in tutti quei pazienti critici che presentano un alto rischio di sviluppare la sindrome: ustionati, pazienti con trauma addominale diffuso, pazienti con importante sanguinamento intra-addominale, pazienti con coagulopatie, pazienti con ischemia intestinale, pazienti con ascesso pancreatico, pazienti sottoposti ad intensa sommi-

nistrazione di liquidi (colloidi o cristalloidi), pazienti con *packing*.

IAH ed ACS si devono sospettare in tutti i malati che presentano fattori di rischio quali trauma addominale complesso (lesione di due o più visceri intra-addominali), edema ed ischemia intestinale, ileo gastrico e/o intestinale, emorragia intra-addominale, rianimazione con infusione massiccia di liquidi, ascite sotto tensione, chiusura della parete addominale sotto tensione, tamponamento (*packing*) epatico ed addominale etc. ed in cui si osserva deterioramento delle funzioni polmonare, emodinamica e renale. In questi casi, bisogna eseguire una stretta e continua monitoraggio della IAP, dato che la diagnosi precoce ed il tempestivo trattamento diminuiscono la morbimortalità ad essa associata. Vari Autori raccomandano, inoltre, la misurazione del pH mucoso mediante tonometria gastrica, dato che l'acidosi della mucosa (pH intramucoso < 7.25) è in diretta relazione con i gradi II, III e IV di IAP, traslocazione batterica e sviluppo della SIRS (Sindrome della Risposta Infiammatoria Sistemica) e della MOF.

Dal momento che il quadro clinico può mutare con il passare del tempo, è necessario rivalutarlo continuamente, per procedere al trattamento più opportuno. Nei pazienti stabili, la valutazione iniziale parte dall'anamnesi e dall'esame fisico diretto (eventuali patologie preesistenti, parametri vitali). La presenza di segni vitali alterati, l'età (<5 e >55 anni) e le malattie pregresse aumentano l'indice di sospetto di lesioni particolarmente serie. Fare eccessivo affidamento sull'anamnesi e sull'esame fisico può portare alla mancata diagnosi. In caso di traumi maggiori, il solo esame dell'addome non è utile per escludere qualunque lesione addominale. Malgrado ciò, se si mantiene un giusto grado di sospetto, un risultato negativo ed attendibile dell'esame dell'addome in pazienti con sensorio integro potrà essere controllato con attenzione eseguendo esami clinici ripetuti e determinazioni ematochimiche seriate. Viceversa, alcuni pazienti con lesioni chiuse presentano in modo persistente instabilità dei parametri vitali e riscontri fisici manifesti che obbligano ad un'esplorazione chirurgica. Nel forte sospetto di lesioni intra-addominali in cui l'esame fisico è inattendibile o incerto (a causa del sensorio alterato, dell'impossibilità a comunicare o a causa di concomitanti lesioni che distraggono dall'esecuzione di un accurato esame dell'addome) bisogna necessariamente ricorrere all'esplorazione chirurgica. Nei pazienti a rischio di lesioni addominali si può ricorrere all'utilizzo di esami diagnostici quali TC, ecografia addominale e Lavaggio Peritoneale Diagnostico (LPD) a seconda delle preferenze individuali e dei protocolli locali. Tuttora molti pazienti con emoperitoneo vengono sottoposti a LPD prima della laparotomia in emergenza, sebbene un esame ecogra-

fico immediato ne consenta l'identificazione in maniera più attendibile, rapida e meno invasiva.

TRATTAMENTO

L'obiettivo terapeutico fondamentale nella ACS è la decompressione addominale insieme alle misure di supporto necessarie a mantenere la stabilità cardiopolmonare (farmaci inotropi, ventilazione meccanica ed infusione di liquidi). La decompressione sembra indicata quando si manifestano le disfunzioni organiche o la IAP superiori a 25 mmHg (III grado), associata ad una diminuzione del pH intragastrico ($pHi < 7,25$). L'elevazione della IAP di per sé, malgrado possa essere di II-III grado, senza disfunzione organica, secondo alcuni Autori, non è sufficiente ad indicare una laparotomia decompressiva. Prima di intervenire chirurgicamente è importante ottimizzare lo stato di ossigenazione (mantenere al massimo livello la ossigenazione e la perfusione, ottenere un accesso venoso e somministrare sangue precocemente), correggere l'ipotermia e l'assetto coagulativo, ed espandere al massimo il volume intravascolare del paziente. Data la possibilità di rilascio in circolo dei prodotti del metabolismo anaerobio, è indicata, secondo molti Autori, la somministrazione di cristalloidi (bicarbonato di sodio e mannitolo) che riduce anche il rischio della sindrome da ri-perfusione. Il ripristino del normale stato emodinamico e dei normali parametri respiratori si verifica quasi immediatamente, così come il ritorno ad una normale funzionalità renale. Tutti gli Autori sono concordi sulla necessità di effettuare una decompressione acuta dell'addome per mezzo di una laparotomia; il *cut-off* che indica la necessità di una laparotomia sembra essere 25 mmHg, anche se alcuni ritengono che intervenire a valori di 15-20 mmHg consenta di prevenire la ACS. Altri ritengono si debba comunque intervenire quando sono manifesti i segni clinici della ACS (soprattutto anuria) indipendentemente dalla IAP, ma che si possa optare per un atteggiamento conservativo in presenza di un'IAH nel paziente asintomatico. Non esiste, come già sottolineato, un consenso unanime sulla classificazione della ACS, anche se la maggior parte degli Autori fa riferimento a quella proposta da Burch e coll.

Pertanto, mentre alcuni Autori la definiscono solamente secondo i parametri laboratoristici come PIV (pressione intraventricolare) > 20 mmHg, DO_2 (capacità di diffusione dei polmoni per l'ossigeno) < 600 ml/min/m², PMVA (pressione massima delle vie aeree) > 45 cmH₂O, diuresi $< 0,5$ ml/kg/h, altri invece secondo i sintomi clinici, considerando che gli effetti della IAH sono multifattoriali e dipendono anche dallo stato premorbo del paziente.

Quando la IAP supera i 30 mmHg, tutti gli Autori concordano nel ritenere la decompressione addo-

minale il solo trattamento efficace. La scelta del momento in cui attuare la decompressione chirurgica dipende da più fattori come la condizione dell'equilibrio acido-base e di quello idroelettrolitico, la temperatura, l'emostasi, così come tutti gli altri elementi che mettono a rischio la vita del paziente a breve termine. In quest'ultima evenienza si può decidere per una laparotomia decompressiva d'urgenza, senza attendere la correzione degli altri fattori migliorabili. Una condizione di shock emorragico associato ad una turba dell'emostasi, refrattaria ad ogni tipo di trattamento, un'anuria o un'ipossia non trattabili sono delle precise indicazioni alla decompressione chirurgica.

La decompressione addominale può attuarsi sia con approccio chirurgico che non; qualunque sia la scelta, alcuni momenti dell'assistenza al paziente da trattare sono fondamentali al fine di evitare le sequele correlate al ripristino di una normale IAP e di permettere un adeguato recupero della funzionalità d'organo: adeguata sedazione e controllo del dolore; abbondante infusione di soluzione salina con bicarbonato di sodio e mannitolo allo scopo di prevenire l'instabilità emodinamica post-decompressione, bilanciare il rilascio dei prodotti del metabolismo anaerobio dal distretto mesenterico e stimolare la diuresi; stretto monitoraggio della capacità ventilatoria ed attento bilancio della PEEP, che necessita di rapida riduzione una volta effettuata la decompressione, per evitare il barotrauma; uso di vasocostrittori per evitare l'ipotensione.

La preferenza verso un atteggiamento chirurgico o meno è affidata, attualmente, all'esperienza ed alla preferenza personale del chirurgo, perché non esistono dati in Letteratura che dimostrino il reale beneficio della laparotomia decompressiva. Sono del resto, noti gli effetti collaterali della laparotomia: asistolia imputabile a più fattori quali la ipovolemia da "pooling" sanguigno nel territorio splancnico precedentemente ischemizzato ("furto vascolare" al momento della decompressione); sindrome da ri-perfusione con liberazione di metaboliti e sostanze tossiche dai tessuti ischemici; ipotensione; sindrome da ri-perfusione (analoga a quella osservabile nel post-declampaggio aortico negli interventi per aneurisma); alcalosi respiratoria da immediato aumento del volume corrente; rilascio dei prodotti tossici del metabolismo anaerobio, che può associarsi a riduzione del precarico e ad aritmie. Comunque sia, tali rischi non debbono mai essere una controindicazione ad un intervento necessario. Il chirurgo deve essere consapevole di questi rischi, ma fino a che punto questi effetti debbano influire sulla decisione di una laparotomia non è chiaro.

Immediatamente dopo decompressione può aversi una paradossale breve elevazione della gittata cardiaca e del flusso ematico nella VCI, seguita da

un pronto ritorno ai valori di base.

Decompressione non chirurgica

Può realizzarsi mediante semplici accorgimenti, quali l'impiego di un sondino nasogastrico o di una sonda rettale, la paracentesi evacuativa per drenare liquido ascitico, oppure, in maniera più invasiva, mediante le tecniche di radiologia interventistica (come il posizionamento di tubi di Kehr, drenaggi percutanei TC o Eco-guidati, etc.); soluzioni, queste, che talvolta permettono di evitare il ricorso alla laparotomia. La decompressione non chirurgica, generalmente indicata nei pazienti con cirrosi in fase ascitica, è associata ad un rapido recupero della funzionalità renale, cardiaca e della perfusione del parenchima epatico.

Decompressione chirurgica

In alcuni casi è necessario praticare la cosiddetta laparotomia decompressiva, con la finalità non solo di alleviare l'aumento della IAP, ma anche di correggerne la causa (es. emorragia intra-addominale, sepsi addominale con presenza di ascesso ed ileo secondario, drenaggio di urinomi, resezione di segmenti intestinali necrotici, etc.). È il trattamento di scelta nei pazienti con IAP severa da edema peritoneale o masse endoaddominali. Per consentire un'adeguata decompressione ed evitare il danneggiamento degli organi endoaddominali, la parete addominale non viene, di norma, suturata in prima istanza, ma vengono utilizzate diverse metodiche di chiusura temporanea, tra le quali ricordiamo:

Reti assorbibili (*Vicryl/Dexon*): hanno il vantaggio di poter essere lasciate in sede per lungo tempo, per poi procedere all'effettuazione di una plastica con lembo cutaneo, una volta completatisi i processi di granulazione della ferita. In alternativa, possono essere facilmente rimosse entro 10 giorni, quando possa essere tentata la chiusura della parete. L'uso delle protesi assorbibili comporta, comunque, un'importante sequestro di liquidi del terzo spazio ed è gravata da un'elevata incidenza di fistole enteriche ed eventrazione.

Reti non assorbibili (*Gore-Tex, Marlex*): particolarmente utili nei pazienti traumatizzati che necessitano di una massiva infusione di liquidi o sottoposti a riparazione di Aneurisma Aorta Addominale rotto, nei quali minimizzano il rischio di formazione di fistole enteriche.

"Bogota bag" (cosiddetta "Borsa di Bogotà"): consiste in un film di materiale plastico (originariamente costituito da una sacca da irrigazione urogenitale di 3-5 litri sterilizzata ed aperta a metà lungo i margini di cucitura ed applicata sull'addome) posto a creare una parete addominale temporanea. Tale accorgimento ha il vantaggio di poter direttamente controllare le condizioni del contenuto addominale attraverso il materiale plastico (che

è trasparente); risulta particolarmente importante nei pazienti con lesioni intestinali di tipo ischemico ed essenziale in quelli con emorragia in atto che possono richiedere un successivo "tamponamento". È, d'altra parte, anche la metodica più frequentemente associata a recidiva della ACS.

"Vacuum pack": la metodica sta guadagnando ampio consenso come trattamento di scelta della laparostomia. Consente l'espansione del contenuto addominale senza aumento della IAP. Permette inoltre il drenaggio del liquido del terzo spazio ed è facilmente gestibile al letto del paziente. È, tuttavia, da riservarsi ai pazienti nei quali si escluda la presenza di emorragia in atto, per il controllo della quale non si è rivelata una metodica efficace.

Alcuni Autori raccomandano di lasciare la parete addominale aperta, evenienza questa, che viene rifiutata da altri per l'aumento del rischio settico.

A parte queste diversità di opinioni, sembra esistere un consenso unanime nel controindicare, in tale contesto, le suture digestive; se sono necessarie delle resezioni intestinali, le stomie temporanee di scarico sono da preferire.

Ricostruzione della parete addominale

La possibilità di una completa ricostruzione della parete addominale viene generalmente considerata non prima di 7-10 giorni dalla laparotomia (tempo generalmente necessario a che la maggior parte dei pazienti si stabilizzi, si ottenga una buona perfusione splancica ed il pH si normalizzi). Sorprendentemente, in circa il 50% dei pazienti si può procedere in prima istanza alla diretta chiusura della fascia. In alcuni casi è necessario un secondo intervento a distanza di tempo, a causa della possibile retrazione dei margini fasciali. Nei casi in cui una ricostruzione diretta non sia possibile (estesa necrosi o retrazione fasciale od importante perdita di sostanza) le alternative sono le seguenti:

1. Graduale approssimazione di lembi cutanei laterali sulla linea mediana con permanenza di un'ampia ernia ventrale che verrà successivamente riparata.

2. Posizionamento di reti di materiale assorbibile per favorire la formazione di tessuto di granulazione al di sopra dei visceri, che devono possibilmente essere ricoperti con l'omento a scopo protettivo. Attualmente, si preferiscono le reti a lento assorbimento che mantengono una ottimale stabilità meccanica pur provocando una minore reazione cicatriziale dei tessuti e quindi un processo di guarigione rallentato rispetto alle reti di materiale a rapido riassorbimento, che sono, però, gravate da un'alta incidenza di ernie addominali post-intervento.

3. Approssimazione bilaterale sulla linea mediana dei muscoli retti e della loro fascia, praticando incisioni laterali, per lo scarico della tensione, a

tutto spessore, scolpendo il piano dei muscoli (obliquo esterno, interno e trasverso) fino alla fascia posteriore (dei retti) ed inserendo una protesi di *Gore-Tex* o *PPL* in tale sede.

4. Ricostruzione della parete con reti costituite da materiale non assorbibile (*PPL*) sul lato esterno e da materiale assorbibile (*Vicryl*) su quello interno.

5. Uso di "skin expanders" e lembi muscolo cutanei.

Bibliografia

¹ Bloomfield G., Saggi B., Blocher C. & Sugerman H. Physiologic effects of externally applied continuous negative abdominal pressure for intra-abdominal hypertension. *Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care* 1999 Jun; 46(6): 1014-6.

² Burch J. Abdominal compartment syndrome, part 1: presentation and workup cardiopulmonary and renal findings are among the most prominent signs. *Journal of Critical Illness*.1998 Oct; 13(10): 634-8.

³ Cheatham ML, Safesak K. Intraabdominal pressure: a revised method for measurement. *J Am Coll Surg* 1998; 186: 594-5.

⁴ Cuschieri A, Berci G. Laparoscopic biliary surgery. Oxford: Blackwell Scientific, 1990.

⁵ Diebel L., Dulchavsky S. & Brown WJ. Splanchnic ischemia and bacterial translocation in the abdominal compartment syndrome. *Journal of Trauma: Injury, Infection and Critical Care* 1997 Nov; 43(5): 852-5.

⁶ Ivy ME, Atweh NA, Palmer J, Possenti PP. Intraabdominal hypertension and abdominal compartment syndrome in burn patients. *J Trauma* 2000; 49(3): 387-91.

⁷ Kron IL, Harmann PK, Nolan SP. The measurement of intra-abdominal pressure as a criterion for abdominal re-exploration. *Ann Surg* 1984; 199: 28-30.

⁸ Loi P, De Backer D, Vincent JL. Abdominal compartment syndrome. *Acta Chir Belg* 2001;101(2):59-64.

⁹ Porter JM. A combination of Vicryl and Marlex mesh: A technique for abdominal wall closure in difficult cases. *J Trauma* 1995; 39: 1178.

¹⁰ Pottecher T, Segura P, Launoy A. Abdominal compartment syndrome. *Ann Chir* 2001;126(3):192-200.

IL RUOLO DEGLI ESAMI DI LABORATORIO E DELL' ECOGRAFIA ADDOMINALE NEL FOLLOW-UP AMBULATORIALE DEI PAZIENTI CON MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE

Stefano Gozzi, Angiolo Agnolucci, Paolo Ceccatelli,
Francesco Caneschi,
Fabrizio Magnolfi, Donato Angioli

U.O. Gastroenterologia – Ospedale S. Donato, Arezzo

Il morbo di Crohn e la colite ulcerosa sono malattie infiammatorie intestinali a decorso cronico caratterizzate dall'alternanza di periodi di quiescenza e periodi di riacutizzazione; è per tale motivo che si rende necessario un monitoraggio periodico dei pazienti affetti da tali patologie.

Il follow-up nelle IBD si propone i seguenti scopi:

1. valutazione del grado di attività della malattia e monitoraggio della risposta alla terapia medica
2. predizione della riacutizzazione clinica
3. diagnosi delle complicanze della malattia intestinale e degli effetti avversi della terapia medica
4. diagnosi della recidiva post-chirurgica
5. diagnosi precoce del cancro coloretale (sorveglianza).

Per valutare il grado di attività della malattia nelle IBD, si può fare ricorso a parametri clinici e a numerosi markers biologici, oltre che agli esami strumentali (ecografia, clisma del tenue, clisma opaco, tomografia computerizzata, risonanza magnetica, scintigrafia con leucociti marcati, ecc...) e al "gold standard" rappresentato dall'esame endoscopico ed istologico.

Gli indici clinici forniscono solo una determinazione indiretta dell'attività di malattia, e nessuno di essi è così accurato nel definire l'entità dell'infiammazione come l'esame istologico ed endoscopico. Inoltre, sono piuttosto insensibili ai cambiamenti acuti che si verificano nel decorso della malattia attiva e si basano prevalentemente su parametri soggettivi; pertanto, non possono essere rappresentativi del grado di infiammazione attiva della mucosa.

I markers biologici, che sono stati oggetto di studio come indicatori di attività di malattia, sono molteplici e comprendono la VES, le proteine di fase acuta (PCR, α 1-glicoproteina, α 1-antitripsina, fibrinogeno, lattoferrina, amiloide sierica A), il numero delle piastrine e dei leucociti, l'albuminemia, i livelli di b2-microglobulina, il titolo anticorpale ANCA ed ASCA, numerose citochine (TNF- α ed il suo recettore, IL-1 ed IL-1RA, IL2-2R, IL-6 ed IL-6R, IL-8), le molecole di adesione ed infine l'escrezione fecale di α 1-antitripsina e di leucociti marcati con ¹¹¹Indio.

Per quanto riguarda il ruolo dei parametri biochi-

mici, un marker ideale di malattia deve rispondere ai seguenti requisiti: a) deve essere in grado di identificare individui a rischio per una determinata patologia e deve essere specifico per essa b) deve riflettere l'attività della malattia c) deve permettere di monitorare l'effetto della terapia e dovrebbe fornire informazioni prognostiche d) deve essere facilmente misurabile con metodi rapidi e non invasivi.

Fino ad oggi, però, non è stato identificato alcun marker biochimico che presenti le caratteristiche suddette per la gestione dei pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali, o meglio nessun marker possiede specificità e sensibilità sufficienti perché possa sostituire il ruolo degli indici clinici nonché degli esami strumentali.

Pertanto, l'uso dei markers biologici nella valutazione del grado di attività delle IBD deve tener conto di una definizione globale della severità della malattia, che prevede anche l'esame clinico, le tecniche di imaging e, quando necessaria, l'endoscopia completata dall'esame istologico.

Il campo di applicazione più stimolante tuttavia è rappresentato dalla ricerca di un marker biochimico che possa predire la riacutizzazione clinica in modo da: a) poter sottoporre il paziente ad un trattamento medico in uno stadio precoce allo scopo di attenuare l'entità della riacutizzazione stessa; b) poter definire nuove strategie di trattamento per mantenere la malattia in remissione.

La maggior parte dei pazienti con IBD quiescente presenta un'infiammazione di basso grado, ed è possibile che la riacutizzazione sintomatica si verifichi soltanto quando il processo infiammatorio raggiunge un'intensità critica. In teoria, quindi, è possibile identificare un sottogruppo di pazienti che, sebbene siano in remissione, presentano uno stato infiammatorio attivo o aumentato della mucosa intestinale che li porterà successivamente alla riacutizzazione sintomatica.

Molti parametri di laboratorio (VES, PCR, conta delle piastrine e dei globuli bianchi, IL-6, TNF- α , IL-1b), che riflettono le conseguenze sistemiche dell'infiammazione, e parametri clinici sono stati proposti come indicatori in grado di predire la riacutizzazione clinica. Tuttavia, la loro scarsa specificità, influenzata da numerose malattie extra-intestinali, e la loro incapacità di misurare direttamente l'infiammazione intestinale hanno fatto cadere il loro valore predittivo.

Un incremento della permeabilità intestinale è stato suggerito da alcuni Autori come parametro predittivo di riacutizzazione clinica nel morbo di

Crohn con una sensibilità e specificità che si aggiornano rispettivamente intorno all'80% e al 60-70%. Il test, che riflette l'integrità funzionale della mucosa del piccolo intestino, consiste nella somministrazione orale di disaccaridi (lattulosio) e monosaccaridi (mannitolo o L-ramnosio) o ⁵¹CrEDTA; il rapporto tra escrezione urinaria delle due sostanze fornisce una misura del grado di permeabilità della mucosa intestinale e poiché, come sottolineato da alcuni Autori, un incremento della permeabilità intestinale può essere un fattore patogenetico nel morbo di Crohn, tale rapporto può essere utilizzato con indicatore di malattia subclinica e predittore di riacutizzazione sintomatica.

Tuttavia, occorre sottolineare che l'escrezione urinaria delle sostanze suddette dipende strettamente dall'estensione e dalla localizzazione della malattia, oltre che dall'attività dell'infiammazione; infatti, solo il 50% dei pazienti con colite di Crohn clinicamente attiva presenta un'alterazione di tale rapporto.

Pertanto, tale test non può essere impiegato come indicatore di attività di malattia e, inoltre, presenta un elevato valore predittivo solo nella malattia di Crohn del piccolo intestino.

Negli ultimi anni, un importante ruolo come indicatore predittivo di riacutizzazione clinica nelle IBD è stato attribuito alla calprotectina fecale. Si tratta di una proteina legante il calcio presente nel citoplasma dei granulociti neutrofili che resiste alla degradazione batterica e pertanto può essere facilmente dosata nelle feci. La concentrazione fecale di questo marker quantitativo e oggettivo di infiammazione intestinale, secondo numerosi Autori, è correlata in maniera significativa con il grado di attività di malattia, valutato endoscopicamente ed istologicamente nei pazienti con colite ulcerosa o mediante l'escrezione fecale di a1-antitripsina e di granulociti marcati con ¹¹¹Indio nei pazienti con morbo di Crohn.

Tibble et al. hanno rilevato che, utilizzando come cut off un valore di 50 mg/L, la calprotectina fecale possiede una sensibilità e una specificità pari rispettivamente al 90% e all'83% nel predire la riacutizzazione clinica entro 12 mesi in tutti i pazienti con IBD, valori questi estremamente incoraggianti. Da sottolineare, tuttavia, che elevati livelli di calprotectina fecale sono stati riscontrati anche nei tumori del tratto gastro-intestinale.

In conclusione, gli esami di laboratorio nel follow-up dei pazienti con IBD svolgono un ruolo importante nella valutazione del grado di attività di malattia e nel monitoraggio della risposta terapeutica, anche se la loro bassa specificità ne raccomanda l'impiego in combinazione con gli indici clinici di attività di malattia e con gli esami strumentali.

Per quanto riguarda un loro possibile ruolo come predittori di riacutizzazione clinica, il test di per-

meabilità intestinale e soprattutto la determinazione dei livelli fecali di calprotectina sembrano essere gli esami dotati di maggiore sensibilità e specificità, che potrebbero giustificare un loro impiego nella pratica clinica routinaria.

Infine, occorre ricordare che gli esami di laboratorio hanno un ruolo insostituibile nella identificazione degli effetti collaterali della terapia medica.

Comunque, non vi sono in letteratura indicazioni precise su quando effettuare gli esami di laboratorio nella gestione ambulatoriale dei pazienti con IBD; nelle tabelle sottostanti, vengono riportati gli intervalli ed il tipo di esami che vengono richiesti in alcuni centri di riferimento italiani ed europei in diverse condizioni cliniche.

Tabella 1.

Elenco e cadenza esami in pazienti con IBD in remissione (in terapia con 5-ASA e/o corticosteroidi)

Ogni 6-12 mesi	Emocromo, PCR, VES, proteine totali e frazionate, elettroforesi proteine plasmatiche, AST, ALT, GGT, FA, creatinina, urea, sideremia, ferritina, transferrina, es. urine, elettroliti, glicemia
Se CD ileo terminale	Vitamina B12, folati

Tabella 2.

Elenco e cadenza esami in pazienti in terapia con 6-MP o AZA

Primo mese	Ogni 10 giorni: emocromo, amilasi, lipasi, AST, ALT
Successivamente	Ogni mese: emocromo Ogni 3 mesi: ALT, AST

Tabella 3.

Elenco e cadenza esami pre- e post-ciclosporina

Basali		Emocromo, PCR, VES, proteine totali, elettroforesi proteine plasmatiche, magnesio, funzionalità renale, elettroliti, PA, Mantoux (Valutare familiarità e storia di convulsioni)
Ciclosporina e.v.	Ogni 7 giorni	Ciclosporinemia (150-250 ng/ml), PA, funzionalità renale, elettroliti, emocromo, PCR, VES, proteine totali, elettroforesi proteine plasmatiche
Ciclosporina os	Ogni 15-20 gg	Ciclosporinemia (150-250 ng/ml), PA, funzionalità renale, elettroliti, emocromo, PCR, VES, proteine totali, elettroforesi proteine plasmatiche
Azatioprina+CyA	Ogni 15-20 gg	Ciclosporinemia (150-250 ng/ml), PA, funzionalità renale, elettroliti, emocromo, PCR, VES, proteine totali, elettroforesi proteine plasmatiche, AST, ALT, amilasi

Tabella 3.

Elenco e cadenza esami in pazienti in terapia con MTX

Ogni mese	Emocromo, AST, ALT
-----------	--------------------

Tabella 4.

Elenco e cadenza esami ematici pre- e post-infliximab

Basali	Emocromo, PCR, VES, proteine totali, elettroforesi proteine plasmatiche, ANA, anti-ds-DNA, Mantoux
Ogni 4-8 settimane durante trattamento	Emocromo, PCR, VES, proteine totali, elettroforesi proteine plasmatiche
4-8 settimane dopo sospensione trattamento	Emocromo, PCR, proteine totali, ANA, anti-ds-DNA, elettroforesi proteine plasmatiche

Anche l'ecografia addominale svolge un ruolo molto importante nel follow-up dei pazienti con malattia infiammatoria cronica intestinale, essendo una metodica non invasiva, ripetibile, relativamente poco costosa, accurata.

Viene impiegata con i seguenti scopi:

1. valutazione del grado di attività della malattia e monitoraggio della risposta alla terapia medica
2. diagnosi delle complicanze della malattia di Crohn
3. diagnosi della recidiva post-chirurgica
4. predizione della riacutizzazione clinica (?)

L'interesse per l'utilizzo dell'ecografia nella valutazione di questi pazienti è aumentato notevolmente negli ultimi anni poiché numerosi studi in letteratura hanno valutato l'accuratezza diagnostica di questa metodica basandosi sul reperto ecografico

più comunemente riscontrabile rappresentato dall'ispessimento parietale.

Un patologico ispessimento della parete intestinale, quale si riscontra nei pazienti affetti da IBD ma anche in altre patologie del tubo digerente, appare come un anello periferico ipoecogeno, corrispondente alla parete intestinale e di spessore variabile, che circonda il lume iperecogeno; nelle scansioni che tagliano trasversalmente o obliquamente il viscere, il tratto intestinale con parete ispessita presenta aspetto cosiddetto "a coccarda", "a bersaglio", o "a pseudo-rene", mentre nelle scansioni longitudinali assume un aspetto allungato che viene definito "a sandwich".

Molto si è discusso su quale fosse il valore minimo di ispessimento parietale che si può definire patologico; attualmente, secondo i lavori più recenti, viene considerato patologico un valore di ispessimento parietale uguale o superiore a 3 mm.

L'ispessimento parietale è dovuto in questi pazienti alla liberazione dei mediatori dell'infiammazione che aumentano la permeabilità vascolare con conseguente edema della parete ed alla infiltrazione infiammatoria. Mentre nei pazienti con morbo di Crohn l'ispessimento è transmurale e segmentario, nei pazienti con colite ulcerosa è superficiale, uniforme e spesso meno pronunciato soprattutto nelle forme lievi e moderate. Inoltre, anche le caratteristiche della parete ispessita possono costituire reperti utili dal punto di vista clinico; infatti, nella malattia di Crohn, la presenza di pareti intestinali ipoecogene, con perdita della normale ecostratificazione, indica una fase attiva della malattia oppure una fase avanzata quando all'edema si sostituisce la fibrosi, mentre nelle forme non attive predomina un quadro caratterizzato da stratificazione parietale, anche se questa non è sempre la regola. Comunque, come osservato anche nei pazienti con colite ulcerosa, la perdita dell'ecostratificazione parietale sembra essere di più frequente riscontro nelle malattie con elevate grado di attività sia nei bambini che negli adulti.

Numerosi studi in letteratura hanno dimostrato che l'ecografia, mediante il rilievo dell'ispessimento parietale, è una metodica accurata nel valutare l'estensione della malattia nei pazienti con colite ulcerosa con valori di sensibilità e specificità pari rispettivamente all'89% e al 100% quando la metodica è comparata con la scintigrafia con leucociti marcati; pertanto, può rappresentare l'indagine di primo approccio nei pazienti con forme severe di malattia, in cui un esame endoscopico è mal tollerato dai pazienti e può favorire la comparsa di vere e proprie complicanze quali il megacolon tossico, permettendo una precisa e rapida valutazione dell'estensione della malattia.

Inoltre, il grado dell'ispessimento parietale è correlato in maniera significativa con l'attività clinica, biochimica, endoscopica e scintigrafica prima e dopo il trattamento, pertanto l'ecografia rappresenta una tecnica accurata anche nella valutazione della risposta al trattamento medico.

Anche nel morbo di Crohn, l'ecografia addominale permette di valutare la distribuzione anatomica delle lesioni, con una sensibilità e specificità pari all'89% e al 94% ed una correlazione significativa tra l'estensione della malattia ileale misurata con l'ecografia e quella determinata con l'esame radiologico del piccolo intestino; al contrario, nonostante una significativa ma debole correlazione tra grado di ispessimento parietale e parametri clinici e biochimici, l'utilità dell'ecografia come indice di attività di malattia sembra essere limitato. Inoltre, è da sottolineare che un alto grado di ispessimento parietale in pazienti con malattia quiescente suggerisce la presenza di fibrosi, che è scarsamente responsiva al trattamento steroideo.

Tuttavia, è possibile ottenere informazioni sull'attività della malattia nei pazienti con morbo di Crohn ed ispessimento parietale rilevato con l'ecografia mediante l'utilizzo dell'eco-color-Doppler. Infatti, le modificazioni microvascolari come la neovascolarizzazione, la vasculite e la vasodilatazione nel sito della lesione sono caratteristiche ben note di questa patologia e si associano ad una alterata emodinamica splancnica.

L'eco-color-Doppler consente un'accurata valutazione del flusso vascolare a livello della parete intestinale e dunque permette una definizione dell'attività di malattia; alcuni Autori, infatti, hanno dimostrato, tramite la ricerca dei segnali colore nella parete delle anse intestinali affette da morbo di Crohn, la presenza di un incremento della vascolarizzazione nei pazienti con malattia attiva rispetto a quelli con malattia inattiva associato ad una riduzione statisticamente significativa dell'indice di resistenza misurato nei vasi della parete intestinale.

Inoltre, considerato il riscontro di una circolazione iperdinamica nei pazienti con morbo di Crohn, è possibile valutare e monitorare l'attività della

malattia mediante la misurazione del flusso sanguigno dell'arteria mesenterica superiore. Tuttavia, questi risultati non sono condivisi da altri Autori; in particolare, Maconi et al., pur affermando l'esistenza di una circolazione iperdinamica nei pazienti affetti da morbo di Crohn, ritengono che il flusso sanguigno nell'arteria mesenterica superiore non sia correlato con l'attività clinica e biologica della malattia ma con il grado dell'ispessimento parietale e la sede anatomica.

Inoltre, Ludwig et al. hanno rilevato che i valori del flusso dell'arteria mesenterica superiore, in particolare la velocità media e l'indice di pulsatilità postprandiali, non solo sono correlati con l'attività clinica della malattia di Crohn ma permettono anche di identificare i pazienti che presentano un rischio aumentato di riacutizzazione clinica. In particolare, gli Autori hanno osservato che i pazienti che entrano in remissione dopo una riacutizzazione clinica e la mantengono per 6 mesi presentano un aumento dell'indice di pulsatilità postprandiale dell'arteria mesenterica superiore di almeno 0.5, mentre coloro che vanno incontro ad una riacutizzazione precoce entro il sesto mese di follow-up presentano una riduzione, durante il periodo iniziale di remissione, dell'indice di pulsatilità di almeno 0.2 (valore predittivo positivo 0.82) rispetto ai valori misurati durante la fase attiva.

Risultati analoghi sono stati ottenuti dagli stessi Autori nei pazienti con colite ulcerosa; essi hanno infatti rilevato che la velocità media e l'indice di pulsatilità a digiuno dell'arteria mesenterica inferiore sono correlati con l'attività clinica, biologica ed endoscopica della malattia; inoltre, la riduzione dell'indice di pulsatilità a digiuno di almeno 0.3 al momento del raggiungimento della remissione, rispetto ai valori ottenuti durante la fase attiva, è correlato ad un maggior rischio di precoce riacutizzazione (valore predittivo positivo 0.77).

Tuttavia, questi risultati preliminari sul ruolo predittivo dei valori flussimetrici dell'arteria mesenterica superiore ed inferiore, nei pazienti con malattia infiammatoria cronica intestinale, necessitano di ulteriori conferme.

Nel follow-up dei pazienti con morbo di Crohn, l'ecografia addominale è, inoltre, una metodica accurata nella diagnosi delle complicanze, rappresentate da stenosi, fistole ed ascessi, come dimostrato da molti studi che, tuttavia, riportano dati contrastanti soprattutto per quanto riguarda i valori di sensibilità, mentre i valori di specificità risultano, nella maggior parte dei casi, sovrapponibili. Infine, l'ecografia addominale svolge un ruolo importante anche nella diagnosi di pouchite in pazienti con colite ulcerosa operati di IPAA, in aggiunta ai parametri clinici, endoscopici ed istologici del PDAI, e nella diagnosi di recidiva post-operatoria della malattia di Crohn. Andreoli et al., infatti, hanno rilevato che, utilizzando come meto-

dica di confronto l'endoscopia e definendo come recidiva ultrasonografica della malattia di Crohn la presenza di un ispessimento della parete ileale > 5 mm, l'ecografia presenta una sensibilità ed una specificità pari rispettivamente all'81% e all'86% con un valore predittivo positivo e negativo del 96% e del 57%.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Nielsen OH, Vainer B, Madsen SM, et al. Established and emerging biological activity markers of inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2000;95:359-367
- ² Tibble JA, Sigthorsson G, et al. Surrogate markers of intestinal inflammation are predictive of relapse in patients with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* 2000;119:15-22
- ³ Wright JP, Young GO, et al. Predictors of aute relapse of Crohn's disease. laboratory and clinical study. *Dig Dis Sci* 1987;32:933-941
- ⁴ Brignola C, Iannone P, et al. Prediction of relapse in patients with Crohn's disease in remission: a semplified index using laboratory tests, enhanced by clinical characteristics. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1994;6:955-961
- ⁵ Bitton A, Peppercorn MA, et al. Clinical, biological, and histological parameters as predictors of relapse in ulcerative colitis. *Gastroenterology* 2001;120:13-20
- ⁶ Tibble JA, Bjarnason I et al. Non-invasive investigation of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* 2001;7(4):460-465
- ⁷ Arienti V, Campieri M, et al. Management of severe ulcerative colitis with help of high resolution ultrasonography. *Am J Gastroenterol* 1996;91:2163-2169
- ⁸ Maconi G, Ardizzone S, et al. Ultrasonography in the evaluation of extension, activity, and follow-up of ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol* 1999;34:103-1107
- ⁹ Maconi G, Parente F, et al. Abdominal ultrasound in the assessment of extent and activity of Crohn's disease: clinical significance and implication of bowel wall thickening. *Am J Gastroenterol* 1996;91:1604-1609
- ¹⁰ Maconi G, Parente F, et al. Factors affecting splanchnic haemodynamics in Crohn's disease: a prospective controlled study using Doppler ultrasound. *Gut* 1998;43:645-650

UTILIZZO DI METODI STATISTICO-EPIDEMIOLOGICI NELLA INDAGINE DELLE TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

· Armellini Fulvio - Direttore U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione Azienda USL 8
· De Sanctis Elena - Dirigente Medico U.O. ISP Azienda USL 8

INTRODUZIONE

La sempre maggiore tendenza a consumare pasti fuori casa non determina solo un aumento del target di popolazione esposta al fenomeno delle tossinfezioni alimentari ma contemporaneamente aumenta la mole di lavoro degli esercizi di preparazione e somministrazione di sostanze alimentari con conseguente maggiore tendenza a preparare alimenti in anticipo rispetto al momento della somministrazione e quindi un'alta probabilità di raggiungere una carica batterica patogena, sufficiente a causare una tossinfezione alimentare.

Purtroppo i Servizi del Dipartimento della Prevenzione sono molto spesso avvisati con ritardo di quanto sta succedendo, anche in considerazione dell'incubazione della patologia infettiva e dell'iter diagnostico conseguente. Questo fatto determina che al momento della ispezione nel locale ove sono stati consumati gli alimenti sospetti non si riesca più a reperire gli alimenti stessi e neanche le materie prime con le quali sono stati preparati.

Inoltre, anche nel caso di disporre delle materie prime utilizzate per la realizzazione degli alimenti sospetti, ben difficilmente si riesce a mettere in evidenza il patogeno responsabile dell'episodio, sia per la possibilità che si sia trattato di un inquinamento *puntiforme* sia per la sempre più comune ipotesi che l'inquinamento si sia verificato durante la lavorazione o abbia comunque raggiunto in tale fase un livello elevato e non accettabile. Pertanto limitarsi al classico protocollo *malattia - segnalazione - ispezione - campionamento* produce quasi sempre un frustante insuccesso nel cercare di collegare l'avvenimento con gli alimenti responsabili.

La U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione ha messo in atto, già da qualche anno, un protocollo basato su metodi statistico-epidemiologici per risalire agli alimenti responsabili della patologia anche nell'impossibilità di disporre degli alimenti stessi per il campionamento.

In questo lavoro vengono presentati due casi risolti proprio con l'applicazione del suddetto metodo.

MATERIALI E METODI

Lo studio si riferisce a due episodi di tossinfezione alimentare verificatisi nel territorio della USL 8 di Arezzo.

In entrambi i casi i "casi" sono stati definiti come segue:

persona che aveva partecipato alla cena sospetta e che entro un periodo di 48 ore ha presentato diarrea con febbre superiore a 38°C o una coprocultura positiva per S. enteritidis.

Il primo episodio è avvenuto in occasione di un rinfresco svoltosi presso un ristorante della nostra provincia, al quale avevano preso parte 45 invitati. Di costoro, 20 si sono ammalati il giorno successivo con sintomi di patologia tossinfettiva, 6 di questi sono stati ricoverati presso l'ospedale di Arezzo.

Il secondo episodio è accaduto invece durante una cena che si è svolta in un'abitazione privata ed ha colpito 9 dei 14 commensali; 6 di loro sono stati ospedalizzati (5 presso l'ospedale di Arezzo e 1 presso l'ospedale di S. Giovanni V.no).

La U.O. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione della USL 8 appena venuta a conoscenza dell'accaduto si è attivata per lo svolgimento dell'indagine epidemiologica secondo il protocollo previsto. Come prima cosa si è risaliti all'elenco dei partecipanti e alla lista completa e dettagliata delle portate.

Quindi a tutti i soggetti partecipanti è stato chiesto di riferire esattamente ciò che avevano consumato per analizzare poi i dati con metodi statistici ed identificare l'alimento o gli alimenti coinvolti nei due episodi tossinfettivi.

Da questo punto di vista è estremamente importante che l'intervistatore abbia l'elenco esatto delle portate servite nel corso del pranzo sospetto in quanto la domanda da indirizzare all'intervistato non è "cosa ha mangiato?" ma, ad esempio, "ha mangiato i tortellini alla panna?". L'esperienza ha infatti insegnato che il ricordo è molto più preciso se facilitato dalla domanda diretta a cui fornire una risposta "SI/NO".

Inoltre per ogni persona malata è stato rilevato il periodo di incubazione della malattia e la sintomatologia.

Le feci dei soggetti malati sono state esaminate tramite coprocultura.

Infine sono stati effettuati campionamenti ed analisi degli alimenti sospetti.

Il metodo utilizzato per la valutazione statistica si avvale sia della determinazione della differenza tra i tassi di attacco che della verifica della significati-

vità delle differenza esposti/non esposti in una classica tabella "2x2", con successivo calcolo dell'odds ratio e dei limiti di confidenza.

Il tasso di attacco è determinato per ogni alimento secondo le formule sotto riportate

Dove si intende per:

Tasso(E): tasso di attacco tra coloro che hanno consumato l'alimento

Tasso(NE): tasso di attacco tra coloro che NON hanno consumato l'alimento

esposti: coloro che hanno consumato l'alimento

$$Tasso(E) = \frac{\text{malati}}{\text{esposti}}$$

$$Tasso(NE) = \frac{\text{malati}}{\text{non_esposti}}$$

I risultati del questionario vengono inseriti in un questionario realizzato con il celebre programma EPI INFO (distribuito gratuitamente dal Cdc) così da consentire con facilità il calcolo dei parametri statistici di interesse.

Viene quindi calcolato, sempre per ogni alimento, sia il p-value dei tassi d'attacco (significatività per $p < 0,05$) che l'odds ratio (OR) valutando quindi l'intervallo di confidenza. Si considera significativo un OR superiore ad 1 che abbia un intervallo di confidenza che non comprenda l'unità (ad esempio è significativo un OR pari a 7,5 che abbia un intervallo di confidenza pari a 1,85-35,10, mentre non è significativo un OR pari a 7,5 che abbia un intervallo di confidenza pari a 0,68-10,01).

RISULTATI

In entrambi gli episodi l'analisi dei periodi d'incubazione (tab. 1) e della sintomatologia (tab. 2), e soprattutto i risultati della coproculture hanno permesso di identificare come agente etiologico delle due tossinfezioni Salmonella enteritidis.

Tab.1

Episodio	Intervallo del periodo di incubazione in ore	Periodo di incubazione medio in ore
22/06/97	8 - 26	14
07/07/98	7,30 - 17	11,30

Periodi di incubazione

Tab.2

Sintomatologia

Episodio	Diarrea	Febbre	Dolori addom.	Febbre	Febbre
22/06/97	100%*	100%	85%	80%	60%
07/07/98	100%	89%	78%	78%	67%

(valore percentuale sul totale dei casi clinici)

Per quanto riguarda il primo episodio, accaduto al ristorante, la ricerca degli alimenti contaminati tramite elaborazione statistica dei dati, ha evidenziato la responsabilità inequivocabile del dolce "tiramisù" (significatività statistica $p < 0,00000004$), ed una sia pur minore implicazione dei "crostini al mascarpone" ($p < 0,03$) dovuta quasi certamente ad un fenomeno di contaminazione crociata durante la preparazione degli alimenti.

Il calcolo dell'OR conferma ovviamente la già elevata significatività del p-value; infatti l'OR per il tiramisù è pari a 159,26 con un intervallo di confidenza di 14,97 - 9334,21 [vedi tabella (3)].

Il ruolo causale del "tiramisù" ha avuto un'ulteriore conferma da quanto riferito da una lavorante del ristorante in questione, la quale dopo essersi portata a casa una porzione del dolce, lo ha consumato il giorno seguente insieme al marito e ai suoi due figli. Tutti si sono ammalati di salmonellosi (le coproculture, eseguite dopo alcuni giorni dall'inizio della terapia antibiotica, sono risultate positive in un caso per salmonella enteritidis).⁸

Il "tiramisù" è risultato la causa anche del secondo episodio tossinfettivo infatti il p-value è pari a 0,00031 mentre l'OR ha un intervallo di confidenza che sicuramente non comprende l'unità (tab. 4). Da rilevare che mentre nel primo caso il dolce era stato preparato nel ristorante, nel secondo caso era stato preparato presso una abitazione privata. L'analisi delle uova e del mascarpone appartenenti alla stessa partita di quelle utilizzate nella preparazione del dolce (purtroppo il "tiramisù" incriminato non era più presente al momento dell'ispezione), hanno fornito risultati negativi in entrambi i casi dimostrando ancora una volta che la semplice verifica analitica non è normalmente in grado di rilevare l'alimento colpevole dell'episodio.

CONCLUSIONI

Il frequente riscontro di Salmonella enteritidis come contaminante microbiologico delle uova ed il particolare tipo di lavorazione del tiramisù (non

Tab.3

Primo episodio di tossinfezione alimentare

CIBO	ESPOSTI			TASSO ATTACCO	NON ESPOSTI			TASSO ATTACCO	diff. tassi	p-value	OR	Intervallo di confidenza
	MALATI	SANI	tot.		MALATI	SANI	tot.					
tiramisù	18	1	19	94,74	2	24	26	7,69	87,04	0,00000004	159,26	14,97-9334,21
crostini al mascarpone	5	0	5	100,00	15	25	40	37,50	62,50	0,03	??	1,29-???
mousse alla fragola	7	2	9	77,78	13	23	36	36,11	41,67	0,06	5,94	0,94-66,84
crostini ai funghi	16	15	31	51,61	4	10	14	28,57	23,04	0,26	2,61	0,59-13,96
pannacotta	9	8	17	52,94	11	17	28	39,29	13,66	0,56	1,72	0,44-6,97
penne al tartufo	6	5	11	54,55	14	20	34	41,18	13,37	0,67	1,69	0,35-8,57
penne fredde	8	8	16	50,00	12	17	29	41,38	8,62	0,81	1,41	0,35-5,74
vitello tonnato	3	3	6	50,00	17	22	39	43,59	6,41	0,88	1,29	0,15-10,87
mousse al caffè	3	3	6	50,00	17	22	39	43,59	6,41	0,88	1,29	0,15-10,86
torta della nonna	3	3	6	50,00	17	22	39	43,59	6,41	0,88	1,29	0,15-10,86
vol'au vent tartufo	8	9	17	47,06	12	16	28	42,86	4,20	0,97	1,18	0,30-4,68
galantina di pollo	4	5	9	44,44	16	20	36	44,44	0,00	0,71	1	0,17-5,53
porchetta	13	17	30	43,33	7	8	15	46,67	-3,33	0,91	0,88	0,21-3,67
insalata di riso	10	14	24	41,67	10	11	21	47,62	-5,95	0,92	0,79	0,21,2,29
salmone	4	7	11	36,36	16	18	34	47,06	-10,70	0,79	0,65	0,12-3,14
riso al pesto	1	2	3	33,33	19	23	42	45,24	-11,90	0,84	0,61	0,01-12,61
gateau ai mirtilli	1	2	3	33,33	19	23	42	45,24	-11,90	0,84	0,61	0,01-12,61
pizzette	7	12	19	36,84	13	13	26	50,00	-13,16	0,57	0,59	0,15-2,27
insalata di mare	7	12	19	36,84	13	13	26	50,00	-13,16	0,57	0,59	0,15-2,27
tartine al pomodoro	5	11	16	31,25	15	14	29	51,72	-20,47	0,31	0,43	0,09-1,79
bignè	2	6	8	25,00	18	19	37	48,65	-23,65	0,41	0,36	0,03-2,36
torta alla frutta	2	6	8	25,00	18	19	37	48,65	-23,65	0,41	0,36	0,03-2,36
gateau alla panna	1	4	5	20,00	19	21	40	47,50	-27,50	0,49	0,28	0,01-3,20
gamberoni	1	7	8	12,50	19	18	37	51,35	-38,85	0,11	0,14	0-1,27
vol'au vent gamberi	2	12	14	14,29	18	15	33	54,55	-40,26	0,05	0,17	0,02-1
panzanella	2	11	13	15,38	18	14	32	56,25	-40,87	0,03	0,15	0,01-0,84

soggetto a cottura) rende questo tipo di alimento ad elevato rischio specialmente nelle ristorazioni collettive e nella stagione calda.

L'utilizzo di metodi statistico-epidemiologici permette di risalire agli alimenti responsabili di episodi di tossinfezioni alimentari in modo molto più certo di quanto non sia possibile fare con i classici campionamenti in quanto permette di superare

i problemi legati alla presenza/assenza dell'alimento contaminato o della materia prima responsabile del fatto.

Nonostante ciò rimane indispensabile la rapida segnalazione degli episodi, anche solo in fase di sospetto diagnostico, alla competente struttura organizzativa del Dipartimento di Prevenzione (nel nostro caso la U.F. di Igiene degli Alimenti e della

Tab.4

Secondo episodio di tossinfezione alimentare

CIBO	ESPOSTI			TASSO ATTACCO	NON ESPOSTI			TASSO ATTACCO	diff. tassi	p-value	OR	Intervallo di confidenza
	MALATI	SANI	tot.		MALATI	SANI	tot.					
tiramisù	9	0	9	100,00	0	5	5	0	100,00	0,00031		4,48-?????
gelato	5	1	6	83,33	4	4	8	50	33,33	0,214	5	0,26-182,24
bigné	4	2	6	66,67	5	3	8	62,5	4,17	0,87	1,2	0,08-19,19
pasta 4 formaggi	8	5	13	61,54	1	0	1	100	-38,46	2,89	0	0,00-38,25
crostini con pomodoro	7	5	12	58,33	2	0	2	100	-41,67	0,27	0	0,00-9,27
torta della nonna	5	5	10	50,00	4	0	4	100	-50,00	0,07	0	0,00-2,79

Nutrizione) per consentire un rapido inizio dell'inchiesta epidemiologica, anche in considerazione

del fatto che più tempo si attende prima di effettuare l'intervista, più è facile che il consumo di qualche alimento sia dimenticato non tanto dal consumatore malato quanto da quello sano.

Note

⁸Si ricorda, per i Lettori non esperti in culinaria, che per tiramisù si intende un particolare dolce semifreddo composto da mascarpone, uova crude, zucchero con l'aggiunta di cacao ed aromi vari.

Bibliografia

¹ Lilienfeld A.M., Lilienfeld D.E.: Fondamenti di epidemiologia. Piccin - Padova 1986. Pagg. 13-19

² Nastasi A. : Nuovi scenari epidemiologici delle tossinfezioni alimentari.- Ann. Ig. 1998; 10 (Suppl. 1): 203-207

³ Todeschini R. : Indagini epidemiologiche su tre episodi di tossinfezione alimentare verificatisi nel 1994 in Provincia di Bologna e susseguenti considerazioni. - L'Igiene Moderna (1998); 109, 529-539

⁴ Greco D., Scuderi G., Fantasia M., et al. : Linee guida per le indagini su epidemie di salmonellosi di origine alimentare. - Istituto Superiore di Sanità (1993)

⁵ Istituto Superiore di Sanità: Provvedimenti urgenti per la notifica ed il contenimento di epidemie di Salmonella enteritidis. - (1992)

⁶ Bryan F.L. : Malattie trasmesse da alimenti. - Istituto Scotti Bassani - Schede informative 1/85

⁷ Bourgeois C.M., Mescle J.F., Zucca J., ; Microbiologia Alimentare - Capitolo I, pagg 49-59 - Tecniche Nuove. - Milano 1990

Bibliografia elettronica

<http://www.igiene.unifi.it/>

<http://www.foodsafety.org/>

<http://www.cdc.gov>

OSPEDALI NEL XXI SECOLO:

NON SOLO PER CURARE LE MALATTIE MA ANCHE PER PROMUOVERE LA SALUTE DELLA PERSONA

Mariano Giacchi, Laura Canavacci
Unità Operativa Promozione della Salute, AOUS - CREPS
Università di Siena

“La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”.

E' questa la celebre definizione che, dalla Carta di Ottawa (1986) fino ai nostri giorni, costituisce il punto di partenza per guardare alla salute con una prospettiva innovativa. Se infatti troppo spesso l'attenzione delle persone – ma anche dei servizi – si concentra sulla salute quando l'equilibrio che essa determina nell'individuo è perso a causa della malattia, la filosofia della promozione della salute invece concentra l'attenzione su quei fattori, individuali, sociali e ambientali che ne favoriscono l'incremento e la conservazione. In altre parole, se la medicina è tradizionalmente orientata alla malattia, la promozione della salute sposta il fulcro di interesse sulla persona sana, sulle sue potenzialità e su quei fattori favorevoli alla salute che possono essere implementati nell'ambiente di vita che caratterizza il suo mondo quotidiano.

Le attività essenziali mirate a questo scopo sono riassunte nella Carta di Ottawa nei tre obiettivi:

- **sostenere la causa della salute** per modificare in senso favorevole i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che possono influenzare la salute;
- **mettere in grado** le persone e le comunità di raggiungere appieno il loro potenziale di salute;
- **mediare tra interessi contrapposti** della società perché la salute sia sempre considerata valore primario da tutti i settori della società stessa.

E' evidente come, assunta questa prospettiva, sia tuttavia sensato pensare gli interventi non tanto e non solo per la persona (la cui centralità è comunque essenziale in ogni progetto di promozione della salute), per i suoi comportamenti e stili di vita, quanto soprattutto all'interno di un quadro più ampio che faccia riferimento al *“luogo o contesto sociale nel quale le persone si impegnano nelle attività quotidiane nelle quali i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono per ripercuotersi sulla salute e sul benessere”*.¹

A partire da queste acquisizioni culturali di carattere generale ha preso avvio, nei primi anni novanta, l'esperienza degli **Ospedali per la promozione della salute** che, nata quale filiazione del progetto OMS-Città Sane (o, per meglio dire, Comuni per la

salute) come obiettivo di uno specifico *“Multy City Action Plan”*, ha concentrato la sua attenzione proprio su questo particolare contesto di vita organizzata, individuando un ruolo nuovo e positivo che l'ospedale può assumere nella prospettiva della promozione della salute. Tale contesto costituisce infatti un *setting* privilegiato per intervenire attivamente sulla salute delle persone con programmi che adottino obiettivi che vanno oltre quello tradizionale della cura delle malattie. In questa ottica l'Ospedale per la promozione della salute *“incorpora, nella sua struttura organizzativa e nella sua cultura, i concetti, i valori e gli standard della promozione della salute tramite una evoluzione organizzativa. L'obiettivo è quello di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, le condizioni di vita e di lavoro e la soddisfazione del personale, dei pazienti e dei loro familiari”*,² individuando anche all'interno delle attività dell'ospedale gli spazi per la partecipazione attiva dei cittadini quale valore aggiunto e risorsa fondamentale per la qualità delle prestazioni offerte.

Il progetto punta a valorizzare ed implementare buone pratiche di promozione della salute, introducendo nelle quotidiane attività terapeutiche dell'ospedale azioni informative, educative, organizzative e *“di rete”* finalizzate all'*empowerment*³ del paziente-cittadino, dei familiari, del personale ospedaliero, e della comunità di riferimento.

Il fine ultimo del progetto, nella filosofia che lo sorregge, è che le persone, in particolare quelle appartenenti alle fasce più deboli, siano messe in grado il più possibile di migliorare il controllo sul proprio stato di salute e gestire più consapevolmente gli stati di malattia. L'azione diretta alla promozione della salute non è infatti fine a se stessa, ma finalizzata a creare le condizioni politiche, sociali e organizzative utili affinché il singolo cittadino e la comunità siano messi nelle condizioni di esercitare un peso decisivo sulle scelte che riguardano la salute: ciò dovrebbe essere vero tanto per le scelte individuali (comportamenti, stili di vita), quanto ancora per le scelte pubbliche riguardanti tutti quegli aspetti del vivere condiviso le cui conseguenze sono rilevanti per la salute. Appare dunque chiaro il perché un aspetto fondamentale della azione per la promozione della salute sia la partecipazione, quale condizione per la riuscita dell'intervento e, allo stesso tempo, valore specifico con il quale la promozione contribuisce alle politiche per la qualità dei servizi.

Eguale importante per le strategie di promo-

zione è la consapevolezza, culturale prima che operativa, dell'importanza dell'intersettorialità:⁴ la considerazione di tale modalità operativa deriva dalla presa d'atto della multifattorialità dei determinanti di salute, sanitari e sociali, e dalla necessità di ricorrere a rapporti coordinati di intervento in positivo sulla salute attraverso la sinergia tra referenti e istituzioni che insistono sullo stesso luogo organizzato.

I contenuti e le finalità del progetto dell'Organizzazione mondiale della sanità Ospedali per la promozione della salute sono stati enunciati già nel 1991, nella Dichiarazione di Budapest, quando tale progetto non era ancora stato formalizzato e nessuna esperienza realizzata. Ancora oggi tuttavia è importante ricordare gli indirizzi lì formulati. Nella Dichiarazione infatti veniva detto che, oltre a garantire servizi medici e assistenza sanitaria di buona qualità, l'ospedale dovrebbe porsi quali finalità quelle di:

1. fornire opportunità di sviluppare al suo interno **indirizzi e obiettivi per strutture orientati alla salute**;
2. sviluppare nell'ospedale una **comune identità aziendale sugli scopi degli Ospedali per la promozione della salute**;
3. accrescere la **consapevolezza dell'impatto che l'ambiente ospedaliero ha sulla salute dei pazienti, del personale e della comunità**; l'ambiente fisico degli edifici ospedalieri dovrebbe supportare, mantenere e migliorare il processo terapeutico;
4. **incoraggiare nei pazienti un ruolo attivo e di partecipazione**, in funzione dei loro specifici potenziali di salute;
5. **incoraggiare nell'ospedale iniziative di partecipazione** orientate al miglioramento della salute;
6. **creare condizioni di lavoro sane** per tutto il personale dell'ospedale;
7. adoperarsi per rendere l'Ospedale per la promozione della salute **un modello per servizi e posti di lavoro sani**;
8. **mantenere e promuovere la collaborazione tra le iniziative di promozione della salute** orientate alla comunità e alle amministrazioni locali;
9. **migliorare la comunicazione e la collaborazione con i servizi sanitari e sociali inseriti nella comunità**;
10. **umentare le opportunità offerte dall'ospedale ai pazienti e ai loro familiari** attraverso servizi sanitari e sociali inseriti nella comunità e/o gruppi di organizzazioni di volontariato;
11. **identificare e caratterizzare nell'ospedale specifici gruppi target** (es. pazienti anziani, affetti da patologie di lunga durata, ecc.) e i loro specifici bisogni di salute;
12. **riconoscere le differenze di atteggiamenti, bisogni e condizioni culturali tra individui e**

diversi gruppi di popolazione;

13. **creare negli ospedali ambienti di vita favorevoli, umani e stimolanti, specialmente per i pazienti cronici e lungodegenti**;
14. **migliorare la qualità e la varietà dei servizi di ristorazione** per i pazienti e per il personale;
15. **umentare la disponibilità e la qualità dell'informazione, della comunicazione, dei programmi educativi e di apprendimento di abilità per i pazienti e per i loro familiari**;
16. **umentare la disponibilità e la qualità dei programmi educativi e di formazione continua per il personale**;
17. **sviluppare nell'ospedale un database epidemiologico**, particolarmente orientato alla prevenzione delle malattie e degli infortuni e comunicare queste informazioni agli amministratori pubblici e alle altre istituzioni della comunità.

Il progetto Ospedali per la promozione della salute è stato avviato ufficialmente nel 1993 con un progetto pilota a cui aderirono 20 ospedali in 11 paesi europei: nel 1997, a conclusione dell'esperienza pilota, un nuovo documento, le Raccomandazioni di Vienna, ha definito ulteriormente il progetto dettando le strategie per sviluppare le attività della rete e definire i termini per l'adesione. Lo strumento privilegiato di azione è appunto la creazione di reti, regionali e nazionali, attraverso le quali operare per promuovere salute nei diversi ambiti di interesse per il *setting* ospedale: nella costruzione di una rete, infatti, si realizza l'obiettivo di "*organizzare in gruppi gli individui, le organizzazioni e le agenzie secondo un'impostazione non gerarchica, sulla base di interessi e questioni comuni, che vengono perseguiti in modo proattivo e sistematico e si fondano sull'impegno e la fiducia*".⁵ E' evidente come, in considerazione del sempre più accentuato spostamento sul territorio di molte fasi dei percorsi assistenziali, per le reti operanti negli ospedali sia di fondamentale importanza il collegamento diretto, il coinvolgimento e la partecipazione attiva nei programmi proprio dei servizi territoriali: qualora infatti tale obiettivo non fosse costantemente perseguito, lo sforzo di riorganizzare i servizi ospedalieri per favorire la promozione della salute rimarrebbe mutilato proprio in quel *continuum* che invece è fondamentale non solo per garantire cure e assistenza adeguata al cittadino, ma anche per implementare lo sviluppo individuale e sociale per mezzo dell'offerta di informazioni, educazione alla salute e miglioramento delle abilità per la vita quotidiana.

Nel tempo il progetto si è sviluppato e attualmente la rete internazionale conta 600 ospedali e 34 reti nazionali e regionali (presenti, queste ultime, solamente in Italia). Le attività che caratterizzano il progetto hanno una convergenza tematica, per

valorizzare la quale si sono istituite delle apposite reti tematiche che, per quanto concerne l'Italia, si concentrano su: Ospedali senza dolore, Continuità assistenziale, Comfort e accoglienza, Alimentazione, Ospedali senza fumo, Sicurezza e Interculturalità. Nel 2001 la Regione Toscana ha istituito la Rete Regionale degli Ospedali per la Promozione della Salute in collaborazione con le aziende U.S.L. ed Ospedaliere che hanno aderito al progetto, affidando all'Azienda Ospedaliera Meyer di Firenze il coordinamento della Rete Regionale.⁶ Tale scelta, in linea con le politiche per la salute apertamente promosse anche nell'ultima programmazione sanitaria regionale (Piano Sanitario Regionale 2002-2004), si inserisce in una strategia più ampia che, anche nella Regione Toscana, vuole essere coerente con quelle azioni definite dalla Carta di Ottawa per la promozione della salute:

- costruire una politica pubblica per la salute
- creare ambienti favorevoli alla salute
- rafforzare l'azione della comunità per la salute
- sviluppare le abilità personali per favorire la salute
- riorientare i servizi sanitari verso politiche di promozione della salute.

A questo scopo si sono creati, all'interno di ciascuna Azienda sanitaria toscana, i Comitati di progetto Ospedale per la promozione della salute ed è stato nominato un Coordinatore aziendale di progetto: ciascuna Azienda ha aderito ad almeno tre progetti interaziendali tra quelli propri del progetto Ospedali per la promozione della salute sopra descritti, i quali sono coordinati da un referente aziendale e supportati da Gruppi di esperti, così come previsto dallo schema di accordo tra l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Centro di Coordinamento della Rete Italiana degli Ospedali per la promozione della salute e il Centro di Coordinamento della Rete Regionale. Lo sforzo congiunto delle Aziende, nell'aderire all'iniziativa, è dunque quello di lavorare affinché, negli ospedali presenti nella regione, non siano offerte solo cure e prestazioni sanitarie di livello e qualità, bensì che attraverso gli ospedali, in collegamento con i servizi territoriali, sia anche sviluppata una cultura della promozione della salute utile affinché i cittadini siano messi nelle condizioni di divenire attori fondamentali dei processi che determinano la loro salute.

Breve bibliografia di riferimento

- O.M.S., Carta di Ottawa per la promozione della salute, Ginevra 1986
O.M.S. Dichiarazione di Budapest sugli ospedali per la promozione della salute, Budapest 1991
O.M.S., Le raccomandazioni di Vienna sugli ospedali per la promozione della salute, Vienna 1997
O.M.S., Glossario della promozione della salute, Ginevra 1998

Simonelli F., Il contributo italiano al progetto "Health Promoting Hospitals", in *Professione* n. 10 (2002), pp. 21-25.

Morello Marchese P., Ospedali in rete per promuovere la salute, in *Toscana Medica*, n. 7 (settembre 2001), pp. 18-20.

NOTE

¹ Glossario OMS della promozione della salute - definizione di "Settings for health" - "Luoghi organizzati per la salute".

² Paolo Morello Marchese, Ospedali in rete per promuovere la salute, in *Toscana Medica*, n. 7 (settembre 2001), pp. 18-20.

³ "Nel contesto della promozione della salute, l'acquisizione di maggior autorevolezza (empowerment) è un processo grazie al quale le persone conquistano un maggior controllo sulle decisioni e le iniziative che riguardano la loro salute" Glossario OMS della promozione della salute - definizione di "Empowerment for health" - "Acquisire maggiore autorevolezza nella salute"

⁴ "Un rapporto riconosciuto tra una o più parti di diversi settori sociali costituito nell'intento di agire per affrontare una data questione, e volto a raggiungere dei risultati di salute o dei risultati di salute intermedi, in modo che sia più efficace, efficiente e sostenibile rispetto a quanto avrebbe potuto ottenere il settore sanitario agendo da solo" Glossario OMS della promozione della salute - definizione di "Intersectoral collaboration" - "Collaborazione intersettoriale".

⁵ Glossario OMS della promozione della salute - definizione di "Network" - "Rete".

⁶ Si veda la deliberazione della Giunta Regionale n. 416 del 23 aprile 2001 pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 20 del 16/05/2001.

UNA "STRANA" DIARREA

Stefano Gozzi, Gino Parca*, Donato Angioli
U.O. Gastroenterologia, Ospedale S. Donato - Arezzo
* U.O. Medicina Interna, Ospedale di Bibbiena

G. M., femmina, 50 anni

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

Nel 1969, a 18 anni, viene riferita una grave anemia con importante calo ponderale. Da una relazione di dimissione risulta che in quella occasione si erano presentate crisi emolitiche, con emissione di urine scure, e fu sottoposta a terapia con steroidi e globuli rossi lavati. La diagnosi di dimissione fu di "emoglobinuria parossistica notturna" associata a disturbo del comportamento di tipo anoressico.

Nel 1990, a 39 anni, le fu diagnosticata un'epatite cronica HCV-correlata post-trasfusionale.

Nel 1992, all'età di 41 anni, nuovo ricovero in Ematologia a Firenze, con diagnosi di "anemia sideropenica in progressa emoglobinuria parossistica notturna, gastrite da reflusso, iperuricemia e dislipidemia"; fu di nuovo sottoposta a tre trasfusioni di emazie concentrate.

Da questo momento, la patologia prevalente risulta essere legata all'epatite cronica HCV-correlata con transaminasi oscillanti, mentre l'anemia non assume più caratteri di gravità.

La paziente inizia terapia con interferone a sospeso precocemente per grave decadimento delle condizioni generali (peso 38 kg).

Nel novembre del 1995, a 44 anni, in seguito al rilievo di persistente ipokalemia associata ad astenia e ad adinamia, viene ricoverata nel reparto di Medicina Interna di Bibbiena e fu posta l'ipotesi di sindrome di Bartter; erano presenti infatti attivazione del sistema renina - aldosterone, potassiuria elevata, alcalosi metabolica.

Un'ecografia addominale evidenziava la presenza di cisti renali.

Inizia pertanto terapia a base di spironolattone. Anche in questa occasione risalta un grave deperimento organico e si indaga su un possibile malassorbimento con esito negativo.

Nel 1997 artro-mialgie ricorrenti e nuovo peggioramento delle condizioni generali. Viene posta diagnosi di **artropatia gottosa**.

Continua la terapia con adisterolo, ferro per os, canrenoato di potassio, steroidi e allopurinolo. Viene anche prescritta colchicina da assumere nelle recrudescenze articolari.

Nel 1999, viene ricoverata per pancreatite acuta litiasica ed episodio di ematemesi.

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

Dal febbraio del corrente anno, inizia una diarrea acquosa con numero di scariche variabili da 2 a 5 al giorno, associata a perdita di peso e riduzione della forza muscolare. Viene pertanto inviata, nel luglio del 1999, dalla Medicina Interna di Bibbiena in Gastroenterologia per le indagini del caso.

La paziente si presentava emaciata, con pancitopenia e macrocitosi, rialzo delle transaminasi, ipokalemia, ipocalcemia, anticorpi anti-gliadina e antiendomio negativi; normale il dosaggio dei folati e della vitamina B12. Il test di Coombs indiretto risultò positivo con anticorpi anti E ed aumento dei reticolociti e modesta riduzione delle componenti C3 e C4 del complemento; positivi anche gli anticorpi anti nucleo e anti DNA a basso titolo.

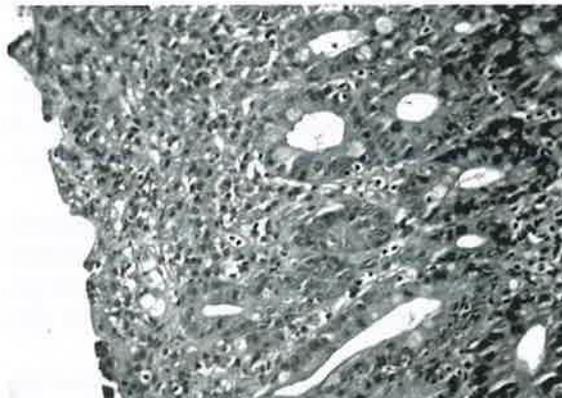
Era presente inoltre un rialzo significativo dell'LDH, CK e aldolasi.

Normale la funzionalità renale e l'aptoglobina; negative la coprocoltura e l'esame parasitologico delle feci.

Da segnalare la presenza di valori modestamente elevati di CEA e CA 19-9.

Colonscopia e gastroscopia negative; il clisma del tenue evidenziava un ispessimento delle pliche di Kerkring come si osserva nel malassorbimento. L'esame istologico dei campioni di biopsia duodenale mostrava una atrofia dei villi con infiltrazione della lamina propria da parte di linfociti e plasmacellule, quadro compatibile con malattia celiaca (figura 1); l'esame elettromiografico metteva in evidenza reperti elettrofisiologici indicativi di miopatia di verosimile natura infiammatoria in paziente con polineuropatia sensitivo-motoria interpretata come carenziale.

Figura 1.



Dopo una settimana di ricovero, la paziente viene dimessa con la diagnosi di **verosimile celiachia** associata a cirrosi epatica HCV-correlata e modesta pancitopenia con prescrizione di dieta aglutinata e canrenoato di potassio.

Dopo 10 giorni, viene riammessa in ospedale in stato di disidratazione con un peso corporeo di 36 kg; viene pertanto sottoposta a nutrizione parenterale totale, da cui riceve due eventi avversi: un pneumotorace al momento del posizionamento del catetere venoso centrale e sepsi da *Klebsiella pneumoniae*.

Permane ipokalemia, ipocalcemia e diarrea con acidosi metabolica; viene pertanto ipotizzata una **diarrea di origine endocrina**. I valori del VIP, gastrina ed NSE non si dimostrano elevati così come quelli urinari dell'acido 5-OH indolacetico; una scintigrafia con octeotride marcato risulta negativa così come la biopsia del grasso sottocutaneo effettuata alla scopo di escludere una amiloidosi.

Fallito il tentativo di dieta aglutinata nel ridurre la diarrea, la paziente viene sottoposta a terapia con octeotride anche in assenza di una evidente sindrome da neoplasia neuroendocrina.

Dimessa dopo circa 45 giorni di degenza con octeotride a lento rilascio, la paziente dimostra una discreta stabilità fino al gennaio 2000, quando viene nuovamente ricoverata per **peggioramento della sintomatologia muscolare soprattutto agli arti inferiori**: non si alza autonomamente dalla sedia, si gira nel letto aiutandosi con le braccia, non edema né dolore alla palpazione muscolare.

Nel sospetto di **polimiosite**, fu intrapresa terapia con immunoglobuline per via parenterale.

Gli esami ematochimici erano sostanzialmente invariati, fatta eccezione per un peggioramento della **pancitopenia**, per cui fu eseguito un aspirato midollare con riscontro di un midollo ricco con aspetti diseritropoietici da possibile mielopatia autoimmune.

Persistendo inoltre la diarrea, la paziente viene alimentata per via parenterale e viene nuovamente sottoposta a biopsia digiunale e dell'ileo distale; una revisione più attenta dei campioni di biopsia digiunale evidenzia atrofia dei villi senza aumento dei linfociti intraepiteliali, quadro questo che rende improbabile la diagnosi di malattia celiachia.

A questo punto, nonostante una apparente rassegnazione della paziente alle sue condizioni generali, subentra la disperazione dei medici curanti di fronte all'impossibilità di porre una diagnosi definitiva.

Durante la degenza sono stati consultati i seguenti specialisti: anatomopatologo, algologo, ematologo, anestesista, neurologo, chirurgo, nefrologo, reumatologo, internista e gastroenterologi di altri centri.

Mentre si fa l'ipotesi dell'abuso di lassativi, ricercando nei cassetti del comodino si trova la risposta.

Bibliografia

¹ Chassany O., Michaux A., Bergmann J.F., *Drug Saf.* 2000; 22:53-72

² Altiparmak M.R., Pamuk O.N., Pamuk G.E. et al., *Clin. Exp. Rheumatol.*, 2002; 20: S13.6

LA SOLUZIONE: a pag. 59

EPISTEMOLOGIA MEDICA ED "EVIDENCE-BASED MEDICINE"

Dalla XII settimana Nazionale della Cultura Scientifica

(Ar Sett.-Ott. 2002)

HANNO DETTO:

Su questo tema si è soffermata, ad Arezzo, la *XII Settimana nazionale della cultura scientifica*, tra la fine di settembre e gli inizi di ottobre del 2002.¹

L'iniziativa aveva più di una finalità. In primo luogo si trattava di tornare, sulla *vexata quaestio* dello *status* scientifico della medicina, esaminato, però, alla luce dell'attuale dibattito e con particolare riferimento alle procedure seguite, oggi, per formulare una diagnosi o una prognosi, oppure per individuare una terapia e per compiere un intervento clinico. Ci si è proposti di non rimanere sul piano puramente teorico e, perciò, si è presa in esame la EBM (*medicina basata sull'evidenza*, ossia su quei risultati che si impongono più di altri all'attenzione dell'operatore per la loro efficacia), in quanto strumento, entrato nell'uso da circa un decennio, che si avvale della telematica e riposa sulla statistica, sulla probabilità, su criteri di inferenza logica.

In conseguenza ci si proponeva di valorizzare – attraverso il dialogo tra studiosi di filosofia, di storia, di matematica e di medicina – il rapporto tra scienze umane, scienze esatte e scienze empiriche.

Infine (ultimo aspetto in ordine di citazione, ma non di importanza) si intendeva contribuire alla crescita della consapevolezza – tanto presso il personale sanitario che presso i pazienti – del carattere di *fallibilità* della medicina che, se del sapere medico costituisce un limite, è nello stesso tempo anche la condizione perché non si attenui l'impegno al progresso delle conoscenze e a una definizione delle possibilità umane sempre più aderente alla realtà.

Si è cercato, così, di chiarire preliminarmente che filosofia e medicina – anche lasciando da parte i legami che storicamente le hanno avvinte – non sono così separate che l'una non rinvii all'altra. Si può discutere se si deve parlare di filosofia *della* medicina, o di filosofia *nella* medicina o di filosofia *e* medicina, ma è difficile sostenere la loro reciproca e totale estraneità. Da un lato, in senso generico, non vi è uomo che non abbia una sua concezione del mondo, della realtà e, quindi, una sua *filosofia*, sia pure elementare. Dall'altro, in senso più specifico, non vi è medico che non si sia posto interrogativi intorno a che cosa debba intendersi per malattia o per salute, che non si sia soffermato sul significato della morte, che non abbia avuto da scegliere fra più teorie esplicative di una patologia, che non si sia chiesto quale fosse la via

migliore per giungere a una diagnosi attendibile. E, insomma, con una frase sola: non c'è medico che non si sia trovato (e non si trovi continuamente) a *riflettere nell'incertezza*.

Né la medicina può sottrarsi al dibattito epistemologico. La medicina è una scienza, o non lo è? E, se lo è, di qual tipo di scienza si tratta? E, se non lo è, che cos'è? È forse un'arte? in qual senso? Certo, per rispondere a queste e altre simili domande la figura più indicata è quella di un medico che sia anche epistemologo, o viceversa, ma, vista la forte specializzazione che attualmente caratterizza l'uno e l'altro (e che favorisce l'atteggiamento critico reciproco), ne deriva la necessità di un dialogo *continuato* fra le due parti.

Nel corso del dibattito che si è avuto in questa occasione, nessuno ha contestato lo statuto di scienza della medicina. La medicina è una scienza empirica. Empirica e sperimentale. Ha un lato teorico e uno pratico o applicativo che rinviano l'uno all'altro. E, oggi, la medicina è sempre più stretta a un'altra scienza empirica: la biologia (soprattutto a quella molecolare). È biomedicina.

Su questi punti fondamentali non sono sorte controversie, anche se colui che stende questa nota è andato oltre, sostenendo che *tutte* le scienze hanno origine empirica, anche la matematica, la geometria, la logica che, poi, dall'esperienza si separano e si costituiscono a sé come regno dell'astrazione pura (il solo in cui il termine *verità* viene definito e ha un senso).

Come tutte le scienze empiriche, a partire dalla fisica, i procedimenti conoscitivi e logici della medicina sono induttivi, ciò che fa nascere, sul piano epistemologico, almeno tre problemi particolarmente delicati e complessi: come avviene il passaggio da un dato dell'esperienza all'altro e come si giunge alla formulazione di un principio (di una generalizzazione) che raccolga sotto di sé, unificandoli, tutti i dati presi in esame; a quali condizioni questa generalizzazione è proiettabile nel futuro.

Non sembra che si possa uscire dalle difficoltà insite in questi enunciati se non facendo ricorso al postulato di analogia. Non vi sono dati dell'esperienza ("oggetti") tra loro identici, ma solo simili. Al più, come avviene nei laboratori di fisica e anche nella vita quotidiana

na, ve ne sono di sostituibili l'uno all'altro senza inconvenienti, ma nemmeno essi sono *uguali*.

Naturalmente, il postulato di analogia è anche, nello stesso tempo, un postulato di diversità. Fra due o più cose vi sono punti in comune e aspetti differenziati. Ogni malato è un caso a sé, ma tra un malato della stessa malattia (ossia, di una malattia analoga) e un altro corrono tanto delle affinità che delle distinzioni. L'inferenza avviene collegando tra loro gli aspetti ritenuti simili (*ritenuti*: le esperienze di due o più operatori possono divergere fra loro; due medici possono formulare una diversa diagnosi per lo stesso soggetto). La EBM fornisce, a questo riguardo, riferimenti privilegiati, sottoposti già a una verifica e a una valutazione dalla comunità scientifica.

Il ripetersi nell'esperienza della connessione di due fenomeni analoghi, giunge a una generalizzazione, la quale non può essere che provvisoria e che tale rimarrà. Le scienze empiriche approdano a delle ipotesi, non a delle certezze. Per usare il linguaggio di Popper (dalla cui epistemologia, pure, queste considerazioni si discostano grandemente non foss'altro per il fatto che sottolineano il primato dell'induzione e ancor prima dell'analogia) non c'è teoria esplicativa che non possa essere *falsificata*. La conoscenza scientifica (e quindi anche quella medica) non è caratterizzata dalla infallibilità ma, al contrario, proprio dalla consapevolezza della sua fallibilità.

Operativamente, questa conoscenza *scommette* sulla probabilità. Probabile è la validità della diagnosi, probabile è la prognosi, probabile l'esito della terapia, e via dicendo.

I contributi degli studiosi di matematica al dibattito hanno messo in luce, con molta chiarezza, sia le aporie dell'induzione che quelle della probabilità. Ad esempio, per quel che tocca l'induzione: nessuna possibilità di una conoscenza esaustiva, nemmeno di un singolo dato; impossibilità di accettare come giustificazione dell'induzione il suo successo pragmatico: che un evento si sia verificato innumerevoli volte non dà alcuna garanzia che si verifichi una volta ancora (ed è da notare, *en passant*, che se questo semplice principio, noto come *legge di Hume*, fosse sempre ben tenuto presente, si griderebbe molto meno di quanto si faccia adesso alle guarigioni miracolose); inaccettabilità di una supposta *uniformità della natura* (ipotizzata da John Stuart Mill, a garanzia della formulazione di leggi tratte dai processi induttivi) che non è possibile provare.

E, per quel che riguarda la probabilità, è stato messo in evidenza sia che un'inferenza statistica, pur posta legittimamente a fondamento di un asserto probabilistico, non dipende necessariamente da una teoria della probabilità, la quale si limita a imporre che vengano rispettate certe condizioni matematiche piuttosto semplici, sia che gli

enunciati probabilistici, in medicina, sono inevitabilmente vaghi (si incontrano serie difficoltà a definire un esperimento e non si può portare il malato in laboratorio, come avviene per i fenomeni della fisica), sia – infine – che, in ogni caso, siamo in presenza di probabilità soggettive o, come si dice, *bayesiane*.

I limiti della medicina sono, dunque, in generale, quelli appartenenti a tutte le scienze empiriche, ai quali si aggiungono quelli derivanti dalla particolare delicatezza dei suoi compiti. Vero che non vi è scienza che, in qualche suo aspetto, non sfoci in problemi di carattere morale (per tacere di quelli politici o di quelli metafisici), ma è anche vero che l'esercizio della medicina ha familiarità quotidiana con questo aspetto. Biomedicina e bioetica sono due realtà che si compenetrano vicendevolmente. Questi limiti – che sono tali, in senso negativo, solo se non se ne è coscienti – non hanno soltanto un rilievo teoretico, ne hanno anche uno storico (la storia della medicina non è meno importante e determinante della filosofia della medicina). Se si pone la domanda “a partire da quando la medicina si è costituita come sapere scientifico?” ci troviamo dinanzi a delle conferme, ma anche a delle sorprese. La nascita della medicina come scienza si realizza, infatti, come c'era da attendersi, tra XV e XVI secolo, ma ha un prezzo non indifferente che consiste, soprattutto, nella sua pretesa di costituirsi come sapere dotto, proprio solo di una corporazione, separato dall'empiria intesa come pratica spicciola o, ancor peggio, magica. Non solo: a farne le spese sono, in particolare, le donne che della medicina popolare erano state, fino a tutto il Medioevo, collaboratrici e protagoniste – le levatrici, le erboriste, le guaritrici, ecc. – e che ora vengono esautorate ed escluse da ogni attività curativa e, alla fine, perseguitate come streghe. Da allora la professione di medico sarà soltanto maschile, fin quasi ai nostri giorni (la prima donna a laurearsi in medicina, in Italia, sarà Maria Montessori, poco più di un secolo fa).

Il cammino della scienza – di ogni scienza e, quindi, anche della medicina – si fa strada attraverso vie molto tormentate, attraverso il tentativo e l'errore e, a volte, addirittura attraverso il pregiudizio. Questa prima parte della XII Settimana nazionale della cultura scientifica si è dunque conclusa con un approfondimento della consapevolezza della *necessaria umiltà* della scienza.

Roberto G. Salvadori

L'obiettivo della seconda giornata² è stato quello di approfondire il significato della *Evidence Based Medicine* (EBM) quale strumento utile al Medico per orientarsi nell'ampio contesto di informazioni che la produzione scientifica attualmente propone:

EBM indica "Medicina basata sulle prove di efficacia", cioè: "qualsiasi decisione clinica dovrebbe essere supportata da prove derivanti da una ricerca epidemiologica metodologicamente corretta" (*EBM: a new approach to teaching the practice of Medicine*, Jama, 1992).

L'argomento è stato affrontato anche in relazione agli interrogativi che esso propone, ai limiti ed alle critiche motivate presenti in letteratura (Davidoff F. e Coll., *EBM, why all the fuss*, Ann Int Med, 1995, David Grahame-Smith, *EBM: socratic dissent*, BMJ, 1995), nel sospetto di una inconciliabile contrapposizione tra esperienza, intuizione, abilità clinica ed EBM e con la sottolineatura altresì della oggettiva difficoltà a trasferire questa metodologia nella individualità del singolo Paziente.

Diventa utile allora riproporre la definizione di Sackett (Sackett DL e Coll., *EBM what is and what it isn't*, BMJ, 1996); per EBM si intende: "...l'uso cosciente, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze disponibili al momento, quando si prendono decisioni riguardanti l'assistenza ai singoli Pazienti, integrando l'esperienza clinica individuale con le migliori prove di efficacia derivanti da sistematiche ricerche. Un buon Medico usa ambedue, l'una e l'altra da sole non sono sufficienti..."

Di conseguenza è stato approfondito il tema circa la "gerarchia delle evidenze" cui il Medico dovrebbe far riferimento nel processo decisionale, gerarchia che colloca al primo posto le Revisioni sistematiche e le metanalisi (sintesi riassuntive di studi primari) e gli studi clinici controllati randomizzati. A questo proposito si è affrontato il metodo statistico utilizzato in tali studi quale strumento capace di misurare la efficacia di un procedimento medico, sia diagnostico che terapeutico e di valutare rischio e rapporto rischio-beneficio. Si tratta di un aspetto che ripropone il concetto di Medicina probabilistica che giustifica la domanda pur "provocatoria" di Horwitz (*Cleveland Journal of Medicine*, 1996): "i Medici curano i Pazienti o le popolazioni?".

Ma se l'accreditamento della Epidemiologia Medica ha rappresentato un sostanziale passaggio nel fornire al Medico prove misurate con cui confrontarsi anche nel momento di contestualizzazione sul singolo Paziente, il Medico deve essere in grado di sapersi orientare circa la qualità metodologica con cui uno studio è stato condotto, ponendosi almeno cinque domande da considerare essenziali per esprimere un giudizio: "lo studio è originale?, quali soggetti riguarda?, è ben progettato?, sono stati evitati gli errori sistematici (cioè: è adeguatamente controllato)?, è sufficientemente ampio e di durata tale da renderne credibili i risultati?" (da: *EBM, le Basi*, di Trisha Greenhalgh,

1997).

Come leggere allora uno studio clinico controllato randomizzato?

È necessario in primo luogo identificare l'obiettivo e saper distinguere un "end point hard" da un "end point surrogato o sostitutivo", che è una variabile relativamente più facile da misurare, ma è significativo solo se esprime una correlazione diretta di beneficio o di danno in termini clinici.

Per quanto attiene le analisi statistiche, talora complesse, si tenga presente almeno la distinzione tra rischio relativo e rischio assoluto: il rischio relativo è espresso dalla percentuale di eventi nel gruppo controllo meno la percentuale di eventi nel gruppo di trattamento diviso la percentuale di eventi nel gruppo controllo, mentre il rischio assoluto è rappresentato dalla percentuale di eventi nel gruppo controllo meno la percentuale di eventi nel gruppo trattato: il valore di riduzione del rischio relativo esprime valori percentuali maggiori e pertanto tende ad essere enfatizzato rispetto alla riduzione del rischio assoluto che tuttavia è più importante in quanto permette il calcolo del NNT (numero di Pazienti da trattare per risparmiare un evento - $number\ needed\ to\ treat = 1/riduzione\ del\ rischio\ assoluto$).

Questi dati comunque vanno sempre accompagnati dalla indicazione dell'intervallo di confidenza che quantifica l'incertezza della misurazione e rappresenta l'intervallo dei valori entro cui si può essere sicuri al 95% che si trovi un valore vero per l'intera popolazione.

La EBM, attraverso la proposta di una rigorosa metodologia circa la ricerca delle prove di efficacia e della loro pesatura non poteva non intercettare il problema delle linee guida che ne rappresentano quasi un derivato. Le linee guida possono essere classificate tra gli studi secondari, quegli studi cioè volti a riassumere gli studi primari e possono essere definite come "asserzioni poste in modo ordinato che coadiuvano il medico nel decidere la terapia appropriata in una determinata circostanza" (Field MJ, 1990). Si tratta di raccomandazioni cliniche espresse secondo un "grading" che si fonda sul livello delle evidenze disponibili, tanto più vincolanti quanto maggiore è la loro "forza", ma da cui il Medico si può comunque discostare in modo motivato.

Le linee guida hanno certamente un impatto clinico, medico-legale ed anche gestionale, non tanto perché da esse ci si debba aspettare un risparmio sul piano economico, ma in quanto possono essere di aiuto per una migliore e motivata allocazione delle risorse.

Proprio l'insieme di questi aspetti ha favorito entusiasmi e perplessità circa le linee guida che comunque sono andate proliferando in modo tale da rendersi opportuna una verifica circa la qualità

metodologica con cui sono costruite; ne è scaturito un "Manuale Metodologico: come produrre difendere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica" elaborato nel contesto del Programma nazionale per le Linee Guida (PNLG - www.pnlq.com) a cura dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali: copia di tale manuale, adottato peraltro dalla Regione Toscana in sede di Piano Sanitario Regionale, è stata distribuita ai partecipanti alla XII Settimana della Cultura Scientifica.

Dino Vanni

Definiti la filosofia ed i principi dell'EBM, la terza giornata³ si è focalizzata sulle applicazioni cliniche dell'EBM con l'obiettivo di presentare gli strumenti metodologici sui quali si basano le decisioni diagnostiche e terapeutiche.

La patologia cardiovascolare, prima causa di morte e invalidità, è stata oggetto di estesi studi di farmaco-economia basati sulla metodologia dell'EBM. Sulla base delle evidenze scientifiche oggi disponibili (metanalisi, studi clinici randomizzati e di popolazione, linee guida per il trattamento delle iperlipoproteinemie) il trattamento con «statine» (farmaci ipocolesterolemizzanti) dei pazienti, con un alto rischio di malattia cardiovascolare di base o acquisito, permette di perseguire alcuni importanti obiettivi quali la riduzione del rischio di morbilità e mortalità cardiovascolare. Questa classe di farmaci, il cui principale effetto è la riduzione significativa dei livelli plasmatici di colesterolo LDL e trigliceridi, ha numerose azioni pleiotropiche statina-specifiche (effetto endotelio-protettivo, azione antitrombotica e aumento della resistenza delle LDL allo stress ossidativo) che ne spiegano il grande effetto preventivo. La prescrizione delle statine oltre a salvare vite umane e preservare la salute dei pazienti ha una forte ricaduta economica con un rapporto costo-beneficio estremamente favorevole. Nonostante il progressivo accumularsi di informazioni, evidenze e prove per il trattamento delle malattie cardiovascolari si osserva, con sconcerto, una bassissima adesione alle ampiamente diffuse linee guida basate sull'EBM.

Gli Studi Clinici Randomizzati (SCR) rappresentano il principale strumento di ricerca dell'EBM in grado di fornire prove ed informazioni per incidere positivamente sulla pratica medica. Gli SCR hanno contribuito fortemente ai recenti progressi della medicina. In particolare nella patologia cardiovascolare hanno dimostrato che a volte il nostro «intuito» può indurci in errore (vedi studio CAST) e che alcuni farmaci cardiovascolari possono essere considerati dei salvavita (vedi aspiri-

na, fibrinolitici, e gli ACE-inibitori per l'infarto miocardico acuto;...).

Secondo alcuni autori la traduzione delle prove scientifiche degli SCR nella pratica clinica quotidiana risulta a volte alquanto difficoltosa. Sono soggetti a critiche anche i *megatrials*, SCR controllati molto ampi e multicentrici che arruolano migliaia di pazienti. Le maggiori obiezioni ai *megatrials* sono: la difficoltà di selezionare gruppi di pazienti omogenei, la mancata analisi di importanti sottogruppi a causa della necessaria semplicità del disegno dello studio (vedi studio GISSI 1).

Nonostante alcuni limiti, gli SCR rimangono un strumento metodologico fortemente valido di cui è necessario migliorare l'applicabilità valutando l'efficacia degli interventi anche in sottogruppi di pazienti generalmente non inclusi negli SCR.

Se lo sviluppo delle tecnologie diagnostiche è oggi notevolmente avanzato, l'EBM ha avuto un impatto modesto nella pratica quotidiana della «medicina diagnostica tecnologica». A differenza di quanto accade per i farmaci, il rispetto di criteri di solida evidenza nell'uso degli esami diagnostici non è sempre adeguato.

Poiché per esame diagnostico s'intende la raccolta di informazioni con lo scopo di chiarire la diagnosi e la prognosi del paziente, ne deriva che, oltre alle caratteristiche dell'esame, deve essere sempre considerato il quesito clinico a cui l'esame deve dare un contributo o una risposta. Il reale significato di un esame deve essere valutato in relazione agli obiettivi per i quali è stato richiesto, per esempio «aumentare la certezza della presenza o assenza della malattia». Le domande a cui lo studio su un test diagnostico deve rispondere sono state di recente sintetizzate da Sackett e Haynes (*The Evidence Base of Clinical Diagnosis*, 2002, 2:19-38):

- 1) i risultati ottenuti nei pazienti sono diversi da quelli ottenuti nei soggetti sani?
- 2) i soggetti in cui sono stati ottenuti determinati risultati hanno più probabilità di essere ammalati rispetto a quelli in cui sono stati ottenuti risultati diversi?
- 3) il risultato dell'esame rileva i pazienti con una determinata malattia se eseguito in un gruppo di pazienti in cui tale malattia è sospettata?
- 4) l'*outcome* dei pazienti in cui è eseguito questo esame è migliore rispetto all'*outcome* di quelli in cui non è eseguito?

Per valutare la capacità di un esame di distinguere in modo accurato i pazienti affetti o meno da una particolare malattia, l'Evidence Based Medicine Laboratory (EBML) utilizza i «classici» concetti di sensibilità e specificità solo come mezzo per determinare il Quoziente di Probabilità ($LR=likelihood\ ratio$); l'LR, strumento cruciale dell'EBML, consente di calcolare come la probabi-

lità di una diagnosi sia modificata dal risultato di un esame (ovvero come si calcola la probabilità *post-test* a partire dalla probabilità *pre-test*). Gli strumenti dell'EBML sono importanti nella pratica in quanto permettono di valutare se un esame diagnostico può essere utile ovvero quale esame è da preferire, quando ve ne siano numerosi disponibili, per risolvere un quesito diagnostico.

Uno degli aspetti più rilevanti dell'EBML è l'introduzione di indici utilizzabili nella pratica clinica quotidiana: gli acronimi **SnNout** (quando un esame ha una sensibilità molto elevata un risultato negativo esclude la diagnosi) e **SpPin** (quando un esame ha una specificità molto elevata un risultato positivo virtualmente conferma la diagnosi) (Fleming K., *Evidence based pathology. EBM*, 1997; 2:132) e il «**Nomogramma di Fagan**» che consente di semplificare la conversione della probabilità *pre-test* in quella *post-test* (Fagan T.J., *Nomogram for Bayes theorem. N Engl J Med* 1975; 293:297).

L'EBM è stata applicata con successo negli screening oncologici. Di solito questi sono offerti per invito personalizzato alla popolazione identificata come a maggior rischio e come potenzialmente in grado di ottenere un beneficio. L'efficacia degli screening deve essere stabilita attraverso SCR; in secondo ordine da studi osservazionali di tipo descrittivo o caso-controllo. Il processo di screening può avere differenti scopi in relazione alla storia naturale della malattia e del tipo di intervento terapeutico. Per esempio, nel caso del tumore alla mammella, obiettivo dello screening è l'identificazione di forme precoci o di carcinomi *in situ* considerati aggressivi; nello screening per il cervicocarcinoma con Pap Test il risultato è l'identificazione di forme preneoplastiche o di carcinomi *in situ*. La diagnosi precoce mira a identificare forme precoci nella storia naturale della patologia oncologica e dovrebbe causare, sul lungo periodo, una riduzione dei tassi di carcinoma avanzato, cioè delle forme che vengono diagnosticate tardi nella loro storia naturale. In questo senso non deve essere confusa con la cosiddetta diagnosi tempestiva, cioè una diagnosi che riduce il ritardo diagnostico tra comparsa dei sintomi e intervento clinico. Per questo gli studi clinici randomizzati (con *endpoint* la riduzione della mortalità) sono ancora oggi considerati lo strumento di ricerca migliore per valutare l'efficacia di uno screening. Poiché i programmi di screening si rivolgono a popolazioni sane e asintomatiche, ogni proposta sanitaria a queste persone deve essere basata su inequivocabili dimostrazioni dell'efficacia (riduzione della mortalità), valutazione dei costi (umani e economici) e benefici.

Ettore Migali

Note

¹ L'iniziativa era posta sotto il patrocinio della Azienda USL8 di Arezzo, della Università degli Studi di Siena, della Regione Toscana, del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica. L'organizzazione era affidata all'Ufficio Formazione Permanente della USL8 di Arezzo (dott. C. Beoni).

L'argomento è stato articolato in tre giornate di conferenze-dibattito. La prima di esse – quella su cui mi soffermerò in queste pagine – era dedicata ai *Fondamenti di scienza della medicina nell'ambito generale delle conoscenze scientifiche*. Aveva come suo presidente L. Mariani e come moderatori S. Lepri e P. Angori. I relatori erano lo scrivente (*La filosofia della medicina e il postulato di analogia*), P. Pagli (*Sul principio d'induzione*), F. Bellissima (*Probabilità in medicina*), F. Vannozzi (*Dentro e fuori dell'aula: storia del percorso verso la razionalità scientifica*).

² In questa occasione presiedeva P. Zolo e i moderatori erano G. Casi e R. Romizi. I relatori erano lo scrivente (*Introduzione all'EBM*), A. Biggeri (*Certezze e interrogativi sulla analisi statistica degli studi clinici*), T. Di Perri, (*La lettura di un articolo scientifico*), A. Panti (*Linee guida e percorsi assistenziali*).

³ La tornata è stata presieduta da D. Angioli; i moderatori erano R. Nassi e P. Tanganelli. Si sono succedute le relazioni di F.G. Cicero Arrighi (*Esperienze di farmaco-economia: costi, efficacia dei farmaci ed abbassamento del livello di colesterolo*), E. Migali (*Dal dato analitico alla efficienza diagnostica degli esami di laboratorio*), L. Bolognese (*Evidenze cliniche nelle malattie cardiovascolari*), M. Zappa, (*Le evidenze degli screening oncologici*).

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE CON TRAUMA CRANICO E GRAVE CEREBROLESIONE ACQUISITA: DALL'OSPEDALE AL TERRITORIO REALTÀ A CONFRONTO NELLA REGIONE TOSCANA

CORSO DI AGGIORNAMENTO REGIONALE CONSENSUS CONFERENCE

LUCIA LENZI
UO RRF-NEURORIABILITAZIONE ASL8 AREZZO

Questo corso di formazione è inserito nell'ambito del progetto regionale di integrazione dei servizi consultoriali con l'Ospedale e il Distretto, nella gestione degli esiti di gravi traumi cranici.

Il progetto ha avuto una prima fase denominata « Caschiamoci » che si è svolta nelle scuole e ha coinvolto, oltre che l'Azienda, anche i genitori, le associazioni di familiari, il SERT parallelamente alla U.O. Educazione alla Salute, con l'iniziativa « Accidenti agli incidenti ».

L'inserimento dei reparti di Neuroriabilitazione per le gravi cerebrolesioni acquisite traumatiche e non (UGCA) della Regione Toscana, che svolgono la riabilitazione intensiva, nella fase subito successiva a quella della rianimazione o della neurochirurgia dei soggetti colpiti, ha voluto completare la prima parte del progetto con questo corso di formazione degli operatori dei reparti e del territorio che prendono in carico, dopo l'Ospedale, il paziente e la propria famiglia.

La seconda fase proseguirà con l'istituzione del gruppo di auto-aiuto con compiti di sensibilizzazione continua di tutti gli attori del progetto e un addestramento nelle metodologie di approccio e gestione delle gravi disabilità residue.

Il corso ha raggiunto lo scopo di realizzare un momento sia di aggiornamento che di consenso su metodologie valutative e terapeutiche, in uso ormai da molti anni nei reparti di riabilitazione addetti al trattamento delle gravi cerebrolesioni. Il mandato è stato quello di divulgazione e coesione a comportamenti già in atto nei reparti di riabilitazione delle gravi cerebrolesioni che accolgono questi pazienti.

Si è trattato di fare il punto della situazione, insieme ai Colleghi dell'Ospedale della Versilia (Area Pisana) e dell'Ospedale di Prato (Area Fiorentina), che si fanno carico nella zona di residenza, del problema dei pazienti in stato di coma protratto o Stato Vegetativo Persistente.

La metodologia di lavoro è stata quella dell'interdisciplinarietà, che contraddistingue la presa in carico del paziente e l'elaborazione del progetto e programma riabilitativo, dove è privilegiato il lavoro di equipe con il contributo delle singole competenze.

Il corso si è aperto con una tavola rotonda nella

quale ogni reparto ha portato la propria esperienza inerente la casistica svolta e le nuove metodologie diagnostiche e terapeutiche elaborate in questi anni, nate dalla osservazione di fenomeni clinici fino ad allora mai descritti, in quanto si presentavano per la prima volta, in seguito a sopravvivenze in gravi condizioni generali e secondarie alla lesione cerebrale.

E' stato necessario, negli anni crearci intorno una nuova cultura medica e infermieristica che osservava, diagnosticava e curava quadri complessi e polimorfi.

Questo lavoro non nasce all'improvviso, bensì è frutto di un forte impegno di lavoro e studio comune con tutto l'Ospedale e le strutture territoriali per poter dare una risposta seria e corretta in termini di diagnosi e terapia medico-riabilitativa.

La maggioranza dei nostri pazienti sono tornati a una vita normale, altri purtroppo hanno avuto un'evoluzione sfavorevole, cioè si sono stabilizzati nei gravi stati di sopravvivenza secondari al coma o SVP.

Si aprono quindi problemi etici e assistenziali di questi pazienti, che purtroppo sono oggetto di speculazioni e dei falsi miti dei « risvegli », possibili in realtà, solo laddove lo consente l'entità del danno anatomico.

Sono intervenute Autorità e Associazioni di familiari con contributi operativi e scambio di opinioni. Da ogni parte si è convenuto che in ogni zona venga garantita la necessaria assistenza riabilitativa evitando la formula del Centro isolato e lontano dal territorio di residenza, pena il fallimento del processo riabilitativo.

La seconda giornata, di integrazione ospedale-territorio nella gestione degli esiti dei gravi traumi encefalici, è stata dedicata alle metodologie in uso e di esperienze sia ospedaliere che territoriali con la partecipazione dei medici di medicina generale, di distretto e del servizio sociale.

Sono stati esaminati nuovi modelli organizzativi come la commissione per le gravi cerebrolesioni acquisite e il nucleo coma.

Sono scaturite le seguenti linee di comportamento organizzativo generale:

1. Il reparto post-intensivo di Neuroriabilitazione per le gravi cerebrolesioni acquisite traumatiche e non, cod 75 (Unità delle gravi cerebrolesioni acquisite), prende in carico pazienti con grave disabilità multiple e complesse secondarie a lesione cerebrale e in stato di coma con GCS ≤ 8

2. Attiva in ogni sede la Commissione prevista dal PSR 1999-2002
3. Attiva, in fase precoce, l'accesso in reparto del:
 - medico di base
 - medico di distretto
 - assistente sociale
 - infermiere di distretto
4. Formula:
 - il progetto /programma riabilitativi
 - il piano assistenziale
5. Organizza le dimissioni a domicilio o presso il nucleo coma (detto anche Unità di risveglio, Casa di risveglio, RSA dedicata), laddove le gravi condizioni di disabilità e la carenza familiare, rendono impossibile il reinserimento sociale
- 6 Il personale del reparto di neuroriabilitazione e i componenti della commissione svolgono anche attività e prestazioni territoriali, extraospedaliere nei confronti di questi pazienti
7. La Commissione svolge una funzione di monitoraggio della casistica esistente.

Il Corso si conclude con la formulazione di tre punti centrali che sono:

- A Precoce segnalazione del caso dall'area di emergenza.
- B Trasferimento precoce nel reparto di Neuroriabilitazione.
- C Organizzazione della rete assistenziale nel territorio per le situazioni cronicizzate.

IL SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO UNA RISORSA DELLA COLLETTIVITÀ. IL CONTRIBUTO DELLA MEDICINA GENERALE ALLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA ED ALLA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE

Arezzo 01.02.03

Luigi Triggiano
Segretario provinciale della Federazione Italiana dei Medici
di Medicina Generale

Diverse sono le iniziative intraprese dalla Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, sia a livello nazionale che locale per la difesa ed il rilancio del Servizio Sanitario Nazionale.

Ma quale Servizio sanitario pubblico auspicano i medici di Medicina Generale e per il quale sono disposti a spendere la propria vita professionale?

Certamente un Servizio Sanitario capace di:

- prendersi cura, in maniera unitaria e attraverso tutte le proprie componenti, dei bisogni di salute dei cittadini in ogni circostanza della loro vita individuale e sociale; di garantire un accesso alle cure equo ed universalistico ed una continuità delle stesse sia nella fase territoriale dell'assistenza che in quella specialistica ed ospedaliera.
- Capace di perseguire obiettivi di salute definibili e misurabili, sia in campo preventivo che terapeutico e riabilitativo, attraverso la doverosa implementazione di un efficace sistema informativo e la costruzione di percorsi assistenziali condivisi, validati e soggetti a revisione continua fra le componenti professionali operanti nelle singole aziende, responsabili della salute del paziente.
- Capace di valorizzare i propri operatori, sia dipendenti che convenzionati, promuovendo politiche di organizzazione del lavoro che ne favoriscano la comunicazione ed il confronto; informandoli, coinvolgendoli e responsabilizzandoli in varia misura nella gestione del Servizio. Tutto questo allo scopo di sviluppare e mantenere una linea di impresa ispirata ad una cultura unitaria della salute.
- Capace di indirizzare le aziende, proprio perché operanti con un "vincolo" di bilancio, a dotarsi sempre più e meglio di strumenti di programmazione e controllo dei risultati per il raggiungimento di obiettivi di salute possibili, dichiarati e condivisi.

In questi ultimi anni l'assetto della Medicina Generale sul territorio aretino sta subendo un profondo cambiamento nel campo dell'organizzazione e dell'assistenza, così come della formazione e

della ricerca. Diversi sono già gli esempi concreti di quel tangibile e vivace substrato professionale ed operativo che in questi anni, anche sotto la spinta della Medicina Generale, si è venuto a sviluppare nel complesso dei servizi territoriali.

Tra le altre l'esperienza di alcune forme associative di gruppo e delle cooperative e le equipe di Civitella della Chiana e di Castelfranco Piandiscò rappresentano concreti esempi aretini di modelli organizzativi innovativi della sanità territoriale. Queste ultime anticipatrici di quel modello di equipe territoriale prospettato dalla convenzione nazionale e dall'attuale Piano sanitario regionale, dove convergono tutti i fattori produttivi del territorio (strumentali, professionali e di processo) e dove, puntando alla qualità ed efficienza delle prestazioni solo attraverso comportamenti professionali, viene abbattuta ogni forma superflua di intermediazione burocratica. Un modello, quello delle équipes territoriali che, pur nelle sue possibili forme di flessibilità, interpella anche le ASL ed i Comuni per la predisposizione, nei piani di ristrutturazione urbanistica e nella valorizzazione dell'edilizia pubblica, di spazi di fruibilità per essere accolto e offerto alla popolazione, con il coordinamento della Medicina Generale.

Ma quali sono i significati più profondi del cambiamento in atto nella Medicina Generale e che reclamano, tra l'altro, un nuovo modo di governare il processo di cura delle malattie, dove al doveroso, e non secondario, perseguimento della qualità è necessario far corrispondere un sistema delle cure più efficiente?

Tre sono i capisaldi del processo in corso:

1. Il passaggio da una medicina di attesa, fondata fino a ieri solo sull'incontro occasionale tra paziente e medico di famiglia, ad una medicina di iniziativa; dove il medico garantisce al proprio assistito, avvalendosi di qualificati e moderni strumenti professionali, una tutela complessiva della propria salute fondata sulla prevenzione, la risposta alle malattie acute e l'assistenza continuativa per il controllo della malattia cronica; accompagnandolo nel percorso assistenziale, che lui stesso ha contribuito a delineare e condividere con le componenti specialistiche e, all'occorrenza sociali, e programmando la cadenza dei controlli.
2. La promozione di un modo di curare che, perseguendo un filo logico comune, un unico modello culturale e professionale, tiene conto

delle altre professionalità e garantisce al cittadino sia un approccio multiprofessionale e multidisciplinare ai suoi problemi, sotto la guida del proprio medico di famiglia, sia la continuità delle cure.

3. L'assistenza domiciliare nelle sue varie forme (Assistenza domiciliare programmata e integrata, RSA e Ospedale di Comunità) diffusa su tutto il territorio, anche alternativa alla ospedalizzazione.

La Medicina Generale, partendo dalla sempre maggiore identificazione di molti bisogni sanitari, correlati a momenti di bisogno e/o di disagio sociale (basti pensare ai rischi ambientali e lavorativi, alla qualità delle relazioni familiari e sociali, alla paura di ammalarsi, alla solitudine, ai bisogni di adattamento alle malattie croniche ed alla disabilità, al controllo del dolore, alla preparazione di fronte alla morte), recepisce e reclama l'esigenza di addivenire nelle aziende sanitarie ad una seria programmazione dei percorsi assistenziali con le componenti specialistiche ed alla integrazione delle prestazioni e dei professionisti del sociale con quelle più tipicamente sanitari al fine di integrare e ottimizzare le attività per non sovrapporre vanamente le azioni professionali e le risorse nei vari ambiti di intervento.

Il passaggio da un medico isolato nel suo studio, (spesso in competizione forzata con i colleghi, vecchio retaggio di una cultura imposta in passato ai medici ed ai cittadini, di cui ancora rimangono evidenti tracce), all'associazionismo, con le medicine di gruppo e le cooperative mediche, ed al collegamento funzionale o strutturato in equipe territoriali integrate, costituisce l'equivalente sul piano organizzativo del processo di cambiamento e sviluppo della medicina territoriale, in corso nella nostra provincia e nella nostra Regione.

Di fronte alla limitatezza delle risorse ed ai vincoli di bilancio che oggi mettono alla prova la tenuta del nostro servizio sanitario, i medici di famiglia non si limitano a diagnosticare difficoltà ma individuano concretamente i rimedi di cui il servizio ha bisogno nelle seguenti priorità:

1. **La necessità di raggiungere un governo dell'azienda fondato su un modello di *programmazione e controllo* che permetta una gestione dei servizi ospedalieri e del distretto fondata su un budget negoziato su obiettivi di salute e di percorsi assistenziali condivisi ed integrati** e non negoziato sui singoli interessi come oggi prevalentemente avviene. Un governo della azienda e delle aziende (vedi area vasta) che deve misurarsi sulla capacità di valorizzare le proprie risorse e per metterle

anche al servizio l'una per le altre.

2. **Spostare alcune attività assistenziali dal livello ospedaliero (a più alto costo) al livello territoriale (a minor costo)** potenziando la rete dei professionisti e dei servizi territoriali e la domiciliarietà sotto il controllo del territorio. Le attività di day surgery, day hospital ed ambulatoriali ospedaliere devono essere sostenute da una forte integrazione con il territorio.
3. **Perfezionare la continuità assistenziale del territorio, intesa come capacità organizzativa e professionale dell'assistenza primaria (medici di famiglia, pediatri, medici di continuità, assistenti sociali, infermieri, terapisti della riabilitazione) attraverso la costituzione funzionale o strutturata di équipes territoriali (con bacino di utenza di 8 - 15 mila cittadini) che permetta agli operatori di coordinarsi tra loro ed integrare le risorse al fine di dare in modo tempestivo efficiente ed efficace le risposte ai cittadini.**
4. Applicare il concetto di appropriatezza non solo sulle prestazioni diagnostiche e sulle cure farmaceutiche ma anche alle *liste di attesa*. A queste ultime infatti non si deve rispondere aumentando solo il numero di prestazioni, che spesso finisce per creare ulteriore domanda impropria, aumentandone i costi e lasciando alla fine invariati i tempi stessi. **I tempi di attesa delle prestazioni vanno invece adeguati alle reali esigenze cliniche del paziente**, sulla base di linee guida condivise tra medici richiedenti e medici erogatori delle prestazioni stesse.
5. **Riqualificare la domanda anche attraverso la formazione della popolazione ad esprimere una domanda appropriata, da perseguire fin dall'età scolare ed in tutte le sedi possibili.**
6. **Riqualificare l'offerta non solo in termini di cure mediche appropriate ma offrendo una capacità di accoglienza ed un trattamento più adeguato alla condizione di malato della persona.** In altri termini è necessario che gli operatori, in qualsiasi ambito del servizio sanitario, non si limitino a curare ma a prendersi cura della persona attraverso un sistema di relazioni efficace ed unitario fra loro e con il paziente.
7. **Predisporre strumenti appropriati, attraverso la convenzione e gli accordi perché la Medicina Generale possa esercitare, in maniera preventiva e responsabile il proprio contributo per ciò che riguarda gli obiettivi di cura, la programmazione e la gestione delle risorse.** Ciò che i nostri pazienti ci chiedono e che noi chiediamo per loro non può essere così distante e così diverso da ciò che i gestori delle aziende sanitarie ci chiedono, pur nell'ovvia diversità dei compiti e dei ruoli.

Per rendere plausibile e concreto quanto appena esposto, in sintonia con quanto auspicato dal PSR per il nuovo Distretto o per La Società della Salute, indichiamo la necessità, in ambito di Regolamento Aziendale, di istituire sia a livello aziendale che in ogni Distretto **Uffici di programmazione e monitoraggio delle attività territoriali**, dettagliandone concretamente le possibili competenze:

Essi dovranno sovrintendere tutte le attività territoriali inerenti la Medicina Generale, nonché le attività intersettoriali cui partecipa la Medicina Generale definite dagli accordi e dalle deliberazioni regionali e aziendali.

In particolare:

1. *Attività di formazione, informazione e revisione fra pari dei medici di M.G.*
2. *Prestazioni aggiuntive dei medici di M.G. comprese quelle informatiche di ricerca epidemiologica, statistica e di economia sanitaria.*
3. *Servizi di supporto alle attività dei medici di M.G. di tipo strutturale, strumentale e di personale.*
4. *Produzione, monitoraggio, valutazione e revisione di linee guida diagnostiche terapeutiche e di percorso condivise, a livello distrettuale e/o provinciale. Organizzazione di Conferenze di Consenso a livello distrettuale*
5. *Potenziamento delle attività distrettuali di Assistenza Domiciliare, presso le RSA, e l'Ospedale di Comunità*
6. *Supervisione ed organizzazione delle attività di Continuità Assistenziale*
7. *Progetti inerenti la razionalizzazione dei modelli organizzativi del lavoro, dei percorsi assistenziali e della spesa .*
8. *Sviluppo delle forme associative e delle équipes territoriali funzionali e/o integrate.*
9. *Sviluppo e potenziamento degli standard informatici dei medici di M.G*
10. *Programmazione e sviluppo dei percorsi assistenziali, delle attività integrate ospedale - territorio e della comunicazione con il cittadino utente, tra primo e secondo livello delle cure, e con i servizi sociali.*
11. *Attività di prevenzione primaria e secondaria, partecipazione a screening oncologici e di prevenzione del rischio cardio - vascolare e del disagio psichico. Attività di educazione alla salute umana ed ambientale.*
12. *Progetti obiettivo nazionali, regionali e aziendali*

-Questo permetterà correttamente ad ogni Distretto di concorrere, anche con l'apporto specifico della MG, alla definizione di Budget aziendali riguardanti l'area delle cure primarie attraverso la definizione di obiettivi di salute secondo un metodo di programmazione e controllo concreto e serio.

In conclusione possiamo affermare che la partecipazione alle scelte in questo delicato momento della sanità esige per noi operatori, così come per i cittadini e per i vari soggetti istituzionali il passaggio sempre più esplicito e convinto da una posizione individuale e di parte, ad una posizione comunitaria, attraverso la quale scambiare osservazioni, raccogliere e offrire contributi per perseguire insieme, sia dal punto di vista organizzativo che professionale, obiettivi di salute.

E' nel Distretto e spesso nei diversi Comuni che lo compongono, dove risiedono i cittadini, che oggi i dei Medici di Famiglia possono concorrere a svolgere questo compito secondo due specifiche modalità:

- Attraverso il distretto ed il relativo processo di budgeting per perseguire concreti obiettivi di salute ai quali debbono essere finalizzati gli accordi Regionali e Aziendali.
- **All'esterno dell'azienda** nel dialogo con le comunità e le istituzioni.

Infatti non tutte le risposte in fatto di salute dipendono dalla programmazione sanitaria.

Esse richiedono momenti decisionali, consensi e risorse da parte delle istituzioni ai vari livelli. A nostro avviso non saranno il distretto e l'ospedale a risolvere tutti i problemi di salute sociali e sanitari, pur tuttavia è comunque a livello territoriale e nella nostra vita di persone e di comunità che essi dovranno trovare sintesi e soluzione.

DIRANNO:

CONVEGNO NAZIONALE:

**Arbitro di calcio: la salute psicofisica è in campo
Arezzo, 8 settembre 2003**

Si svolgerà l'8 settembre 2003 alle ore 18, presso la sala convegni della Sezione Provinciale di Arezzo dell'AIA (Associazione Italiana Arbitri, Stadio Comunale in viale Gramsci ,ad Arezzo ,il Convegno Nazionale su "Arbitro di calcio: la salute psicofisica è in campo".

La professoressa Antonietta Marchi, dell'Università di Pavia, presenterà i risultati di una ricerca realizzata dalla propria equipe, che è una delle prime svolte a livello internazionale.

Il convegno ha avuto il patrocinio della Società Italiana di Pediatria e della Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza.

Per informazioni:

Associazione Italiana Arbitri
Sezione Provinciale di Arezzo:

sito internet:
<http://www.aiaarezzo.it>

indirizzo e-mail:
arezzo@aia-figc.it

IMMIGRATI: SALUTE E ACCESSO AI SERVIZI SANITARI IN PROVINCIA DI AREZZO

Giuseppe Cirinei – Ucodep - Sezione immigrazione dell'osservatorio provinciale sulle politiche sociali della Provincia di Arezzo

Sandra Bartolucci – Az. USL 8 - Sezione immigrazione dell'osservatorio provinciale sulle politiche sociali della Provincia di Arezzo

Riassunto

I servizi sanitari e gli operatori si trovano a far fronte a problemi di adeguamento culturale e organizzativo posti dalla crescente presenza di pazienti stranieri.

La conoscenza del fenomeno, degli aspetti legati alle principali patologie e all'utilizzo delle strutture sanitarie, è un elemento fondamentale per tale adeguamento.

L'Osservatorio provinciale sulle politiche sociali della Provincia di Arezzo, ha avviato un monitoraggio costante delle principali problematiche riguardanti la popolazione immigrata, tra cui quelle sanitarie.

Nell'articolo vengono riportati i principali dati di tale monitoraggio, presentati al corso di aggiornamento dei medici di medicina generale della zona aretina, organizzato dalla FIMMG nel marzo 2003.

Parole chiave

Straniero

Immigrato

Salute

Accesso ai servizi sanitari

Mediazione culturale

La presenza, ormai significativa, di cittadini stranieri che si radicano nella nostra realtà, generalmente per motivi di lavoro, pone la necessità di un ripensamento e di un adattamento da parte di tutti i servizi pubblici o privati e di tutte le strutture operanti a vario titolo nel territorio.

A questa esigenza non sfuggono i servizi sanitari; anzi, essi sono, per la loro natura e per le problematiche che affrontano, tra quelli a più alto impatto dal punto di vista organizzativo, da quello tecnico - scientifico, e da quello culturale.

La questione riguarda sia le strutture intese come complessi organizzati, sia i singoli operatori sanitari.

D'altra parte è fuori discussione, e la legge lo ha ormai stabilmente sanzionato, il diritto di tutte le persone, italiane o straniere, presenti regolarmente o irregolarmente nel nostro territorio, ad usufruire dell'accesso e delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale; ciò, come è noto, si concretizza nella iscrizione all'anagrafe assistiti, e conseguente scelta del medico di fiducia, per i presenti regolari, nell'accesso alle cure ospedaliere e ambulatoriali urgenti, o comunque essenziali, anche se continuative, per gli irregolari. Per tutti è garantito l'accesso ai programmi di medicina preventiva con particolare riguardo alla tutela della gravidanza e maternità, alla salute dei minori, alle

vaccinazioni, agli interventi di profilassi internazionale, alla profilassi e cura delle malattie infettive.

Affinché tale diritto sia realmente operante, è però necessario che siano superate le barriere tuttora esistenti di conoscenza, di comprensione e di comunicazione tra operatore e servizio da una parte e cittadino/paziente straniero dall'altra.

La questione è rilevante e richiede l'impegno di molti soggetti:

- la "conoscenza": è il passaggio iniziale e fondamentale per avviare qualunque iniziativa di adeguamento delle strutture sanitarie presenti nel nostro territorio. La conoscenza che serve è quella relativa all'andamento dei fenomeni migratori in generale e agli aspetti legati alla salute della popolazione straniera. Nella provincia di Arezzo, su questo aspetto è in corso un'esperienza pluriennale significativa a livello regionale e anche nazionale: all'interno dell'Osservatorio sulle politiche sociali, l'Amministrazione Provinciale di Arezzo, attraverso Ucodep, organizzazione non governativa aretina, e in collaborazione con la Università di Siena, ha istituito una "sezione" immigrazione che monitora costantemente il fenomeno migratorio nella nostra provincia secondo vari aspetti, tra cui quello dell'accesso alle prestazioni sanitarie.

- la "comprensione": si tratta di capire e comprendere il fenomeno migratorio, interpretare correttamente le domande che gli stranieri pongono ai servizi locali, ma anche, in fondo, di "capirsi" e "comprendersi" tra operatori (medici, infermieri, tecnici, amministrativi) e utenti, portatori di informazioni, tradizioni, culture differenti. Gli strumenti possibili sono i servizi di "mediazione culturale" che l'Azienda USL 8 ha attivato, attraverso Ucodep e con il contributo della Provincia, e l'aggiornamento professionale degli operatori, per il quale sono in corso di programmazione e di realizzazione alcune iniziative; in particolare la FIMMG ha realizzato una giornata sul tema "immigrati e salute" per i medici di medicina generale della zona aretina, durante la quale sono stati presentati i dati riportati in questo articolo.

- la "comunicazione": completa e si integra con i due punti precedenti e si concretizza nella messa in atto di strumenti adatti (per la lingua ma anche per il "linguaggio" e la cultura che sottendono) per la circolazione delle

informazioni e per la comprensione, soprattutto da parte dell'utente, delle norme e dell'organizzazione dei servizi sanitari, dei problemi sanitari rilevanti legati al lavoro o all'ambiente, delle possibilità di prevenzione in atto e di tutto ciò che è necessario per poter correttamente ed efficacemente tutelare la propria salute.

Il verificarsi di questi tre atteggiamenti positivi richiede una certa dose di "umiltà" alla struttura sanitaria con due consapevolezza: che stiamo affrontando un fenomeno per noi nuovo e che, anche in tema di salute, possono esserci approcci e punti di vista culturalmente diversi con i quali ci si può confrontare.

I dati della situazione ad Arezzo

1 - L'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

Nella provincia di Arezzo, il livello di iscrizione al S.S.N. degli stranieri presenti regolarmente è elevato. Lo si deduce dal confronto tra i dati delle anagrafi comunali e gli iscritti all'anagrafe assistiti dell'USL 8 (tabella 1): lo scarto è sceso e si è stabilizzato sul 7 % in meno. Alcune indagini condotte in altre realtà nazionali hanno dato scarti fino al 30 %.

Alla fine del 2002, quindi, 15.297 stranieri erano iscritti al S.S.N. nella nostra provincia e avevano effettuato la scelta del medico di fiducia.

La tabella 2 mostra la distribuzione degli iscritti secondo le zone socio-sanitarie della provincia: come è ovvio la maggior quantità di iscritti è nella zona di Arezzo ma, la concentrazione di stranieri (rapporto tra stranieri e assistiti in totale) è abbastanza disomogenea facendo prevedere un impatto differente nelle strutture sanitarie territoriali. Da questo punto di vista la zona più interessata alla presenza di stranieri appare il Casentino seguito dalla zona Aretina e dalla Val di Chiana; evidentemente in questa distribuzione giocano vari fattori di tipo lavorativo, amicale, di facilità a reperire abitazioni, e altro.

Ma le zone presentano disomogeneità anche per area di provenienza degli stranieri iscritti in anagrafe assistiti.

La tabella 3 riporta, per ciascuna zona, le prime tre provenienze, per numero di presenti in percentuale sul totale degli stranieri iscritti.

Si può mettere in evidenza l'alta concentrazione di provenienti dall'Est-Europa in Casentino (un esame più approfondito mostra che si tratta prevalentemente di rumeni), e una maggior presenza di africani (Nord Africa) in Val di Chiana e Val Tiberina, probabilmente legata ad attività lavorative specifiche (agricoltura)

2 - L'impatto sui servizi di base; la percezione dei medici di medicina generale.

I 15.000 e oltre iscritti stranieri nell'anagrafe assistiti costituiscono il riferimento per valutare i pro-

blemi cui devono far fronte i servizi di base nelle diverse zone.

Naturalmente, per una valutazione corretta, occorre tener conto di caratteristiche importanti di questa popolazione, tra cui:

- la tendenza che ormai si sta registrando allo stabilizzarsi nel territorio;
- la conseguente tendenza alla riunificazione delle famiglie;
- la costituzione, quindi, di nuclei familiari completi con l'incremento della presenza di donne e figli;
- l'alta natalità rispetto alla popolazione italiana con la conseguente ricaduta sui servizi legati alla gravidanza e alla neonatalità;
- la profonda differenza nella struttura per età della popolazione straniera rispetto alla popolazione italiana;
- le condizioni di disagio abitativo in cui spesso vivono gli immigrati, soprattutto nella prima fase della loro presenza, che può determinare situazioni di rischio igienico sanitario rilevante;
- le situazioni lavorative spesso precarie, a volte pericolose, quasi sempre disagiate, cui gli immigrati sono sottoposti e che determinano rischi rilevanti di tipo lavorativo.

Tutto ciò delinea già un primo profilo della domanda sanitaria che può giungere al servizio da parte della popolazione immigrata.

Indubbiamente i medici di medicina generale sostengono buona parte dell'impatto che la presenza di immigrati nel nostro territorio determina sul servizio sanitario.

Per avere una prima idea dei problemi che si incontrano a questo livello è stato distribuito ai medici di medicina generale della zona Aretina un questionario sulla loro "percezione" del rapporto con il paziente immigrato. Sono stati distribuiti 100 questionari e ad oggi ne sono stati recuperati 54. Nella tabella 4 sono riportate le risposte ottenute

4 - I ricoveri ospedalieri

Le informazioni più precise sul ricorso alle prestazioni sanitarie e sulle relative patologie, si possono ottenere principalmente per ciò che riguarda i ricoveri ospedalieri. In questo caso, infatti, le schede di dimissione ospedaliera (SDO) costituiscono un flusso informativo affidabile.

Considerando complessivamente le strutture ospedaliere della provincia, i ricoveri di cittadini stranieri sono passati, dal 1999 al 2002 da 1.848 (il 3,1% di tutti i ricoveri) a 2.774 (il 4,5%). In Toscana, nel 2000, i ricoveri di stranieri erano il 3,3% mentre in Italia, sempre nel 2000, il 2,2% e in provincia di Arezzo il 3,5%.

L'informazione più interessante è relativa alle cause di ricovero.

Le tabelle 5 e 6 riportano questo dato distintamente per i maschi e per le femmine.

La tipologia del ricovero è, come si vede, comple-

tamente diversa da quella dei cittadini italiani che presentano, come è noto, ai primi posti, come cause di ricovero, un altro tipo di patologie: malattie del sistema circolatorio, tumori, malattie del sistema nervoso e organi dei sensi, ecc.

Il confronto fatto tra ricoveri di cittadini stranieri residenti in provincia e cittadini italiani con il sistema dei tassi di ricovero troncati (a 49 anni di età) e standardizzati per l'età, mostra valori superiori per gli stranieri, con significatività statistica, per **traumatismi e avvelenamenti, malattie dell'apparato respiratorio e malattie dell'apparato digerente** nel caso dei maschi, e per **gravidanza, parto e relative complicazioni, malattie dell'apparato digerente e malattie dell'apparato genito urinario** nel caso delle femmine.

Questo dato corrisponde alle prime tre cause di ricovero riscontrate a livello nazionale, nell'anno 2000, per cittadini stranieri maschi e femmine.

Ciò significa che, almeno per queste cause, il maggior ricorso al ricovero da parte della popolazione straniera, non è effetto della diversa componente dell'età, ma ha motivazioni più legate a condizioni specifiche di vita e di salute di tale popolazione.

5 - Le interruzioni volontarie di gravidanza e l'assistenza in gravidanza: due problemi specifici.

Le **interruzioni di gravidanza** costituiscono un aspetto particolare all'interno della problematica sanitaria delle donne immigrate.

La tabella 7 riporta i dati relativi alle interruzioni (IVG) effettuate negli ospedali della provincia.

Si rileva in maniera evidente l'entità del fenomeno che, per le implicazioni sanitarie e sociali che ha, rimanda alla necessità di mettere in atto risposte adeguate da parte della struttura socio-sanitaria. L'importanza di monitorare questo fenomeno, così come di dare risposte adeguate, è confermata dai dati nazionali: il 56% dei ricoveri in Day Hospital di donne straniere non residenti e il 27 % delle straniere residenti è per IVG; per le donne italiane questo dato costituisce meno del 4% dei ricoveri (fonte: Ministero Sanità). Il "tasso di abortività", cioè il numero di IVG effettuate ogni 1.000 donne della fascia d'età tra 18 e 49 anni, è di 28,7‰ nelle straniere contro il 9 ‰ delle italiane (fonte ISTAT '98).

I servizi di assistenza e tutela della gravidanza si trovano anche coinvolti in un ulteriore serio aspetto di "**sottoesposizione assistenziale**" delle donne straniere rispetto alle italiane, evidenziata già nel 1999 dall'Istituto Superiore di Sanità: a livello nazionale, dopo il primo trimestre di gravidanza, il 42,5% delle straniere non ha effettuato alcun controllo, le italiane nella stessa condizione sono il 10,7%; la media delle ecografie effettuate durante la gravidanza è di 4,8 a testa per le italiane mentre scende a 1,7 per le straniere; l'8% delle straniere,

al termine della gravidanza, non ha effettuato alcun controllo.

E' evidente che in tutto ciò si sommano problemi di varia natura, da quelli di tipo culturale e/o religioso a quelli relativi alla difficoltà di accesso ai servizi, alla ignoranza e disinformazione. La "sottoesposizione assistenziale" si riscontra anche nella provincia di Arezzo: il numero medio di visite effettuate durante la gravidanza è di 6,8 per le italiane, contro 5,7 per le straniere: questa differenza risulta statisticamente significativa.

Altre ricerche realizzate nel Lazio, in Piemonte e in Emilia, hanno individuato, per tutti i gruppi etnici esaminati, una maggior incidenza del **basso peso alla nascita** (sotto i 2,5 kg) tra le donne straniere rispetto alle italiane.

Questo fatto appare confermato anche per i nati negli ospedali della provincia di Arezzo, dove nel 2002 sono nati 2.525 bambini di cui 2.123 da madre italiana e 402 da madre straniera.

La tabella 8 riporta l'incidenza del basso peso alla nascita nei due gruppi.

BIBLIOGRAFIA

¹ Il paziente immigrato: monografia in Salute e Territorio, n. 106, gennaio - febbraio 1998

² Maternità e immigrazione: monografia in Salute e Territorio, n. 126, maggio - giugno 2001.

³ Salvatore Geraci (a cura di): Immigrazione e salute: un diritto di carta ?; Caritas diocesana di Roma; edito da Anterem, Roma, 1996.

⁴ Carmen Caputi, Franca Capotosto (a cura di): La salute della donna e del bambino in una società multietnica; atti corso di formazione; Agefor, USL di Modena, 2000

⁵ Maurizio Marceca: La salute; in: Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia; Il Mulino, 2000.

⁶ Ministero della Sanità: Rapporto sul ricorso all'assistenza ospedaliera dei cittadini stranieri presenti in Italia; anno 2000.

⁷ Lorenzo Luatti, Marco La Mastra: L'immigrazione straniera in Provincia di Arezzo; Ucodep e Amministrazione provinciale di Arezzo, 2001

⁸ Caritas: Immigrazione, rapporto statistico 2002; Anterem, 2002

I dati riportati in questo articolo sono contenuti in: Osservatorio sulle politiche sociali della Provincia di Arezzo: salute degli immigrati e ricorso alle strutture sanitarie, rapporto 2002; in corso di pubblicazione da parte di Amministrazione Provinciale, Ucodep e Università di Siena.

TABELLE

Tab. 1 - Presenze di stranieri in provincia di Arezzo secondo diversi archivi

Anno	Anagrafi comunali (totale provinciale)	Anagrafe assistiti USL 8	Permessi di soggiorno rilasciati (questura)	Differenza % tra dati Anagrafi comunali e assistiti USL
1997	6.557	4.694	6.195	28%
1998	7.936	non disponibile	6.304	
1999	9.624	8.922	8.161	7,30%
2000	11.631	10.874	9.787	6,50%
2001	13.283	12.358	10.161	7%
2002	non disponibile	15.297	non disponibile	

Tab. 2 - Iscritti stranieri all'anagrafe degli assistiti USL 8, per zona socio-sanitaria (31/12/2002)

	Stranieri assistiti	Popolazione assistita	%
Casentino	2.318	36.142	6,4%
Val Tiberina	1.171	31.683	3,7%
Val di Chiana	2.121	48.252	4,4%
Aretina	6.477	125.599	5,2%
Val d'Arno	3.210	90.772	3,5%
Totale	15.297	332.448	4,6%

Tab. 3 - Aree di provenienza principali per gli iscritti in anagrafe assistiti, per zona.

AREA ARETINA		CASENTINO		VAL DI CHIANA	
Provenienza	per cento sul totale stranieri	Provenienza	per cento sul totale stranieri	Provenienza	per cento sul totale stranieri
Est Europa	46%	Est Europa	65%	Est Europa	59%
Asia	26%	Asia	16%	Africa	21%
Africa	13%	Africa	9%	Asia	5%

VAL TIBERINA		VAL D'ARNO		TOTALE PROVINCIA	
Provenienza	per cento sul totale stranieri	Provenienza	per cento sul totale stranieri	Provenienza	per cento sul totale stranieri
Est Europa	54%	Est Europa	58%	Est Europa	54%
Africa	22%	Africa	10%	Asia	18%
Asia	7%	Asia	8%	Africa	13%

Tab. 4 - Risposte dei medici di medicina generale al questionario - zona di Arezzo

Questionari distribuiti	100
Questionari recuperati	54
RISPOSTE DEI MEDICI	
Hanno avuto difficoltà di rapporto con i loro assistiti stranieri:	
- per la lingua	25
- per un diverso approccio culturale alla malattia e alla medicina	7
- per un diverso approccio culturale all'uso dei farmaci	6
- per un diverso approccio culturale nei rapporti uomo/donna	13
Riscontrano, tra i propri assistiti stranieri, patologie prevalenti:	
- infezioni delle vie aeree, patologie gastroenteriche, scabbia, TBC, patologie dermatologiche.	35
Ritengono necessario approfondire le proprie conoscenze su:	
- aspetti generali relativi alle differenti culture:	17
- aspetti relativi ai differenti approcci alla salute	26
- aspetti relativi al trattamento di particolari patologie	30

Tab. 5 - Ricoveri di cittadini stranieri nella Provincia di Arezzo anni 2001-2002 (cumulati) - escluso il nido

descrizione cause	Dati	
	numero	%
MASCHI		
Traumatismi e avvelenamenti	330	19,86%
Malattie apparato digerente	230	13,84%
Malattie apparato respiratorio	199	11,97%
Malattie apparato genitourinario	126	7,58%
Malattie sistema circolatorio	111	6,68%
Malattie infettive	107	6,44%
Sintomi e stati morbosi mal definiti	97	5,84%
Fattori che influenzano stato salute o ricovero	95	5,72%
Malattie. sistema nervoso e organi sensi	62	3,73%
Mal. sistema osteo-muscolare e tessuto connettivo	62	3,73%
Mal. pelle e tessuto sottocutaneo	47	2,83%
Disturbi psichici	42	2,53%
Tumori	41	2,47%
Mal.sangue e organi ematopoietici	39	2,35%
Malformazioni congenite	27	1,62%
Condizioni. morbose origine perinatale	24	1,44%
Mal. ghiandole endocrine, metabol. e nutrizione	19	1,14%
n.r.	4	0,24%
Totale complessivo	1.662	100,00%

Tab. 6- Ricoveri di cittadini stranieri nella Provincia di Arezzo anni 2001-2002 (cumulati) - escluso il nido

DESCRIZIONE CAUSE	Dati	
	numero	%
Gravidanza, parto e complicazioni	1.382	49,36%
Malattie apparato digerente	213	7,61%
Malattie apparato genitourinario	167	5,96%
Sintomi e stati morbosi mal definiti	126	4,50%
Traumatismi e avvelenamenti	117	4,18%
Fattori che influenzano lo stato di salute o ricovero	107	3,82%
Malattie sistema circolatorio	102	3,64%
Malattie apparato respiratorio	99	3,54%
Tumori	94	3,36%
Malattie infettive	76	2,71%
Malattie sistema nervoso e organi sensi	76	2,71%
Condizioni. morbose origine perinatale	44	1,57%
Mal. sistema. osteo-muscolare. e tessuto. connettivo	41	1,46%
Disturbi psichici	40	1,43%
Malformazioni congenite	33	1,18%
Malattie pelle e tessuto. sottocutaneo	32	1,14%
Mal. Ghiandole .endocrine, metab. e nutrizione.	28	1,00%
Malattie sangue e organi ematopoietici	20	0,71%
n.r.	3	0,11%
Totale complessivo	2.800	100,00%

Tab. 7 - I.V.G. effettuate negli ospedali della provincia di Arezzo

Anni	N° Totale di IVG	Italiane	% Italiane	Straniere	% Straniere
1996	572	455	79,55	117	20,45
1997	533	432	81,05	101	18,95
1998	587	453	77,17	134	22,83
1999	649	483	74,42	166	25,58
2000	680	460	67,65	220	32,35
2001	649	414	63,79	235	36,21
2002	685	390	56,93	295	43,07

Tab. 8 - Nati vivi, nelle strutture della USL 8 di Arezzo, di peso < 2500 gr.

ANNO	Madre italiana		Madre straniera		Totale Numero
	Numero	%	Numero	%	
2000	117	5,5 %	26	9,2 %	143
2001	127	6,1 %	23	6,8 %	150
2002	121	5,7 %	27	6,8 %	148

DONAZIONE DI CORNEE NELL'USL 8: VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI PRELIEVO NEL 2001

*Gabriella Rossi Coordinatore donazione e trapianto
USL 8 Arezzo*

*Lia Patrussi Dirigente medico di 1 livello U.O. Anestesia e
Rianimazione, Vice Coordinatore donazione e trapianto
USL 8 Arezzo*

*Raffaella Pavani Scuola di Specializzazione in Anestesia e
Rianimazione - Università degli Studi di Siena*

*Ilario Lancini Infermiere professionale Coordinamento
donazione e trapianto USL 8 Arezzo*

RIASSUNTO

Il trapianto è ormai un'importante e insostituibile terapia che permette di salvare la vita o migliorarne la qualità.

Si distinguono due tipi di trapianti: d'organo (cuore - polmoni - reni - fegato - pancreas - intestino) e di tessuti (cornee - cute - tessuto osseo - cuore per valvole - segmenti vascolari).

Il trapianto di cornee permette di cambiare radicalmente la qualità della vita ed è direttamente dipendente dalle donazioni di cornee.

Questo studio mostra come ampia è la potenzialità di prelievi nella nostra provincia e come alta è la risposta da parte della popolazione.

Parola chiave:

Potenziatori donatori, donatori reali.

INTRODUZIONE

Nella USL 8, che comprende 7 Ospedali (Arezzo, Bibbiena, Sansepolcro, Cortona, Montevarchi, San Giovanni Valdarno, Castiglion Fiorentino) dal 1997 è iniziato il modello organizzativo del Coordinamento donazione e trapianti con un Medico e un infermiere a tempo pieno.

Questo ha permesso di svolgere un programma di formazione e organizzazione aziendale adeguato, con sensibilizzazione della popolazione alla donazione e possibilità da parte della USL di accogliere le donazioni sia come capacità culturali degli operatori coinvolti che come organizzazione pratica dei prelievi.

Il modello organizzativo omogeneo per tutto il territorio permette di garantire l'accoglienza delle donazioni durante le 24 h giornaliere in tutti e 7 i presidi ospedalieri.

Nell'Ospedale d'Arezzo il prelievo è eseguito dall'oculista, nei presidi periferici dai chirurghi e dai rianimatori.

L'attività di donazione dal 1997 al 2001 ha avuto nella nostra provincia un incremento enorme, passando dalle 18 donazioni del 1997, alle 392 del 2001, con un incremento del 95,4% nel numero di prelievi di cornee.

Importante è l'evoluzione del PMP (donatori/popolazione per milione d'abitanti) che riferito ai donatori di cornee dal 1997 al 2001 è passato da 56 a

1214 come si vede nella tab.1, con un rapido incremento che si è mantenuto costante.

Sicuramente l'intensa attività di sensibilizzazione intra ed extra ospedaliera ha permesso questa importante crescita.

Il dato di Arezzo, confrontato con le altre province della Toscana nel prelievo di cornee, si colloca al primo posto nel triennio 1999-2001.

Nella fig.1 si può vedere il confronto tra l'attività di prelievo delle cornee di Arezzo e delle altre città toscane e si evidenzia che Arezzo è la prima città in Toscana nella donazione di cornee.

Questo dato entusiasma perché è la verifica di una buona sensibilizzazione della popolazione aretina alla donazione e di una adeguata organizzazione ospedaliera.

MATERIALI E METODI

Abbiamo valutato nel 2001 il numero dei ricoveri totali e il numero dei decessi nell'USL 8. All'interno del gruppo dei decessi quante le opposizioni familiari, quante le controindicazioni mediche, quanti i deceduti non legalmente rappresentati, per giungere al numero dei potenziali donatori e rapportarlo con il numero effettivo dei prelievi.

RISULTATI

Nel 2001 nella USL 8 abbiamo avuto 20.093 ricoveri con 1.746 decessi.

Nel gruppo dei decessi 796 donne e 950 uomini con età media di 75 anni.

Complessivamente i prelievi effettuati sono stati 392, le opposizioni 710, i non idonei per patologia 580, i non legalmente rappresentati 64.

Nella fig.4 vediamo la distribuzione dei dati all'interno dell'USL 8.

Arezzo ha avuto la maggior percentuale di prelievi seguita dal Valdarno, Casentino, Valtiberina e Valdichiana.

Il tasso dei prelievi su tutti i decessi è stato del 23% e riferito ai potenziali donatori del 36%. fig.5-6.

Le cornee prelevate e inviate alla Banca delle cornee di Lucca sono state 736.

CONCLUSIONI

La potenzialità di donazioni di cornee nel nostro territorio è molto alta e grazie al pro-

gramma di sensibilizzazione intra ed extra ospedaliero i consensi sono rapidamente e sostanziosamente aumentati.

La distribuzione di donazione tra maschi e femmine è stata sovrapponibile e l'età media dei donatori 75 anni.

Il modello organizzativo è in grado 24 ore su 24 di poter accogliere ogni prelievo in tutta la USL 8.

La totalità dei prelievi è stata eseguita in Ospedale, ma la legge permette il prelievo anche a domicilio e obiettivo futuro è quello di creare collaborazione stretta tra medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta e la struttura ospedaliera tale da rendere possibili i prelievi anche a domicilio.

Il programma di sensibilizzazione intra ed extra-ospedaliero ha permesso di aumentare le capacità degli operatori coinvolti nel processo della donazione di aiutare le famiglie in lutto a gestire una situazione di crisi e poter quindi valutare adeguatamente la possibilità della donazione e nello stesso tempo si è cercato di dare informazioni corrette alla polazione sull'argomento.

Sicuramente tale formazione non è esaurita, è necessario raggiungere livelli capillari di informazione per creare una vera e propria cultura della donazione.

Il trapianto è una terapia ma non c'è trapianto senza donazioni.

BIBLIOGRAFIA

¹ S. ARDIS, M. MARCUCCI. Accertamento di morte nella donazione di cornee. Cenni sugli aspetti legali e di comunicazione. La donazione di cornee. Manuale multimediale del corso. Regione Toscana, 1999.

² GOMEZ MARINERO P., SANTIAGO GUERVOS C., MONINO MARTINEZ A. Consenso personale e familiare alla donazione. Manuale del corso il coordinamento della donazione di organi e tessuti. Viareggio, 27 settembre 1998.

³ MARCUCCI M. ARDIS S.. Il modello organizzativo toscano per la donazione di organi e tessuti. Manuale per coordinatori "Attualità nella diagnosi di morte encefalica e nel mantenimento del donatore di organi" Montecatini Terme 14 novembre 1999.

⁴ MATESANZ R., MIRANDA B.. Coordinacion y Trasplantes: El modelo Espanol. Grupo Aula Medic. 1995. Madrid.

⁵ MATESANZ R.. "Documento Espanol de Consenso sobre extracion de organos de donantes en asistolia". Nefrologia 16: supp 48-53 1996.

tabella 1

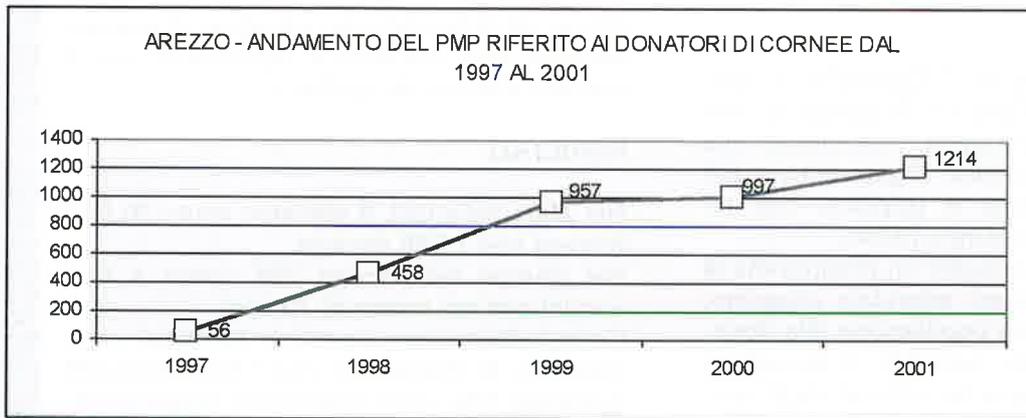


figura 1

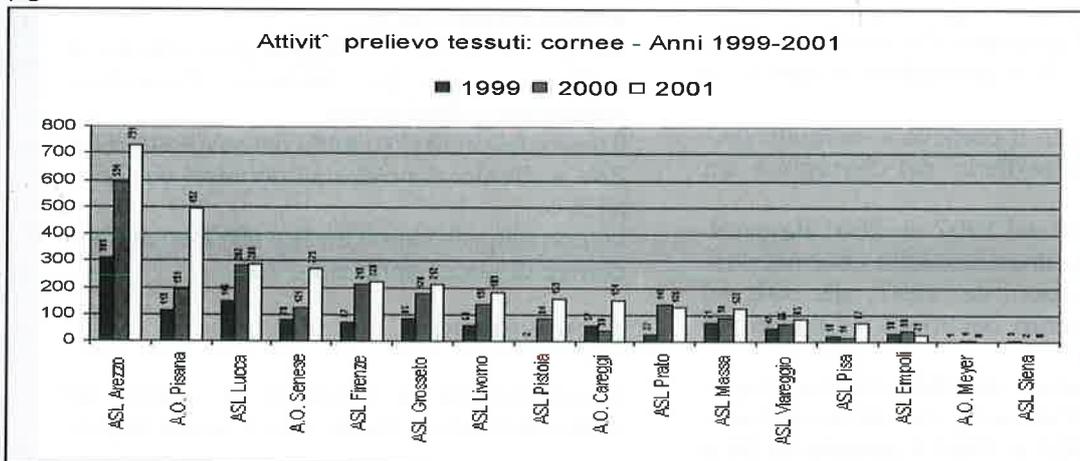


fig. 2

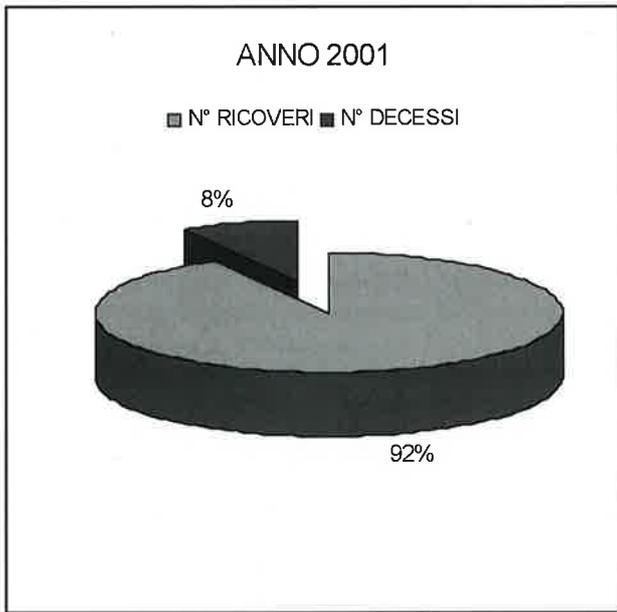


fig. 3

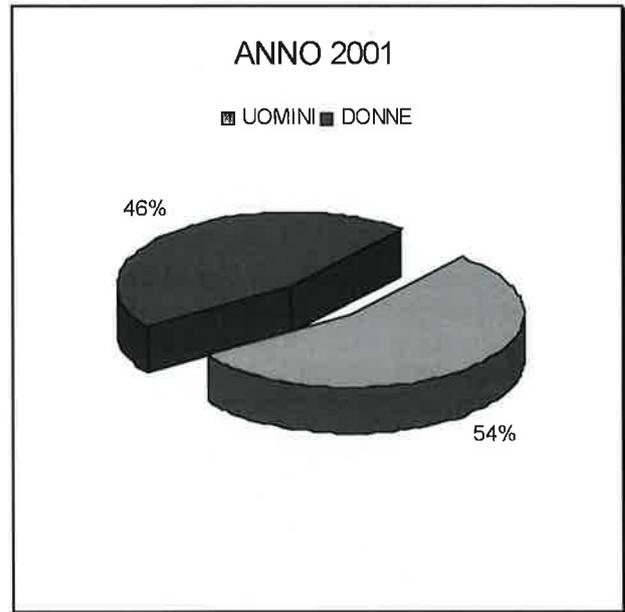


fig. 4

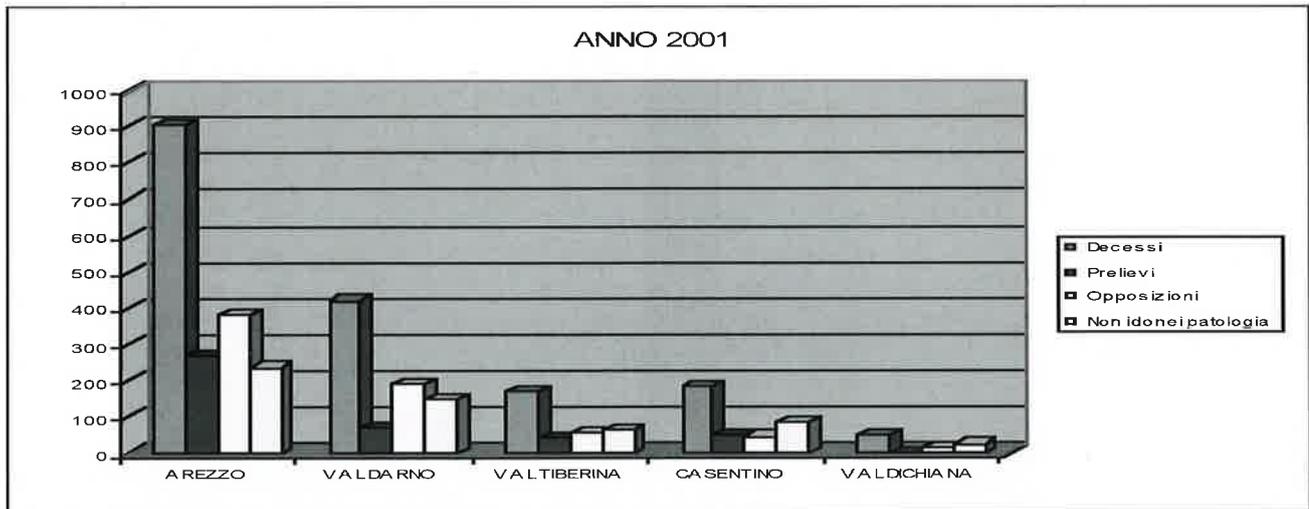


fig. 5

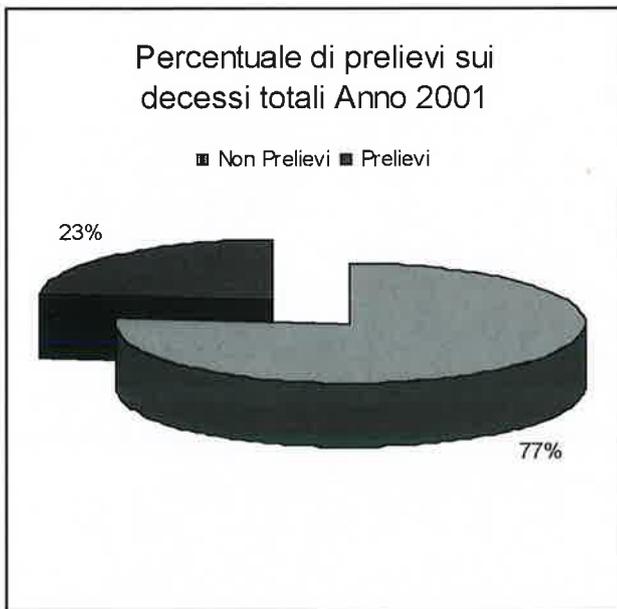
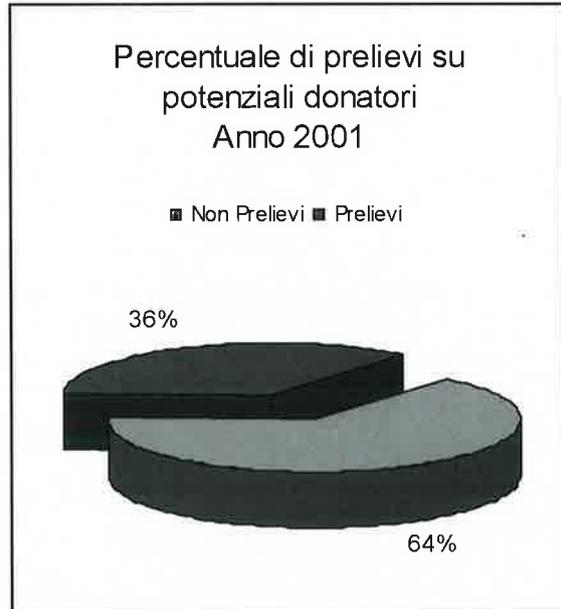


fig 6



CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA STORIA DELLA MEDICINA AD AREZZO: RICCARDO ARRIGONI

Francesca Farnetani*, Italo Farnetani**

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

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

Per la corrispondenza:

Prof. Italo Farnetani

Professore a Contratto di Comunicazione in Pediatria, Università di Milano.

Piaggia di Murello, 44 · 52100 Arezzo

cell. 339.15.36.444

e-mail: italofarnetani@tin.it

Riassunto.

Riccardo Arrigoni fu primario medico dell'ospedale di Arezzo dal 1937 fino alla morte nel 1960 e dal 1944 al '50 anche direttore sanitario. Proveniva dall'Università di Pisa dove a soli 31 anni aveva ottenuto l'incarico dell'insegnamento della patologia medica. Ad Arezzo organizzò in modo scientifico il reparto di medicina e fu inserito nel tessuto sociale e politico della città.

Parole chiave: storia di Arezzo / Ospedale di Arezzo / Università di Pisa.

Riccardo Arrigoni (*fig. 1*) fu primario medico dell'ospedale "Spedali Riuniti di Santa Maria Sopra i Ponti" di Arezzo dal 1937 al 1960. Fu un grande medico che dominò per più di 20 anni la scena medica di Arezzo. Vi giunse per caso, per un movimento di cattedre universitarie. Il valore professionale dell'Arrigoni lo si può capire solo ricordando che il consiglio di facoltà di medicina dell'Università di Pisa gli conferì l'incarico ufficiale dell'insegnamento della patologia medica nel 1935, quando aveva solo 31 anni. Sarebbe potuto essere l'inizio di una brillante carriera universitaria come in effetti lo fu fino al 1937. In quell'anno morì il suo direttore universitario, Carlo Lotti, perciò privo di "protezione accademica" non poté contrastare le ambizioni di uno sfidante potentissimo, Cataldo Cassano che individuò nella cattedra pisana un trampolino di lancio verso l'Università di Roma come poi avvenne. L'Arrigoni risultò estromesso dalla cattedra e per lui, che apparteneva alla scuola precedente, giunse il momento di lasciare l'università e, come era la prassi, di andare a fare il primario medico in un ospedale. Giunse così ad Arezzo.

L'Arrigoni, personaggio aperto alle istanze della società, dotato di una cultura umanistica, amante dell'arte, della letteratura, profondamente credente, divenne ben presto il punto di riferimento della medicina, sia in ospedale, sia nell'attività privata, sia nell'organizzazione sanitaria del territorio, infatti era in grado di gestire l'assegnazione delle condotte mediche. Nel dopoguerra fu impegnato

anche politicamente.

Alla morte del 1960 la società era cambiata, si iniziava già a parlare di riforma sanitaria e sicuramente era finita un'epoca: all'arrivo dell'Arrigoni l'assegnazione dei primari ospedalieri era sotto il controllo e l'influenza dei cattedratici universitari, infatti in tutte le discipline, gli esclusi dalle carriere universitarie veniva avviati ai concorsi per primario ed era un modo perché la scuola accademica passasse agli ospedali. Nel '60 era già presente la supremazia della politica. Gli ospedali stavano uscendo dalla fase di "trincea" per entrare in quella della organizzazione razionale scientifica, ma certo l'Arrigoni l'aveva già attuata fin dai primi anni aretini. Riccardo Arrigoni perciò è stato un medico importante per Arezzo, ingiustamente dimenticato, ecco allora una breve biografia.

BIOGRAFIA

Nacque cento anni fa a Ponte Bucchianese (PT), il 27 gennaio 1904 da Aristide e Maria Bellanti. Dopo aver concluso gli studi classici si iscrisse alla facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Firenze ma dovette trasferirsi a Pisa perché nel capoluogo toscano aveva subito degli atti di intolleranza, da parte di studenti fascisti, a causa della sua militanza nell'Azione Cattolica. A Firenze era compagno di studi e amico di Pietro Bucalossi, futuro direttore dell'Istituto dei tumori di Milano, sindaco di Milano e ministro dei lavori pubblici del IV° governo Moro e ambedue furono costretti a trasferirsi a Pisa. Il 17 luglio del 1928 si laureò con lode presso l'ateneo pisano e nel dicembre ottenne l'abilitazione all'esercizio della professione presso l'università di Bologna. Nel febbraio 1929 fu nominato assistente volontario presso l'istituto di patologia medica dell'Università di Pisa diretto da Carlo Lotti. Successivamente divenne assistente effettivo e nel 1932 aiuto. Nel 1933 conseguì la libera docenza in patologia medica. Durante l'anno accademico 1933-34 tenne il corso complementare sulle malattie dell'apparato cardiovascolare e supplì Lotti, gravemente ammalato, nell'insegnamento della patologia medica. Dopo la morte di Lotti, il 15 gennaio del 1935 il consiglio di facoltà conferì all'Arrigoni l'incarico ufficiale dell'insegnamento della patologia medica e la direzione dell'Istituto. Si trattava di un evento

eccezionale per la facoltà medica avere un incarico di insegnamento a soli 31 anni. Lo mantenne fino al 1937. La scomparsa di Lotti lo aveva privato degli appoggi accademici e così la cattedra fu assegnata a Cataldo Cassano, futuro senatore democristiano, amico personale di Aldo Moro. Sfumata la possibilità di ottenere la cattedra fu costretto ad abbandonare l'università.

Questo primo periodo dell'attività scientifica dell'Arrigoni è caratterizzato da 35 pubblicazioni scientifiche fra cui un *Trattato di malattie del tubo digerente* (Carlo Lotti, Rriccardo Arrigoni e Fabio Tronchetti, *Malattie dell'apparato digerente*, Napoli, V. Idelson, 1937, pp. 267) e una monografia su *Reumatismi cronici (I reumatismi cronici*, Pisa U. Giardini, 1933, pp. 344, LX): si tratta di una monografia importante che ebbe un notevole interesse anche a livello internazionale e infatti fu recensita da *Il Policlinico*, 1934, n. 3, pag. 105; *Wiener Klinische Wochenschrift* (Vienna), 1934, H. 30; *Klinische Wochenschrift* (Berlino), 1934, n. 23, pag. 853; *Revista de la Medicina Italiana*, Barcellona, Maggio, 1934, p. 255; *Archives of Internal Medicine*, (August 1934). Tenne anche una conferenza sulla malaria al "Corso per visitatrici fasciste, organizzato dalla federazione dei fasci di combattimento dell'Urbe, delegazione provinciale fasci femminili" (*Malaria: conferenza*, Pisa, Tip. Pellegrini, 1936, pp. 11). Si occupò anche di *Anafilassi e milza, ricerche sulla ossigenoterapia sottocutanea ed endovenosa; Ricerche su il Ph dei liquidi di versamento pleurico e peritoneale; Linfadenosi leucemica e ipertrofia timica; Stato di fragilità dei leucociti in corso di febbre di Pfeiffer; Il fenomeno della anacoresi; Rapporti fra insufficienza surrenale e miocardosi*. Si occupò anche della tubercolosi, delle prove di labilità colloidale e fu uno dei primi assertori dell'utilità di usare gli estratti corticosurrenali nelle malattie infettive.

Nel giugno del 1937 vinse il concorso pubblico per primario medico presso l'ospedale di Arezzo. Organizzò il reparto in modo scientifico, applicando criteri tipici delle cliniche universitarie e vi organizzò un annesso laboratorio di analisi diagnostiche. Direttore sanitario era il primario chirurgo, Giovanni Cocci, personaggio autoritario e molto influente in città che aveva dato centralità alla chirurgia. L'Arrigoni seppe organizzare in modo scientifico e razionale il reparto di medicina, ma fu in grado anche di gestire l'emergenza durante il periodo bellico, anche quando l'ospedale di Arezzo fu trasferito presso il nosocomio di Subbiano a causa dei bombardamenti a cui veniva sottoposta la città. Nel 1944, alla morte di Giovanni Cocci, assunse la direzione dell'ospedale che mantenne fino al 1950. Da quest'anno fino alla morte fu colpito da una grave malattia che debilitò progressivamente il fisico e ne fece ridurre anche l'attività professionale.

Questo secondo periodo dell'attività professionale dell'Arrigoni è caratterizzata da un intenso impegno assistenziale, condotto negli anni della guerra in mezzo a molteplici disagi e da pubblicazioni frutto dell'attività clinica, infatti nel 1939 quando si ebbe ad Arezzo (come in tutta Italia in cui si ebbero 6.000 casi in un anno) una grave epidemia di poliomielite realizzò una pubblicazione in cui riportava descrizioni cliniche e ipotesi patogenetiche dell'infezione oppure l'epidemia di tifo che interessò l'intera Europa nel '44 gli fornì lo spunto per lo studio dell'impiego della cloromicetina nelle affezioni tifoidee (*La cloromicetina nella cura delle affezioni tifoidee: Comunicazione tenuta in Arezzo il 26 Marzo 1950 in occasione del Convegno della sezione Tosco-umbra della società per lo studio delle malattie infettive e parassitarie (spedali riuniti di S. Maria Sopra i Ponti, Arezzo)*, Arezzo: Tip. Sorelle Scheggi [1952], pp. 16).

Per 14 anni fu direttore sanitario della Grotta Giusti di Monsummano Terme (Pistoia).

Durante la guerra collaborò con padre Raimondo Caparra con il quale collaborò assistendo i malati e fornendo farmaci. Cattolico fervente, molto stimato dal vescovo Emanuele Mignone fu medico del seminario vescovile, presidente della giunta diocesana dell'azione cattolica e del patronato Acli, membro del comitato provinciale delle Acli, fu iscritto alla democrazia cristiana.

Fu membro della Società Italiana di Medicina Interna, dell'Accademia Pratese di Medicina e Scienze, della Società Medico Chirurgica di Pisa e Pistoia e dell'Accademia Petrarca di Arezzo. Fu fondatore e presidente della Società Medico Chirurgica di Arezzo.

Fu insignito dell'onorificenza di cavaliere della Corona d'Italia, di commendatore al merito della Repubblica Italiana. Fu insignito inoltre dell'onorificenza pontificia di Cavaliere del Santo Sepolcro. Sposò Albachiera Massart. Ebbe due figli, Paolo, aiuto medico dell'università di Pisa e a lungo capogruppo nel consiglio comunale di Pisa per la Democrazia Cristiana e Francesco, che è stato direttore generale della Banca Toscana.

Morì a Pisa il 9 gennaio 1960.

Con la morte dell'Arrigoni si chiudeva per Arezzo un'epoca e da una gestione "monocratica" dell'ospedale si assisté a una proliferazione di reparti e primariati. L'amministrazione dell'ospedale presieduta da Sante Galimberti decise di sdoppiare il reparto di medicina bandendo il concorso per due primariati. A dimostrazione di quanto prestigio avesse acquisito l'ospedale di Arezzo, vi ambivano, Angelo Caniggia, proveniente dalla clinica medica dell'Università di Siena e che incerto sulla propria carriera accademica preferiva assicurarsi un posto di primario medico. All'altro il reparto concorreva, Giorgio Menghini, medico molto noto perché considerato il fondatore della biopsia in

vivo infatti nel 1958 aveva inventato un ago per eseguire biopsie epatiche conosciuto con il suo eponimo come “ago di Menghini” (*One-second needle biopsy of the liver in Gastroenterology*). Questi due concorrenti furono osteggiati da alcuni gruppi medici e politici, alla fine vennero esclusi. Caniggia restò all’università di Siena e successivamente divenne professore ordinario di clinica medica, Menghini vinse il posto di primario medico all’ospedale di Macerata. Nel 1961 i due primariati furono assegnati, quello di medicina a Mario Capone Braga, proveniente dalla clinica medica dell’Università di Firenze e che successivamente divenne presidente dell’Ordine dei Medici, mentre il reparto di medicina-malattie infettive a Pasquale Boncompagni che era stato prima aiuto dell’Arrigoni e poi primario pediatra.

Bibliografia

- P. BONCOMPAGNI, *Necrologio del prof. dott. Riuccardo Arrigoni*, Arezzo, Tipografia D. Badiali [1960], pp. 14.
Necrologio in “Atti e memorie dell’Accademia Petrarca”, XXXVII (1958-64), p. 483.
R. CAPRARA, *La repubblica di San Domenico*, Arezzo, il Poligrafico Aretino, 1991, pp. 52, 54.
A. CORADESCHI, *La DC delle origini*, Protagon Editori Toscani – Biblioteca Città di Arezzo, Siena, Alsaba, 1998, p. 160.



Fig. 1: Riccardo Arrigoni (1904-1960).

IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

A partire da questo numero de "Il Cesalpino" il Collega Dr. Giovanni Caruso, medico legale, Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di questa Provincia, dà inizio alla collaborazione con la Rivista, producendo un lavoro di esplicazione e di commento ai vari articoli del Codice di Deontologia Medica. La disamina degli stessi articoli viene effettuata per gruppi, seguendone la progressione numerica espressa nel codice che, dunque, risulterà necessariamente frazionato, ma che troverà completamente nei prossimi, successivi numeri.

PREMESSA

Le regole raccolte nel Codice deontologico, configurano principi etici idonei e necessari a regolamentare atti e comportamenti, nel campo dell'esercizio della medicina, elaborati non al fine di porre limiti ingiustificati alla libertà ed all'indipendenza dell'esercizio professionale, bensì allo scopo di difendere ed esaltare la dignità della professione.

Il Consiglio dell'Ordine prov. di Arezzo, volendo ribadire che la professione sanitaria, nelle sue varie e specifiche competenze pubbliche o private configura il cardine del Sistema sanitario e ravvisando, al contempo, la necessità di preservare, nella professione medica, il ruolo che gli compete, ha inteso promuovere una serie di riflessioni sui principi deontologici invocabili a salvaguardia della vita e della dignità della persona e della professione.

IL CODICE DEONTOLOGICO

Si rende innanzi tutto necessario precisare che il Codice avendo valore "extragiuridico", per quanto subordinato al "Diritto positivo" (codice Penale e Civile), dispone di una propria "potestà disciplinare" (Art. 2), ne deriva che l'inosservanza di "preceetti, obblighi e dei divieti", previsti dal Codice deontologico approvato dal Consiglio Naz. della FNOMCeO, in data 3-10-1998, può comportare l'applicazione di sanzioni disciplinari. Nel testo del Codice attualmente in vigore, è stato aggiunto un secondo comma, riguardante la necessità di adeguare l'erogazione delle misure disciplinari alla gravità dell'atto sanzionabile, a tale proposito occorre sottolineare che in caso di pubblicità sanitaria diffusa attraverso modalità estranee o contrarie a quanto disciplinato per Legge (26-02-1999 n 42), gli Ordini provinciali rispetto al passato hanno acquisito ampia discrezionalità disciplinare, potendo modulare la sanzione dalla semplice censura fino alla sospensione dall'esercizio professionale.

TITOLO II DOVERI GENERALI DEL MEDICO

Art. 3 -Doveri del medico-

L'espressione "compiti del medico" (Codice del 1995) nel nuovo Codice (1998) è stato sostituito con la formulazione "doveri generali del medico", al fine di rendere più incisivo il principio che l'articolo vuole rappresentare. Questo articolo, infatti, vuole costituire una guida di riferimento rispetto all'eventualità in cui una determinata condotta professionale possa porsi in contrasto con una norma legislativa. Il secondo comma di detto articolo, intende ribadire l'affermazione secondo la quale il concetto di salute è da intendersi nella sua accezione più estensiva, ovvero con riferimento al benessere psicofisico, in esplicito riferimento all'Art. 3 e 32 della Costituzione della Repubblica, che tutelano non soltanto il diritto alla salute ma anche il diritto alla tutela della salute.

Ne deriva che il medico ha il dovere giuridico e deontologico di tutelare la difesa ed il rispetto della vita e della salute, senza discriminazione alcuna.

Art. 4 -Libertà ed indipendenza-

Rispetto ai Codici precedenti, questo Art. è stato redatto con maggiore essenzialità, al fine di fornire maggiore rilevanza al concetto di libertà ed indipendenza nello svolgimento dell'attività professionale, quale presupposto essenziale ed irrinunciabile per l'esercizio della medicina moderna.

Nella redazione di questo Articolo, la FNOMeO ha ravvisato l'esigenza di garantire tali diritti, rispetto a possibili interferenze, ne deriva, pertanto, che la difesa della libertà e dell'indipendenza del medico ha assunto, con il nuovo Codice, maggiore rilevanza e garanzia, il che appare particolarmente importante per quanto concerne l'esercizio professionale in regime di dipendenza e di convenzione, poiché in tali casi, pur nel rispetto dei vincoli che sono propri al rapporto subordinato o parasubordinato, resta definita la libertà e l'indipendenza intellettuale del medico. L'autonomia del medico nelle sue scelte professionali e l'obbligo di tener conto delle evidenze scientifiche, configurano aspetti fondamentali dell'attività professionale, lo prevede la Corte Costituzionale (e l'art. 12 del Codice deontologico), d'altronde, l'atto medico terapeutico anche "non convenzionale" è legittimo.

mo se scientificamente sostenibile, consapevolmente percepito, responsabilmente gestito, lo conferma anche la Corte di Cassazione nella sentenza della Sezione IVa penale n° 301 del g. 08-02-2001, che stabilisce che è coretto e conforme ai principi del Diritto, valorizzare l'autonomia del medico nelle proprie scelte terapeutiche, poiché l'arte medica, mancando, per sua stessa natura di modelli scientifici a base matematica, deve necessariamente prospettare pratiche diverse e soluzioni diversificate, purchè di dimostrata efficacia. Questo concetto di libertà nella scelta terapeutica, è di grande valore e non può essere sacrificato a logiche burocratiche o di semplice razionamento delle risorse.

Art. 5 -Esercizio dell'attività professionale-

Questo Art. ripropone il dovere di attenersi alle conoscenze scientifiche. La nota vicenda relativa alle polemiche insorte a seguito della "terapia del Dr. Di Bella", ha indotto la FNOMeC a riconfermare tale principio, anche al prezzo di sentirsi accusare di ostinata ed obsoleta difesa della medicina "ufficiale"; in realtà risulta fin troppo evidente la necessità di fondare il trattamento terapeutico su validi e comprovati principi scientifici. Questo articolo ci richiama al binomio scienza e coscienza, come imprescindibile principio di ogni condotta diagnostica-terapeutica.

ne deriva che ogni attività sanitaria non potrà essere intesa come semplice prestazione tecnica, ma dovrà essere ispirata a valori etici.

L'ultimo comma di detto Art. stabilisce che il medico debba "denunciare" all'Ordine prov. ogni iniziativa o tentativo, da chiunque esercitati e mirati ad imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale.

Art. 6 -Limiti dell'attività professionale-

L'attuale testo riconferma l'obbligo morale, per il medico, di non abusare del proprio status professionale.

In precedenti stesure si faceva riferimento alla sola condizione professionale, l'attuale Codice invece estende l'ambito di applicazione della norma a tutti gli aspetti della professione medica, ovvero anche a quelli non specificatamente attinenti all'esercizio della professione. Il primo comma di detto Art., infatti, esprime l'obbligo morale di non avvalersi del proprio ruolo per ricercare illeciti vantaggi personali, riferiti non soltanto ad ingiustificati guadagni economici ma anche ad utilità di qualsiasi genere.

Tale norma deontologica è in piena concordanza con quanto previsto dal Diritto positivo, infatti, con riferimento alla materia elettorale, in ambito politico, si richiama la Legge 23-04-1981 n° 154, secondo la quale, esplicitamente si può affermare che i medici dipendenti o convenzionati delle ASL,

sono ineleggibili, per incompatibilità, a cariche di consigliere regionale, provinciale e comunale oltrechè all'interno delle circoscrizioni e ad incarichi politici nelle ASL.

Art. 7 - Obbligo d'intervento -

Analogamente a quanto già previsto nel Codice precedente (1995), anche il Codice deontologico attualmente in vigore, con tale articolo si richiama al principio di solidarietà. Questo articolo delinea uno specifico dovere da parte del medico, in ottemperanza all'art. 593 del Codice Penale (omissione di soccorso), tale norma, in linea generale (ma ovviamente con maggior onere per l'esercente la professione sanitaria), prevede l'obbligo di prestare assistenza e dare avviso immediato alle autorità. Per un semplice cittadino, l'obbligo di prestare soccorso si realizza quando egli trovi un minore abbandonato o una persona ammalata, inanimata, ferita o comunque "incapace di provvedere a se stessa", è evidente che al medico, per la specifica competenza che lo contraddistingue da ogni altro cittadino, la stessa norma penale presupponga un maggior grado di assistenza, ispirandosi a questo principio l'art. del Codice deontologico impone l'obbligo al medico, comunque avvertito o chiamato, a prestare la sua opera, senza possibilità di rifiuto.

Il Codice Penale, peraltro prevede l'eventualità di esonero dall'assistenza medica, ma soltanto nei seguenti casi:

Qualora l'assistenza medica sia già stata posta in atto da un altro medico

Quando per causa di "forza maggiore", il medico non possa intervenire con urgenza, ovvero sia impedito a prestare opera professionale in quanto egli stesso ammalato o per oggettivo impedimento a raggiungere il luogo del soccorso.

Non si può ignorare, infine, che la Legge 5-06-1990 n° 135, peraltro ha introdotto il dovere di prestare assistenza nei confronti di coloro che sono affetti da sindrome da immunodeficienza acquisita.

Art. 8 -Calamità-

Ad ulteriore rafforzamento dell'Art. 7, l'Art. 8 sancisce che il medico non può sottrarsi all'obbligo di rendersi disponibile, ponendosi a disposizione dell'Autorità al fine di prestare assistenza in caso di emergenze sanitarie per eventi di tale rilevanza da costituire pericolo per la collettività. L'art. del Codice deontologico, intende sottolineare il fatto che il medico, più di ogni altro, in caso di emergenze sanitarie ha l'obbligo morale di partecipare all'opera di assistenza. Questo Art. prevede l'obbligo deontologico di assistenza anche qualora non sia stata esplicitamente richiesta dall'Autorità sanitaria, ne deriva che tale norma appare più incisiva rispetto a quanto previsto dal Testo unico

per le Leggi Sanitarie, che all'Art. 256 e 257 contempla l'obbligo da parte dei medici a prestare, su richiesta dell'Autorità, opera professionale per servizi di assistenza e profilassi, in caso di epidemie, quale preciso obbligo giuridico.

Art. 9 -Segreto professionale-

Rispetto al precedente Codice (1995), l'attuale Codice deontologico ha subito una più ampia estensione, in rapporto all'entrata in vigore della legge n° 675 del 1996, che ha istituito l'Autorità del garante per la tutela dei dati personali. Alla luce del fatto che il segreto professionale già configura un preciso dovere deontologico e giuridico, la Legge n° 675 si pone come un ulteriore significativo consolidamento dell'obbligo cui il medico è sottoposto, per quanto concerne la tutela dei dati clinici e delle notizie personali del proprio paziente. Nel nuovo Codice deontologico tra le circostanze che costituiscono "giusta causa" di rivelazione del segreto professionale, ai due precedenti punti (a - b) è stato aggiunto un punto "c" che prevede la possibilità di derogare all'obbligo del segreto professionale, quando sussista l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi e ciò anche in caso di diniego dell'interessato, purchè sia stata ottenuta l'autorizzazione del Garante per i dati personali. Ne deriva che per il Codice deontologico la rivelazione dei dati personali è consentita soltanto ove sussistano le due surriportate condizioni, a tale proposito occorre precisare che l'autorizzazione può essere concessa, dal Garante, sia sulla base del provvedimento generale (autorizzazione n° 2 del 1997), sia a seguito d'istanza personalmente inoltrata dal medico.

Un'ulteriore comma, rispetto a quanto previsto nel precedente Codice deontologico, è stato aggiunto nei seguenti termini: " La cancellazione dall'Albo non esime, moralmente, il medico dagli obblighi del presente articolo", con ciò si è voluto preservare la tutela dei dati personali, affinché il sanitario dopo aver cessato l'esercizio professionale non si senta, per questo e forse spinto da interessi economici, libero di rivelare notizie circa lo stato di salute di personaggi molto conosciuti o che rivestano funzioni pubbliche. L'obbligo di conservare il segreto professionale, peraltro non si estingue neanche dopo la morte del paziente, ciò a garanzia del diritto di riservatezza di cui restano titolari i legittimi eredi.

L'obbligo di mantenere il segreto professionale, come è noto è anche contemplato dal Codice Penale, che all'Art. 622 stabilisce la punibilità, ma soltanto nel caso in cui dalla rivelazione stessa possa derivare nocumento. A tale riguardo si segnala che il Codice deontologico, volendo ulteriormente rafforzare l'importanza etica della tutela del segreto professionale, prevede sanzioni disciplinari anche qualora la rivelazione non sia produt-

tiva di un concreto danno a carico del paziente, ne deriva che la norma deontologica, su questo punto è più rigorosa della norma penale, a conferma dell'importanza del segreto professionale, costituente uno dei cardini del giuramento professionale.

Analizzando le deroghe all'obbligo del segreto professionale, nei termini previsti dai punti a b e c del secondo comma, si rende necessario precisare che il medico, in quanto soggetto Pubblico ufficiale (per quanto concerne l'attività certificativa) ed incaricato di Pubblico servizio (per quanto concerne l'attività prescrittiva di diagnosi e cura), ai sensi dell'Art. 365 (omissione di referto) del Codice penale ha il dovere di comunicare all'Autorità giudiziaria fatti di cui sia venuto a conoscenza e per i quali si possa ravvisare l'ipotesi di un delitto punibile d'ufficio (quali omicidio e lesioni personali dolose).

Il referto (atto informativo sottoscritto dall'esercente la professione sanitaria) deve essere trasmesso al Procuratore della Repubblica, al Pretore (direttamente o tramite gli organi di Polizia giudiziaria), il che di fatto costituisce una deroga all'obbligo del segreto professionale, se tutto ciò è ispirato all'esigenza investigativa da parte dell'Autorità giudiziaria, al contempo si deve ribadire che il medico anche dinanzi a tale obbligo resta legittimamente autorizzato a non rivelare il segreto, quando, come recita il Codice penale, la rivelazione del segreto potrebbe esporre la persona offesa a procedimento penale, è chiaro che la stessa norma penale è stata promulgata nell'interesse della collettività ma ancor più a garanzia della salute individuale, pertanto nei confronti di un paziente bisognoso di cure ed al contempo anche presuntivamente imputabile per un fatto illecito, sotto il profilo sia deontologico, sia penalistico il medico può ritenersi esentato dall'obbligo di referto.

La IVa sezione penale della Corte di cassazione, con sentenza del 14-gennaio-2002 ha sancito che assistere un ricercato dalla Giustizia, omettendo di darne comunicazione all'Autorità giudiziaria, non implica il reato di favoreggiamento personale (Art. 378 Codice penale). Un medico di Nuoro in primo grado era stato condannato a quattro anni di reclusione, con l'imputazione di favoreggiamento, per aver eseguito medicazioni su di un latitante sfuggito alla Polizia, dopo essere rimasto ferito nel conflitto a fuoco; la Corte d'Appello aveva confermata la condanna, con sentenza in Cassazione i giudici hanno annullato il capo d'imputazione precisando che la Legge non impone a nessuno l'obbligo di favorire le indagini di polizia, al contrario prestando assistenza il medico ha posto in atto una condotta professionale positiva e finalizzata unicamente al miglioramento dello stato di salute, non certo a favorirne la latitanza.

Art. 10 - Documentazione e tutela dei dati-

Rispetto al precedente Codice deontologico (1995) questo articolo è stato aggiornato, nel nuovo Codice, nel pieno rispetto del principio deontologico alla "riservatezza", ma anche per l'esigenza di adeguamento alla nuova disciplina introdotta dalla Legge n° 675 del 1996 (Privacy). Nel Codice del 1995 questo articolo era titolato semplicemente "documentazione", il Codice attualmente in vigore, estendendo l'obbligo anche alla tutela dei dati "sensibili", ha voluto adeguarsi alla normativa europea affinché quei dati che appartengono alla sfera più intima dell'individuo non possano essere divulgati con procedura illegittima. Con questo articolo, in sostanza si ribadisce il dovere di tutela, da parte del medico, dei dati personali e dell'intera documentazione che dal paziente gli venga trasmessa. Volutamente da questo articolo è stato sottratto ogni riferimento alla diffusione dei così detti "bollettini medici", problematica questa specificatamente correlata alla Legge sulla "Privacy" e pertanto trasferita all'articolo successivo del Codice di deontologia. La diffusione dei mezzi informatici, nel campo sanitario, impone prudenza affinché i dati "sensibili" non siano oggetto d'illegittima divulgazione da parte del personale infermieristico. Tutto ciò trasferito in ambito di ricerca scientifica, impone di far sì che la pubblicazione e la divulgazione di lavori scientifici, avvenga non segna ignorare l'obbligo di evitare il rischio d'identificazione del paziente oggetto dello studio.

Il Garante per la protezione dei dati personali entro il corrente anno pubblicherà il testo unico sulla privacy, ciò consentirà di fare maggiore chiarezza su di una materia così delicata. Nel giugno scorso il Comitato centrale della FNOMCeO ha rilevato come la raccolta del consenso in un sistema caratterizzato dall'interazione di molteplici operatori con professionalità diverse, può determinare, qualora il consenso sia negato, una concreta turbativa del rapporto medico-paziente e pregiudizio nell'efficienze ed efficacia del trattamento sanitario, sulla base di tutto ciò è stata chiesta la revisione dell'Art. 12 della legge 675, con esplicito riferimento al fatto che in molti paesi europei non è previsto il consenso del paziente per quanto specificatamente concerne il trattamento dei dati sanitari finalizzati alla diagnosi e cura.

Art. 11 - Comunicazione e diffusione di dati-

Come già accennato la variazione dell'art. precedente ha comportato un adeguamento anche di questo articolo, nell'ambito del quale, rispetto al Codice del 1995, non si è voluto trattare soltanto l'argomento che fa capo alle "Cartelle cliniche e documentazione", ma più estesamente quello relativo alla "Comunicazione e diffusione dati". Con il rinnovo di questo articolo, nel nuovo Codice

si vuole sottolineare l'importanza che il tema del consenso riveste in materia d'esercizio della professione sanitaria, ove l'acquisizione di detto consenso da parte dell'interessato o dei legali rappresentanti, si configura come una delle basi della rinnovata normativa deontologica, anche nel caso in cui il sanitario si trovi nella situazione di dover diffondere bollettini medici.

EPILOGO

SOLUZIONE DEL CASO CLINICO (pag. 29)

La paziente assumeva colchicina autosomministrata; l'esame delle urine confermò l'assunzione surrettizia del farmaco, che può provocare, quali effetti collaterali, pancitopenia, neuromiopia e sindrome da malassorbimento secondaria ad atrofia dei villi intestinali.

Infatti, nonostante l'evidenza, la paziente negò di assumere altri farmaci oltre a quelli suggeriti dai curanti, colchicina compresa.

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 - Te] 0575/22724 Fax 0575/300758 - E-mail ordinear@ats.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 O- 13, interlinea singola, righe per pagina 50. tilpo di carattere Times New Roman, dimensione carattere 11, con massimo di 10 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 Ordinear@ats.it.

- Nel frontespizio devono essere indicati nome e cognome (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 20.

- Per gli articoli di Riviste devono essere riportati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del lavoro, la Rivista, il numero, le pagine e l'anno di pubblicazione: es: De Bac C, Stroffolini T, Gaeta GB, Taliani G, Giusti G. Pathogenetic factors in cirrhosis with and without hepatocellular carcinoma. A multicenter italian study. *Hepatology* 1994; 20:1225 - 1230. Nel caso di libri devono essere citati gli Autori, il titolo, l'edizione, l'editore, la città, l'anno. Per gli articoli su Internet dovrà essere indicato il sito. I lavori non ancora pubblicati possono essere segnalati con la dizione "in stampa" tra parentesi.

- Il materiale iconografico deve essere corredato

dall'indicazione della precisa collocazione nell'ambito del lavoro. Le tabelle dattiloscritte devono essere numerate in numeri romani e essere autoesplicative e non particolarmente complesse. Le illustrazioni devono recare sul retro il numero arabo progressivo, l'orientamento ed il nome degli Autori. Le didascalie vanno dattiloscritte su foglio separato, con chiaro riferimento alle figure. Le illustrazioni di radiografie si accettano stampate in positivo e di buona qualità. Disegni e grafici devono essere fotografabili in forma definitiva. Le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero. Qualora gli 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 - 52100Arezzo.

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.

- È vietata la riproduzione anche parziale degli articoli e delle illustrazioni non autorizzate dall'Editore.

- È 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.

