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

Temi di approfondimento

Il caso clinico

Congressi e Convegni

Aspetti Organizzativi

Storia della Medicina in Arezzo

Deontologia Medica

Leggi · Decreti · Circolari

Il Cesalpino

n°5 anno 2003

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

SOMMARIO

Temi di approfondimento
- Terapia medica degli adenomi ipofisari 1
- Terapia neurochirurgica degli adenomi ipofisari: l'esperienza dell'Unità Oerativa di Neurochirurgia dell'Azienda Ospedaliera Careggi-Firenze 6
- Acido folico, Vitamina B12 ed Eritropoietina: aspetti biochimici ed utilizzazione nella diagnostica di laboratorio 12
- La ventilazione meccanica non-invasiva a pressione positiva ad arezzo: nostra esprerienza 13

Il caso clinico
- Gliomatosis cerebri: aspetti clinici, neuroradiologici e neuropatologici di un caso 17

Convegni e Congressi 21

Aspetti Organizzativi
- Anestesia nelle Gestosi: casistica aretina 24
- L'accreditamento delle strutture sanitarie di riabilatazione 28

Storia della Medicina in Arezzo
- La pediatria ad Arezzo dal 1868 al 1911 35

Deontologia Medica
- Il Codice di Deontologia Medica: II parte 39

Leggi · Decreti · Circolari FNOMCEO e ENPAM 47

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

TERAPIA MEDICA DEGLI ADENOMI IPOFISARI

Rossella Nassi, Sandra Silvestri, Chiara Vezzosi
Endocrinologia USL 8 – Arezzo

Riassunto
Gli adenomi ipofisari possono essere trattati con terapia medica, chirurgica o con radioterapia. La terapia medica con dopamino-agonisti, nei prolattinomi, viene considerata il trattamento di prima scelta, risultando efficace nel normalizzare la prolattina e nel ridurre il volume del tumore, mentre la chirurgia e la radioterapia dell'ipofisi vengono riservate ai pazienti che non tollerano o non rispondono a tali farmaci. Gli analoghi a lunga durata della somatostatina (SMS) sono efficaci nell'acromegalia, nei casi in cui persiste ipersecrezione di GH dopo trattamento chirurgico. Dopamino agonisti e analoghi della SMS possono essere usati anche nei rari adenomi TSH e Gonadotropino-secernenti. Nel morbo di Cushing il trattamento di scelta è chirurgico (e radioterapico). Nei casi non risolti la terapia medica sarà rivolta a ridurre la secrezione surrenalica di cortisolo, non disponendo di farmaci capaci di bloccare la secrezione di ACTH. Infine l'ipopituitarismo, conseguente alla distruzione dell'ipofisi causata da macroadenoma o dai trattamenti chirurgico e/o radioterapico, può essere oggi efficacemente corretto.

Gli adenomi ipofisari possono essere trattati con terapia medica, chirurgica o con radioterapia: la scelta del trattamento dipende dalle caratteristiche dell'adenoma, cioè dalle dimensioni, dall'attività secretoria e dal tipo di secreto prodotto.

In ogni caso la terapia ha come scopo la rimozione o la riduzione della massa tumorale, la normalizzazione dell'ipersecrezione di ormoni (quando presente), il ripristino o la conservazione della funzione ipofisaria e la correzione dei residui difetti endocrini con appropriata terapia ormonale sostitutiva.

La terapia medica comprende quindi :
- farmaci capaci di normalizzare l'ipersecrezione ormonale degli adenomi funzionanti e, in alcuni casi, di ridurre la massa tumorale
- farmaci capaci di correggere l'ipopituitarismo parziale o totale dovuto all'espansione della massa tumorale o al trattamento chirurgico e/o radioterapico effettuati.[1]

FARMACI CHE CORREGGONO L'IPERSECREZIONE ORMONALE

Si tratta di farmaci che possono agire a livello dell'ipofisi o a livello delle ghiandole bersaglio delle tropine ipofisarie, correggendo o attenuando i sintomi e segni conseguenti all'eccesso ormonale. Alcuni di questi farmaci si sono dimostrati capaci di ridurre la massa tumorale.
Prenderemo in considerazione tali terapie a seconda del tipo di adenoma ipofisario.

Pituitary adenomas can be treated with medical, surgical and/or radioactive therapy.
Medical therapy is the first choice treatment for prolactin-secreting tumors. The most commonly used drugs are dopaminergic agents which inhibits Prolactin synthesis and release and are also often able to reduce tumor size. Patients intolerant or refractory to dopaminergic agonists are referred to pituitary surgery or radiation therapy. In GH-secreting adenoma the first choice therapy is surgery, but if standard guideline goals (GH <1mcg/L during OGTT and normal age and sex matched IGF1 levels) are not achieved, SMS have to be used in order to control the disease. To treat the rare TSH and Gn-secreting adenoma can be used both dopaminergic agents and SMS. In Cushing's disease the first choice treatment is surgery and eventually radiotherapy. If hypercortisolism persists, drugs acting at adrenal steroid synthesis level can be used, since a drug effective in reducing ACTH production doesn't exist
Finally hypopituitarism due to the "mass effect" of the macroadenoma or to the surgical or radioactive injury of the brain, can nowadays be corrected with hormone replacement therapy following as much as possible the physiological patterns of secrections.

PROLATTINOMI

La ridotta percentuale di successi nella chirurgia dei macroprolattinomi (30-40%), la ricorrenza relativamente alta nei microprolattinomi e la disponibilità di farmaci efficaci e generalmente ben tollerati come i dopamino-agonisti hanno reso il trattamento medico dei prolattinomi la terapia di prima scelta.
I farmaci dopamino-agonisti sono capaci di inibire la sintesi e rilascio della prolattina, correggendo le conseguenze cliniche dell'iperprolattinemia, rappresentate dalle irregolarità mestruali, dalla galattorrea e dall'anovulazione cronica nella donna, e dalla riduzione della libido e impotenza nell'uomo.
I dopamino-agonisti inoltre sono capaci di ridurre il volume del tumore nella maggior parte dei pazienti.
I farmaci in commercio in Italia sono rappresentati dalla bromocriptina, derivato dell'ergot, usata dall'inizio degli anni 70. La dose abituale varia da 2.5 mg/die a 20 mg/die. Il farmaco deve essere somministrato più volte al giorno (2-3) e può causare nausea, vomito, congestione nasale e ipotensione, effetti che spesso si riducono con il tempo e possono esser minimizzati dall'uso di dosi molto basse all'inizio della terapia, con aumenti graduali fino a raggiungere la dose efficace. Solo una minoranza di pazienti richiede l'interruzione del trattamento.
La riduzione di volume del tumore fino alla

sua scomparsa (shrinkage) può manifestarsi dopo un periodo di tempo variabile. In alcuni casi è rapidamente evidente e può essere massivo nei macroprolattinomi, tanto da correggere velocemente i difetti del campo visivo da compressione chiasmatica. (fig. 1 e 2)

Con lo scopo di migliorare la tollerabilità e ridurre la resistenza al trattamento, osservabile in alcuni pazienti, sono stati sviluppati nuovi farmaci dopaminergici come la cabergolina e la quinagolide (quest'ultima non in commercio in Italia) derivati dell'ergot a lunga durata di azione.

La cabergolina viene somministrata 1-2 volte alla settimana (in dosi che variano abitualmente tra 0.25-2 mg/sett) ed è di solito ben tollerata.
Pertanto nella maggior parte dei prolattinomi, la terapia di prima scelta è quella farmacologia, mentre quella chirurgica, eventualmente associata a radioterapia, viene riservata ai pazienti non responsivi o non tolleranti i dopamino-agonisti o che presentano tumori rapidamente espansivi.

La donne con iperprolattinemia, trattate con dopamino-agonisti, riacquistano abitualmente, nel giro di poco tempo, cicli ovulatori. Si pone pertanto il

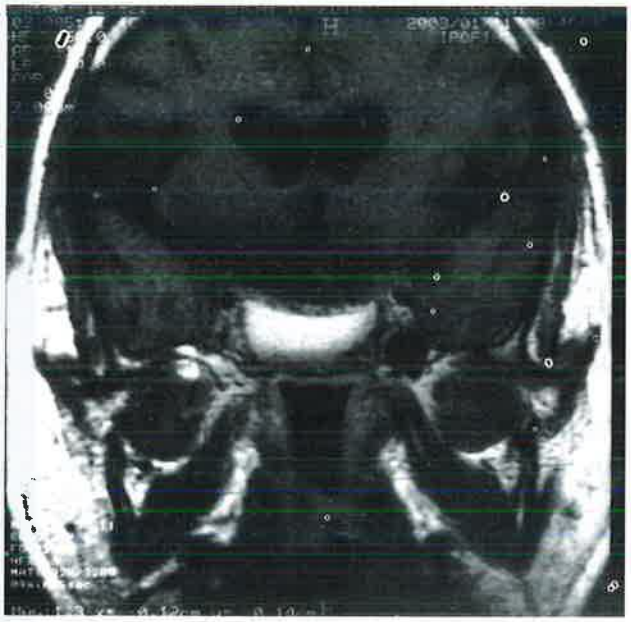


Fig. 1a · Involuzione emorragica di voluminoso macroprolattinoma in terapia con cabergolina, già sottoposto a riduzione chirurgica per via transfenoidale.

Fig. 1b · Lo stesso caso dopo un anno di terapia con cabergolina 1 mg/settimana.

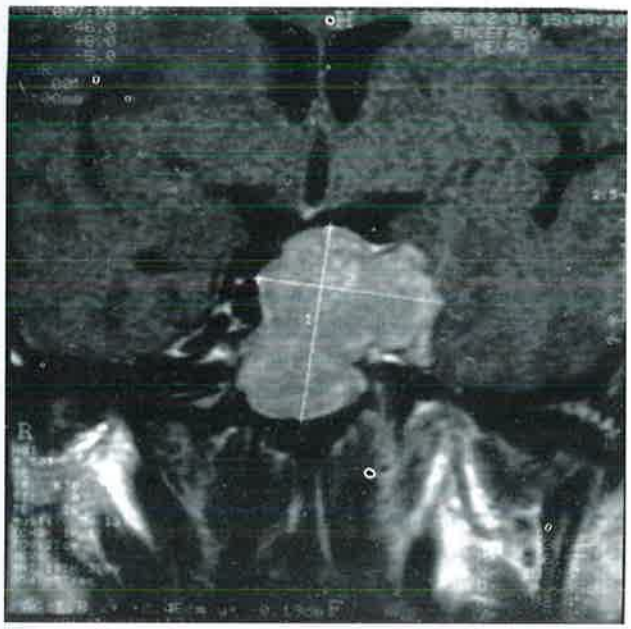


Fig. 2a · Voluminoso macroprolattinoma con estensione sovrasellare.

Fig. 2b · Lo stesso paziente dopo 3 anni di terapia con cabergolina 1 mg/settimana.

problema della gravidanza.
Per le donne che non desiderano la gravidanza, è dibattuto l'uso dei contraccettivi estroprogestinici, per il possibile effetto di stimolo degli estrogeni sulle cellule lattotrope. Tuttavia in microprolattinomi, con iperprolattinemia controllata dai dopamino-agonisti, è possibile associare contraccettivi orali a basso dosaggio di etinilestradiolo, che forniscono all'ipofisi una quantità di estrogeni inferiori a quella prodotta da un ovaio funzionante.
Nelle donne che invece desiderano la gravidanza, è ancora preferibile iniziarla con un farmaco conosciuto da più tempo, come la bromocriptina.
Il farmaco viene abitualmente sospeso alla diagnosi di gravidanza, salvo la necessità di riprenderlo in caso di espansione del tumore.
Tale rischio, attribuibile all'iperestrogenismo, appare trascurabile nei microprolattinomi (circa il 5%), mentre è maggiore (15-20%) nei macroprolattinomi.
In ogni caso è opportuno monitorizzare la paziente durante la gravidanza con esami campimetrici e, nei tumori di grosse dimensioni, la gravidanza deve essere sconsigliata almeno fino a che la terapia con dopamino-agonisti non abbia ridotto la massa neoplastica.[2]

ADENOMI GH SECERNENTI

L'ipersecrezione di GH (acromegalia) comporta oltre a gravi problemi a carico di ossa e articolazioni, anche danni metabolici, cardiovascolari, respiratori, mentre tuttora dibattuto è l'aumento del rischio oncologico, soprattutto del colon, in questi pazienti.[3,4,5]
La terapia deve prefiggersi pertanto, oltre alla riduzione della massa tumorale, la normalizzazione della secrezione di GH, ottenuta quando risultano normali (per età e sesso) le concentrazioni plasmatiche della IGF1 (somatomedina C) e quando in corso di OGTT, il valore nadir del GH è <1 microgrammo/L.[6]

La prima scelta è rappresentata dalla terapia chirurgica. Tuttavia l'efficacia di tale trattamento dipende oltre che dall'esperienza del chirurgo, dalle dimensioni e dall'estensione dell'adenoma e di livelli pre-operatori di GH, espressione della capacità secretoria del tumore. (fig. 3)
Pertanto è possibile che la malattia acromegalia non appaia perfettamente controllata dopo il trattamento chirurgico (nel 50% dei pazienti con macroadenoma), richiedendo anche il trattamento medico.
Tra i farmaci da più tempo usati vanno annoverati ancora i dopamino agonisti, il cui meccanismo di azione, negli adenomi GH secernenti, rimane da chiarire e che comunque solo in una minoranza di pazienti riducono i livelli di GH. L'uso dei dopamino-agonisti trova maggiore giustificazione nei tumori a secrezione mista GH-PRL. Da notare che le dosi richieste per ridurre la secrezione di GH sono 2-3 volte maggiori rispetto a quelle efficaci per correggere l'iperprolattinemia.

Gli analoghi a lunga durata di azione della somatostatina (octreotide, lanreotide) rappresentano oggi la terapia medica più efficace nell'acromegalia.[7,8]
La somatostatina (SMS) ipotalamica è il più importante inibitore fisiologico della secrezione di GH. La breve emivita tuttavia ne rende improponibile l'uso a scopi terapeutici nell'acromegalia.

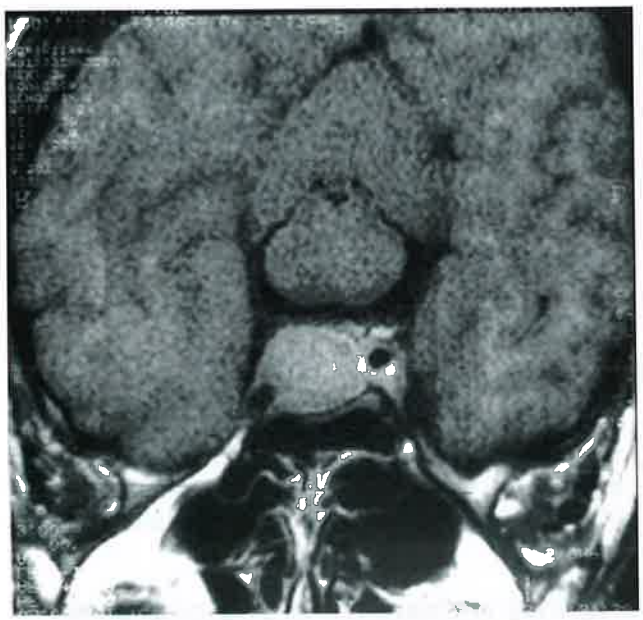


Fig. 3a · Voluminoso adenoma GH secernente con interessamento del sifone carotideo destro.

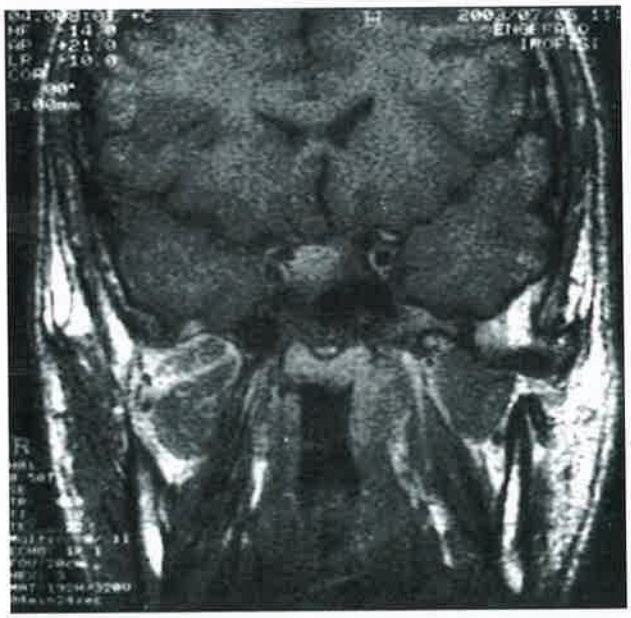


Fig. 3b · Lo stesso caso dopo trattamento chirurgico per via transfenoidale ed in terapia medica con lanreotide 60 mg ogni 28 giorni.

Negli anni 80 fu pertanto ottenuto un peptide ciclico, analogo alla SMS, formato da otto aminoacidi (octreotide) che dimostrò di essere un potente soppressore della secrezione di GH. La sua emivita è di 6 ore se somministrato per via sottocutanea. Più recentemente sono stati introdotti il lanreotide, analogo a lunga durata di azione della SMS, che può essere somministrato ogni 10-30 giorni grazie alla formulazione a cessione protratta e l'octreotide LAR, preparazione long-acting dell'octreotide anch'esso somministrabile ogni 10-30 giorni, sempre per via intramuscolare.
Gli analoghi a lunga durata di azione della SMS sono abitualmente ben tollerati. Reazioni avverse come nausea e diarrea si risolvono spesso con il prosieguo della terapia. Nel 25% dei pazienti si sviluppano calcoli biliari, che rimangono pertanto il principale effetto collaterale.
Il trattamento con analoghi della somatostatina riduce il GH nel 70-80% dei pazienti e normalizza l'IGF1 nel 40-50%, mentre meno significativo è l'effetto sulle dimensioni del tumore (riduzione del 20-50% della massa nel 30% dei pazienti). Ancora dibattuto è se l'uso degli analoghi della SMS prima del trattamento chirurgico possa migliorare il risultato dell'intervento.

Recentemente è stato prodotto (ma non è ancora in commercio) un antagonista del GH (pegvisomant) che blocca gli effetti dell'ormone, prevenendo la dimerizzazione del suo recettore, processo che è critico per la transduzione del segnale del GH e la sintesi e secrezione di IgF1. Il farmaco, somministrato alla dose di 10, 15 o 20 mg/die per iniezione sottocutanea, ottiene un rapido controllo dei sintomi legati all'eccesso di GH, mentre non ha effetto di riduzione della massa tumorale. In teoria, per il meccanismo d'azione, ill farmaco potrebbe anche facilitare la crescita del tumore, rischio che è ancora da valutare pienamente e che potrebbe essere contrastato dalla contemporanea somministrazione degli analoghi della SMS.[9,10]

ADENOMI ACTH -SECERNENTI

Il trattamento di scelta nel morbo di Cushing da adenoma ipofisario è quello chirurgico. Nelle forme recidivanti può essere ripetuta la chirurgia transfenoidale, soprattutto se è possibile, con esami radiologici, identificare una lesione ipofisaria. In alternativa si ricorre alla radioterapia.
Solo in rari casi si arriva ad effettuare una surrenectomia bilaterale per correggere l'ipercortisolismo persistente dopo ambedue i trattamenti.
Per quanto riguarda la terapia medica, i farmaci che si possono usare agiscono a vari livelli.
Tra i composti attivi a livello ipotalamo-ipofisario ricordiamo gli antagonisti serotoninergici come la ciproeptadina, la metergolina, la ketanserina; i dopamino agonisti; i GABA agonisti, come il valproato di sodio; gli analoghi della SMS. Purtroppo tutti questi farmaci sono raramente efficaci.
A livello della sintesi steroidea agiscono invece farmaci come il mitotane, l'aminoglutetimide e il chetoconazolo.
Il mitotane inibisce la desmolasi e la 11 beta-idrossilasi ed è dotato di attività citotossica sulle zone fascicolata e reticolare del corticosurrene. La dose abituale è di 1-4 g/die. Possono essere presenti importanti effetti collaterali (nausa, vomito, diarrea, lesioni dei nervi ottici). Evenienza comune è la comparsa di ipercolesterolemia che può essere controllata con farmaci ipolipemizzanti.
Il chetoconazolo, un imidazolico antifungino, è attualmente il farmaco più utilizzato per ridurre la secrezione di cortisolo. Agisce inibendo i citocromi mitocondriali coinvolti nella prima e ultima tappa della biosintesi del cortisolo. Inoltre può inibire l'attività secretoria della cellula corticotropa ipofisaria attenuando l'incremento compensatorio dell'ACTH.
La dose abitualmente impiegata varia da 400 a 1200 mg/die in 2-3 somministrazioni. Possibili effetti collaterali sono vomito, sonnolenza, ginecomastia e impotenza, ma la reazione avversa più importante è il danno epatico, in genere reversibile alla sospensione del farmaco, che si osserva nel 10% dei casi.
L'aminoglutetimide causa inibizione della sintesi di tutti gli steroidi, compreso l'aldosterone per cui si rende necessaria una terapia sostitutiva con fluoridrocortisone.
Il metirapone (non in commercio in Italia) inibisce l'11 beta-idrossilasi , causando un aumento dei precursori del cortisolo, come l'11 desossicortisolo e gli androgeni, con conseguente ipertensione e irsutismo.

Meccanismo di azione diverso ha il mifepristone (RU 486), potente antagonista recettoriale dei glicocorticosteroidi. Solo pochi pazienti sono stati trattati con questo farmaco, il cui effetto non può essere valutato dai livelli della cortisolemia, che tenderà a salire durante il trattamento, ma solo dalla sorveglianza clinica volta ad identificare i segni dell' insufficienza surrenalica.

ADENOMI TSH SECERNENTI

Sono rari, causano ipertiroidismo secondario e gozzo. Il trattamento di scelta è chirurgico, eventualmente seguito da radioterapia. La terapia medica comprende l'uso dei dopamino agonisti e, con migliori risultati, quello degli analoghi della SMS. In alcuni casi può essere richiesta la tiroidectomia.

ADENOMI SECERNENTI GONADOTROPINE

Anch'essi rari e di difficile diagnosi richiedono l'intervento chirurgico, eventualmente seguito dalla

radioterapia. In alcuni casi la bromocriptina si è rivelata efficace, così come i farmaci GnRH antagonisti, per abbassare i livelli delle gonadotropine.

ADENOMI NON SECERNENTI

Il termine adenomi non secernenti comprende entità biologiche diverse che hanno in comune la caratteristica di non rilasciare in vivo quantità di ormoni sufficienti a causare una sindrome clinicamente riconoscibile.
In realtà tali tumori spesso producono piccole quantità di FSH, LH, alfa subunità ecc. In genere di grosse dimensioni, sono causa di difetti campimetrici o ipopituitarismo; altre volte vengono scoperti casualmente nel corso di esami radiologici effettuati per altri motivi.
Il trattamento è abitualmente chirurgico o radioterapico. La terapia medica con dopamino agonisti e con analoghi della SMS non ha dimostrato efficacia.

CORREZIONE DELL'IPOPITUITARISMO

Gli adenomi ipofisari possono causare ipopituitarismo quando sono di grosse dimensioni. Talora anche il trattamento chirurgico e soprattutto la radioterapia possono comportare la necessità di correggere farmacologicamente la funzione ipofisaria.

La terapia sostitutiva può essere effettuata con farmaci che sostituiscono gli ormoni prodotti dalle ghiandole periferiche controllate dalle tropine ipofisarie.
Per esempio la terapia sostitutiva dell'ipotiroidismo secondario a patologia dell'ipofisi viene fatta con l-tiroxina, così come vengono usati glicorticoidi nell'insufficienza surrenalica secondaria.
In ogni caso la correzione dell'insufficienza surrenalica deve precedere quella dell'ipotiroidismo, per evitare l'aggravarsi dei segni e sintomi del deficit steroideo fino a una vera e propria crisi surrenalica.
La funzione gonadica invece può essere ripristinata dall'uso delle gonadotropine, FSH e LH. L'uso è richiesto soltanto per indurre l'ovulazione e la spermatogenesi, ripristinando la fertilità della coppia. Al di fuori di tale condizione viene invece effettuata terapia sostitutiva ovarica con estrogeni (abitualmente estrogeni coniugati o estradiolo per via transdermica o orale associato a progestinico) e terapia sostitutiva testicolare con testosterone, del quale più frequentemente vengono usati preparati depot per via intramuscolare (testosterone enantato), mentre l'uso per via transdermica, che garantirebbe concentrazioni plasmatiche più stabili e fisiologiche, viene limitato dal costo elevato e dalle frequenti reazioni allergiche locali.
L'uso del GH era fino a non molti anni fa raccomandato soprattutto nell'età evolutiva. Il GH però presenta anche nell'adulto importanti effetti metabolici, sull'osso, sull'apparato cardiovascolare, tanto che la sua carenza oggi viene ritenuta un fattore di rischio per molte patologie, in particolare quelle cardiovascolari. Ciò ha esteso l'uso dell'ormone, se i test di stimolo ne indicano un chiaro difetto, anche all'età adulta.
L'uso sempre maggiore del farmaco è stato facilitato anche dalla disponibilità di prodotti biosintetici, con garanzie di purezza non possedute dai vecchi prodotti ottenuti da ipofisi umane.
Raramente gli adenomi si associano a diabete insipido, che richiede trattamento con desmopressina, disponibile in soluzione per spray nasale, compresse e fiale per via intramuscolare.

CONCLUSIONI

Nel complesso le possibilità terapeutiche negli adenomi ipofisari sono oggi nettamente maggiori rispetto al passato, potendo disporre di farmaci capaci di correggere l'iperproduzione o il difetto ormonale e, in alcuni casi, di ottenere lo shrinkage del tumore.
Ai pazienti con tale patologia può essere garantita, in una buona percentuale di casi, la remissione dei segni e sintomi, con buona qualità della vita.
In tal senso la collaborazione di più figure specialistiche (endocrinologo, neurochirurgo, radioterapista) riveste importanza fondamentale.

Bibliografia

[1] Vance M.L. Medical treatment of functional pituitary tumors. *Neurosurg clin N Am* 2003 14(1) 81-7

[2] Bronstein MD, Salgado LR Medical management of pituitary adenomas: the special case of management of the pregnant women. *Pituitary* 2002 5(2) 99-107

[3] Melmed S,-Jackson I. Current treatment Guidelines for acromegaly. *J Clinic Endocrinol Metab* 1998 83(8) 2646-52

[4] Jenkins P, Besser M.-Acromegaly and cancer : a problem. *J clinic Endocrinol Metab* 2001 86 (7) 2935-41

[5] Melmed S.-Acromegaly and cancer : not a problem? *J Clinic Endocrinol Metab* 2001 86(7) 2929-34

[6] Melmed S. Casanueva FF, Cavagnini F. Guidelines for acromegaly management. *J Clin Endocrinol Metab* 2002 87(9) 4054-8

[7] Colao A, Marzullo P et al – Effectivness and tolerability of slow release lanreotide in active acromegaly. *J Endocrinol Invest* 1999 22:40-47

[8] Burt M.-Comparison of efficacy and tolerability of somatostatin anlogues and other therapies for acromagaly – Endocrine 2003 20(3) 299-306

[9] Pradhananananga S. Wilkinson I, Ross RJ – Pegvisomant: structure and function J Mol Endocrinol 2002 29(1) 11-4

[10] Stewart PM - Pegvisomant : an advance in clinical efficay in acromegaly
Eur J Endocrinol 2003 148 Suppl 27-32

TERAPIA NEUROCHIRURGICA DEGLI ADENOMI IPOFISARI:

L'ESPERIENZA DELL'UNITÀ OPERATIVA DI NEUROCHIRURGIA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI-FIRENZE

Franco Ammannati, Lorenzo Paoli, Paolo Bono, Pasquale Mennonna
Unità Operativa di Neurochirurgia, Azienda Ospedaliera Careggi-Firenze; Primario : Dr. P. Mennonna

Riassunto
Si valutano, da un punto di vista neurochirurgico, le problematiche relative agli adenomi dell'ipofisi, che rappresentano un importante settore della patologia neoplastica encefalica. Vengono descritti protocolli di trattamento multimodale.

Parole chiave: adenomi ipofisari, chirurgia transfenoidale, radioterapia, curieterapia.

Gli adenomi dell'ipofisi rappresentano un argomento eterogeneo e complesso da più punti di vista, anatomo-patologico, clinico-endocrinologico, terapeutico e , a tutt'oggi, i risultati delle terapie che, isolatamente o in associazione, mirano al loro controllo, non sono pienamente soddisfacenti.
Nel presente lavoro vengono passati in rassegna i vari tipi di adenomi ipofisari al fine di proporre i protocolli di trattamento seguiti presso la nostra Unità Operativa, protocolli elaborati sulla base dei dati recenti della Letteratura e della nostra esperienza clinica basata su quasi 660 casi trattati.

ASPETTI GENERALI.

Gli adenomi ipofisari costituiscono il 10-12 % dei tumori endocranici, colpiscono per lo più individui adulti, con prevalenza variabile delle donne. L'incidenza è di circa 15/1.000.000/anno e la prevalenza di circa 200/1.000.000. Nelle casistiche autoptiche la frequenza è del 23-25 %.Le lesioni con diametro inferiore a 10 mm sono definite microadenomi (intraipofisari, intrasellari), quelle con diametro superiore macroadenomi (intra-, infra-, sovra-, para- e retrosellari, paninvasivi, giganti). Si distinguono inoltre adenomi semplici (non invasivi, inclusi) e invasivi (con infiltrazione durale e ossea : invasività macroscopica nel 40% dei casi, microscopica nel 95 %), maligni (adenocarcinomi), aberranti e recidivanti.
Le ipotesi patogenetiche prevedono una patogenesi ipotalamica (con mantenimento del controllo ipotalamico: stimolazione dell'ipofisi dovuta alla perdita del feed-back della ghiandola bersaglio o disregolazione ipotalamica) e una ipofisaria (con autonomia dal controllo ipotalamico: crescita neoplastica a livello ipofisario per attivazione di un oncogene); secondo la "multistage theory" su una mutazione a livello ipofisario, di tipo monoclonale, agirebbero vari fattori di disregolazione, per cui vanno distinti gli adenomi, con crescita autonoma dall'ipotalamo e le iperplasie, con crescita dipendente dall'ipotalamo.
Gli adenomi vengono classificati in base alla secrezione ormonale in: adenomi attivi o secernenti: PRL-omi (frequenza autoptica 42%, chirurgica 34%), GH-omi (2 %, 21 %), ACTH-omi (4 %, 13 %), FSH-LH –omi (1 %, 6 %), TSH-omi (1 %) e adenomi inattivi (25 %, secernenti ormoni biologicamente inattivi o loro frazioni, null cell adenomas, oncocitomi).

PRL-OMI: età media 35 aa., prevalgono nelle femmine come microadenomi, nei maschi come macroadenomi. L'iperprolattinemia può essere dovuta alla presenza di prolattinomi o di iperplasia a PRL, a pseudoprolattinomi (lesioni espansive varie, con deconnessione ipotalamo-ipofisaria e diminuzione del tono inibitorio dopaminergico per compressione del peduncolo ipofisario), a iperprolattinemia funzionale (a es. da stress).
L'indicazione alla terapia dell'iperprolattinemia si pone per: infertilità da anovulazione, turbe del ciclo mestruale, galattorrea, diminuzione della libido nell'uomo, alterazione estrogenica e sue conseguenze (a es. aggravamento dell'osteoporosi post-menopausale), sintomi da compressione (in presenza di adenomi).
La terapia è:

1) medica (con farmaci dopaminoagonisti), di prima scelta e di mantenimento (nei microadenomi di recente diagnosi o per niente evolutivi e nei macroadenomi responsivi) o pre-operatoria.
2) chirurgica : di elezione (nei microadenomi, per evitare una terapia medica protratta), per intolleranza o resistenza alla terapia medica, per scelta della paziente; per progressivo aumento volumetrico dell'adenoma sotto terapia medica; se si associa ipersecrezione di GH e , di preferenza, nei maschi.
3) radiante: post-chirurgica su residui evolutivi, invasivi nella base cranica, sulle recidive.

GH-OMI: la diagnosi è spesso tardiva. La sindrome clinica di acromegalia nell'adulto e di gigantismo nel giovane si determina per: adenomi ipofisari GH secernenti, per difetto ipotalamico (eccesso di releasing factor, GHRH, o deficit di inhibiting factor, somatostatina); per secrezione ectopica di GHRH e /o GH (rara).

La terapia è:

1) chirurgica: con rapida remissione dei sintomi nell'80 % dei casi e scarsa incidenza di ipopituitarismo rispetto alla radioterapia.La guarigione è tanto più probabile quanto più piccolo e meno secernente è l'adenoma.
2) medica: con analoghi della somatostatina e dopaminergici.
3) radiante: post-chirurgica in caso di persistente ipersecrezione di GH , di recidiva dei sintomi o come prima scelta (ma con effetti tardivi).

I criteri di guarigione sono: GH basale inferiore a 1-5 ng/ml; GH inferiore a 1 ng/ml dopo OGTT, somatomedina C inferiore e 2,1 U/l; normale risposta ai tests dinamici; ricomparsa del ritmo circadiano del GH.

ACTH-OMI: più frequenti nelle donne, età media 35-40 aa.

La Sindrome di Cushing, con ipercortisolismo, può dipendere da: lesione ipotalamica ; adenoma ipofisario ACTH-secernente (morbo di Cushing); iperplasia ipofisaria ad ACTH; adenomi, carcinomi o iperplasia nodulare a carico delle surreni; secrezione ectopica di ACTH o CRF (da carcinoidi bronchiali, pancreatici).

La Sindrome di Nelson, con sviluppo di una neoplasia ipofisaria autonoma ACTH-secernente, aggressiva, si ha nel 15 % dei casi, da 1 a 15 anni dopo bisurrenectomia.

La terapia degli ACTH-omi è:

1) chirurgica (adenomectomia selettiva, emi-ipofisectomia mirata sui dati del dosaggio dell'ACTH con cateterismo selettivo simultaneo dei seni petrosi inferiori, ipofisectomia) .
2) radiante (esterna convenzionale e non convenzionale, radiochirurgia): ha efficacia tardiva.
3) medica (ketoconazolo, mitotane, sodio valproato): ha efficacia variabile.

TSH-OMI: rari e aggressivi, determinano la sindrome da inappropriata secrezione di TSH neoplastica (aumento degli ormoni tiroidei con TSH dosabile e, sul pano clinico, ipertiroidismo centrale). La terapia è combinata, chirurgica, radiante e medica.

FSH- e LH-OMI: rari, prevedono, in presenza di sintomi oculari o neurologici, una terapia chirurgica e eventualmente radiante complementare.

ADENOMI NON SECERNENTI: in generale macroadenomi, prevalgono nei maschi, si manifestano con sintomi visivi e neurologici associati a ipopituitarismo. La terapia è chirurgica, eventualmente associata a radioterapia post-operatoria e, raramente, a terapia medica (dopaminergici, analoghi della somatostatina e del GnRH).

TERAPIA CHIRURGICA DEGLI ADENOMI IPOFISARI: queste neoplasie vengono rimosse per via: 1) bassa o transfenoidale (95 % dei casi); 2) alta o transcranica, mediante craniotomia (5 %); per confronto si noti che nei craniofaringiomi il rapporto è invertito (approccio transcranico nel 95 % dei casi e transfenoidale nel 5 %). I craniofaringiomi pongono problematiche chirurgiche più complesse che gli adenomi: l'approccio è craniotomico, attraverso molteplici vie (subfrontale, pterionale, transcallosa, trans- lamina terminale, intertalamo-trigonale, subtemporale); la lesione ha spesso natura composita: vanno correttamente identificate e localizzate le porzioni cistiche, a volte assai estese, le parenchimatose, talora sanguinanti, e le calcifiche spesso di difficile rimozione.

Stretti sono i rapporti con le arterie del poligono di Willis, i nervi cranici, il peduncolo ipofisario e l'ipotalamo.

L'intervento mira all'asportazione macroscopicamente radicale della lesione, obiettivo questo che può e non sempre, essere raggiunto con rischi chirurgici non trascurabili.

L'indicazione all'intervento chirurgico per adenoma ipofisario deve tener conto dell'età e delle condizioni generali del paziente; della presenza di alterazioni endocrine, visive, neurologiche; delle dimensioni e della morfologia del tumore, degli eventuali trattamenti precedenti.

Gli scopi dell'intervento sono, come priorità: 1) nei microadenomi: l'eliminazione dell'ipersecrezione ormonale,il rispetto del tessuto ipofisario sano; 2) nei macroadenomi inclusi (cioè contenuti dalla limitante durale): l'asportazione della neoplasia, la remissione dei disturbi endocrini, il miglioramento degli eventuali deficit visivi; 3) nei macroadenomi invasivi: la riduzione della massa neoplastica e il blocco della ricrescita, il miglioramento dei deficit visivi e neurologici. Tali scopi devono essere raggiunti esponendo il paziente al più basso rischio possibile e nel minor tempo possibile. La prognosi degli adenomi secernenti dipende da molti fattori: dimensioni, livello di secrezione ormonale, presenza di invasività macro-e microscopica, potenzialità proliferativa, consistenza strutturale, cosecrezione ormonale, età del paziente.

La via chirurgica di approccio agli adenomi è, come già detto, nel 95% dei casi, transfenoidale (TSF) con accesso rinosettale o sublabiale: essa ha indicazione assoluta negli adenomi intrasellari, in quelli a sviluppo inferiore, nel seno sfenoidale, nei paninvasivi della base cranica ; nei pazienti anziani o defedati; in presenza di disturbi visivi gravi e di lunga durata ; in caso di sanguinamento intratumorale con sintomatologia neurologica e endocrina acuta ; nei tumori rivelati da rinoliquorrea e/o meningite. Indicazioni relative alla via TSF sono: tumori con estensione soprasellare, ma inclusi, oppure con estensione verso l'alto anche

voluminosa, verticale o poco laterale, purché il colletto, a livello del diaframma della sella, sia largo (lesioni non "a bisaccia"); tumori anche grossi ma cistici o molto molli. Indicazioni chirurgiche urgenti sono: il peggioramento rapido del visus, l'apoplessia intralesionale (con cefalea, iposurrenalismo, deficit visivo e campimetrico, oftalmoplegia, sintomi meningei da sanguinamento nello spazio sbaracnoideo), l'idrocefalo acuto o un effetto massa rapidamente ingravescente.
I vantaggi della via TSF sono: la rapidità di esecuzione, la scarsa traumaticità, la bassa mortalità (1,5 %) e morbilità (5-7 %), la possibilità di escidere selettivamente i microadenomi, con conservazione della funzionalità ipofisaria.
La via transcranica (con accesso subfrontale, pterionale-transilviano, transcalloso, subtemporale) è riservata agli adenomi invasivi con voluminosa estensione endocranica, ai tumori "a bisaccia", a quelli fibrosi (circa 5 %) o con grosse estrinsecazioni laterali, anteriori o posteriori. La morbilità e la mortalità sono, in questo caso, più alte (rispettivamente 5-15 % e 3-8 %). Negli ultimi tempi è stata attuato, in casi selezionati, un approccio transnaso-sfenoidale per via endoscopica, che consente di ridurre ulteriormente l'invasività chirurgica.

DIAGNOSTICA DEGLI ADENOMI IPOFISARI: si fonda sulla clinica, sulle indagini di laboratorio (esami endocrinologici basali e dinamici), sulle metodiche neuroradiologiche (TC, RM, eventualmente angiografia cerebrale). Sia la TC per lo studio dell'osso in proiezione coronale, sia la RM per le strutture parenchimatose e vasali, sono necessarie per la pianificazione di un approccio transfenoidale; la RM in particolare consente di riconoscere le strutture vasali normali, para e sovra-sellari ed eventuali anomalie vascolari; inoltre in caso di lesioni ipofisarie non secernenti, la RM, assai meglio della TC, permette di escludere un aneurisma ad estrinsecazione nella sella.
Altro reperto importante da un punto di vista chirurgico è la coesistenza di un microadenoma con una empty sella parziale, evenienza non rara, che espone al rischio di una rinoliquorrea e richiede una tecnica operatoria ancora più prudente che di norma.
Ulteriori dati anatomo-chirurgici da valorizzare sono i rapporti con il peduncolo ipofisario, le vie ottiche anteriori e l'ipotalamo, per prevenire un diabete insipido, gravi alterazioni visive e neurologiche e con i seni cavernosi che possono essere compressi o infiltrati, con problemi chirurgici ben diversi, trattandosi nell'un caso di adenomi inclusi, nell'altro di adenomi invasivi, che sfuggono ad una exeresi completa, con persisitenza dello stato di malattia, quando si tratti di lesioni secernenti; in tal caso la infiltrazione dei seni richiede un trattamento associato medico e radiante, per prevenire recidive, sul piano oncologico e controllare la malattia su quello endocrino.
Presso l'U.O. di Neurochirurgia di Careggi si attua, in tali circostanze, un originale trattamento combinato chirurgico e curieterapico (TCCC) che, associando all'asportazione per via transfenoidale una curieterapia mediante cateteri after-loading con fili di Iridio 192, mira alla "sterilizzazione" di eventuali residui adenomatosi: si uniscono così in un solo trattamento, poco invasivo e di breve durata, i vantaggi della chirurgia e della radioterapia, riducendo, nel contempo, i rischi di questa.
Nel TCCC sono impiegati cateteri afterloading rimovibili per curieterapia, che vengono impiantati nella cavità residua, dopo l'asportazione, se possibile completa, per via transfenoidale, del tumore ipofisario. Sulla base di controlli TC-RM, che documentano l'entità dell' exeresi e il corretto posizionamento del catetere, vengono elaborati i piani di trattamento curieterapico, con l'obiettivo di "sterilizzare" il letto neoplastico dal punto di vista oncologico e endocrino. Il catetere viene poi caricato, in ambiente protetto, con un ago di iridio 192; una volta erogata la dose prestabilita, in genere 20-35 Gy, il catetere contenente l'isotopo viene sfilato dalla narice, di solito dopo 24-48 ore.
Può essere integrato, in rapporto alle caratteristiche morfologiche e biologiche della singola lesione (dimensioni, entità del residuo,invasività osteodurale verso i seni cavernosi e il seno sfenoidale, tasso di secrezione ormonale, unica o multipla, potenzialità proliferativa, struttura molle o fibrosa, età e condizioni generali del paziente) un trattamento RT esterno complementare a dosi ridotte (20-35 Gy) rispetto agli standard della Letteratura: in tale caso la curieterapia agisce come "boost ". Nel TCCC si eroga una dose concentrata, regolabile in rapporto all'area da irradiare e agli scopi da ottenere, che possono essere sia il controllo endocrino di un residuo di adenoma secernente invasivo nel seno cavernoso, sia il controllo oncologico della ricrescita di un macroadenoma non secernente rimosso in modo incompleto per via transfenoidale.

Sono state individuate le seguenti indicazioni per il TCCC: 1) macroadenomi secernenti invasivi, 2) microadenomi altamente secernenti, con carattere di invasività, 3) morbo di Cushing (sostenuto da : microadenomi non visibili, macroadenomi, iperplasia ad ACTH), 4) sindrome di Nelson, 5) TSH-omi, 6) macroadenomi non secernenti incompletamente rimossi o con elevata aggressività biologica, 7) recidive.

Più in particolare il TCCC, a nostro avviso, è indicato, in pazienti adulti:
a) come trattamento esclusivo (fino a una dose massima di 45 Gy a 0,5-0,75 cm dalla sorgen-

te) in: microadenomi secernenti GH, ACTH, TSH e in macroadenomi PRL- secernenti non responsivi, in termini di shrinkage, alla terapia con dopaminoagonisti oppure in macroadeno mi non secernenti, con diametro massimo, dell'eventuale residuo post-operatorio, di 1,5 cm.

b) come " boost " (20-35 Gy) in associazione a RT esterna (a dosi ridotte rispetto agli standard della Letteratura : 20-35 Gy, con frazioni di 1,8 Gy, su 3 campi di 2 x 2 – 4 x 4 cm, 5 gg alla settimana) nei macroadenomi secernenti ACTH e TSH, nei macro-GH-omi ipersecernenti, nei macroadenomi non secernenti invasivi, nei macroprolattinomi non rispondenti alla terapia medica e nelle recidive.

Gli "end points" del trattamento sono: 1) l'assenza di residui neoplastici o, se presenti, la loro stabilità nei controlli neuroradiologici (TC diretta post-operatoria immediata, RM con Gd-DTPA a 6-24-48 mesi); 2) la normalizzazione dell'ipersecrezione ormonale nelle forme endocrinologicamente attive; 3) le preservazione o il miglioramento della funzionalità ipofisaria residua.

META-ANALISI DELLA LETTERATURA Follow-up oncologico (fo) ed endocrino completo (fec) con chirurgia TSF + eventuale radioterapia			
		fo	fec
GH	Inclusi	84 – 98 %	68 – 81 %
	Invasivi		17 – 42 %
PRL	Micro	80 – 96 %	70 – 93 %
	Macro	70 – 85 %	5 – 34 %
ACTH		80 – 90 %	70 – 84 %
Non Secernenti		80 – 95 %	40 %

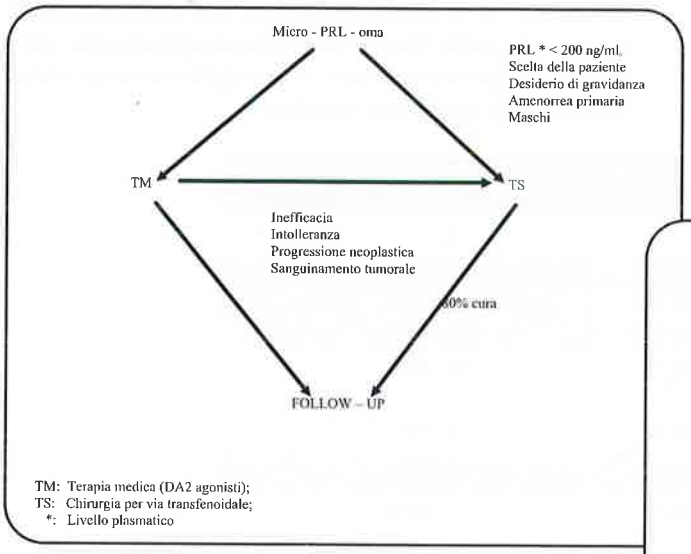
Riportiamo la casistica di lesioni della regione diencefalo-ipofisaria della Unita' Operativa di Neurochirurgia Azienda Ospedaliera Careggi – Firenze

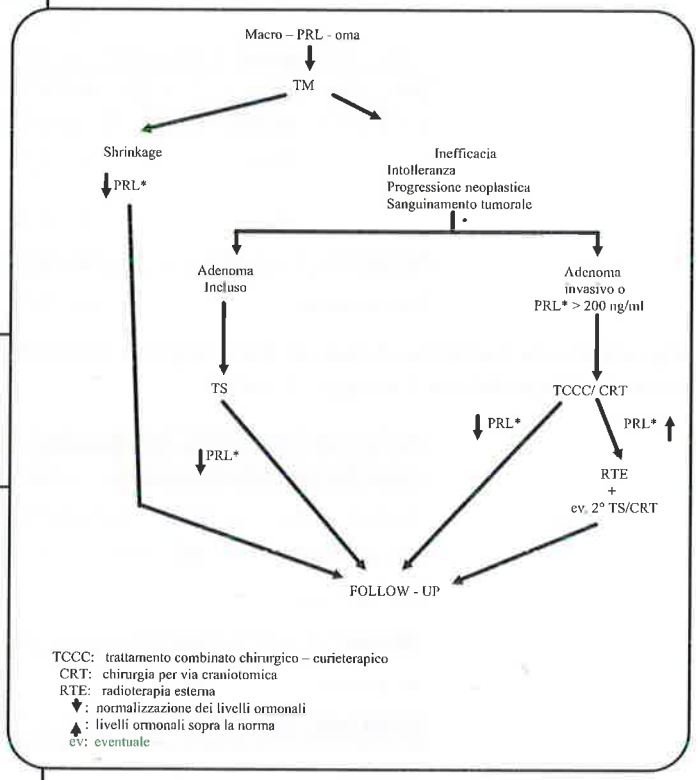
PATOLOGIA DIENCEFALO-IPOFISARIA CHIRURGIA TRANSFENOIDALE - CASISTICA 1987-2003 : Totale : 444				
Adenomi ipofisari	378	macroadenomi : 261	microadenomi : 117	TCCC : 136
GH-omi :	99	56	43	54
GH / PRL-omi :	10	7	3	
PRL-omi :	95	66	29	20
ACTH-omi :	46	6	40	23
ACTH / PRL- omi :	2	1	1	
TSH-omi :	1	1		1
TSH / PRL-omi :	1	1		
NS non secernenti :	124	123	1	38
Craniofaringiomi :	16			6
Cordomi :	6			
Condromi :	3			
Plasmocitomi :	4			
Metastasi :	4			
Lesioni cistiche :	11			
Rinoliquorrea :	7			
Vari :	15			

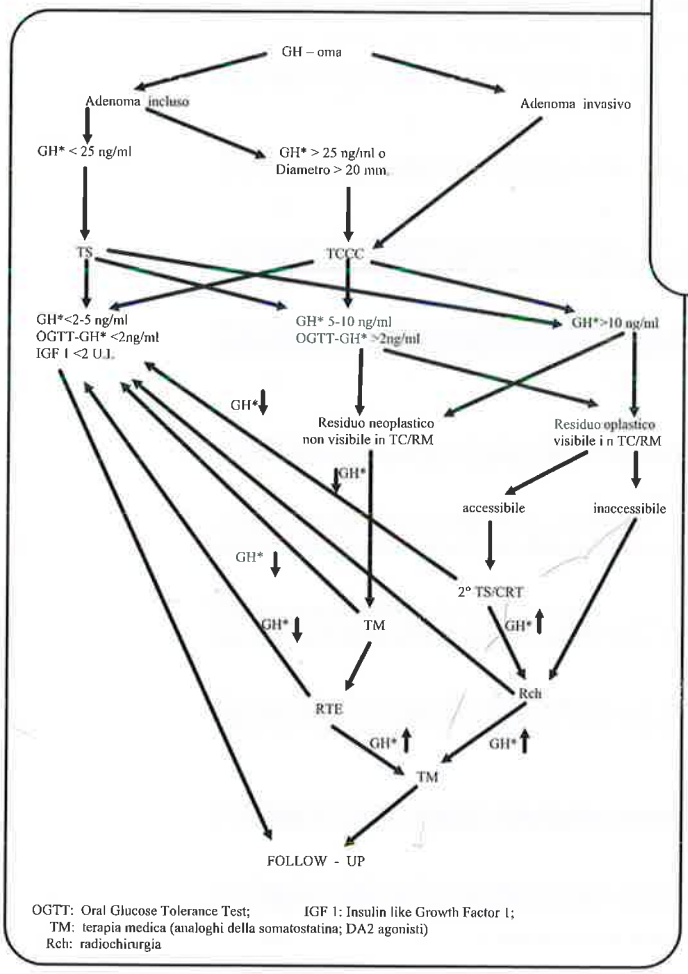
CHIRURGIA CRANIOTOMICA - CASISTICA 1970-2003 : Totale	386
Adenomi ipofisari	168
Craniofaringiomi	4
Vari (meningiomi sovra-parasellari, gliomi delle vie ottiche ecc.)	176

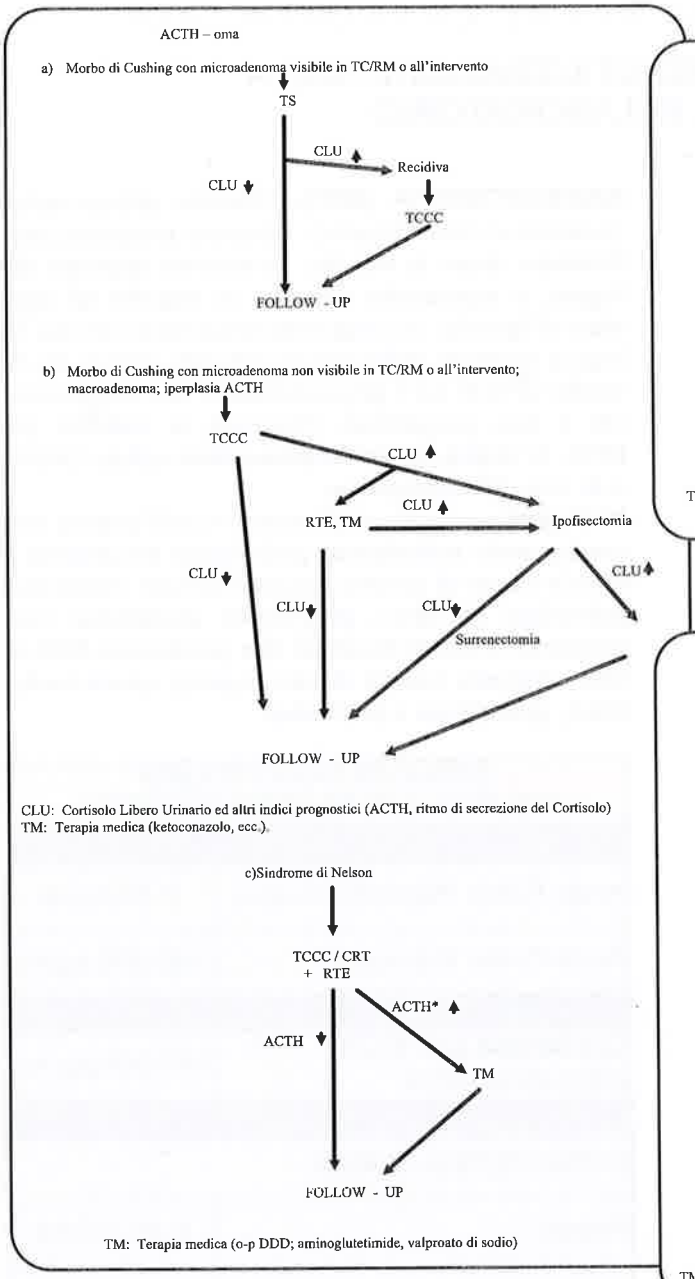
L'esperienza acquisita ci induce a proporre protocolli di trattamento multimodale, chirurgico, medico e radiante, al fine di ridurre il rischio sia chirurgico sia radioterapico, ottimizzando i risultati clinici in questo gruppo di neoplasie.

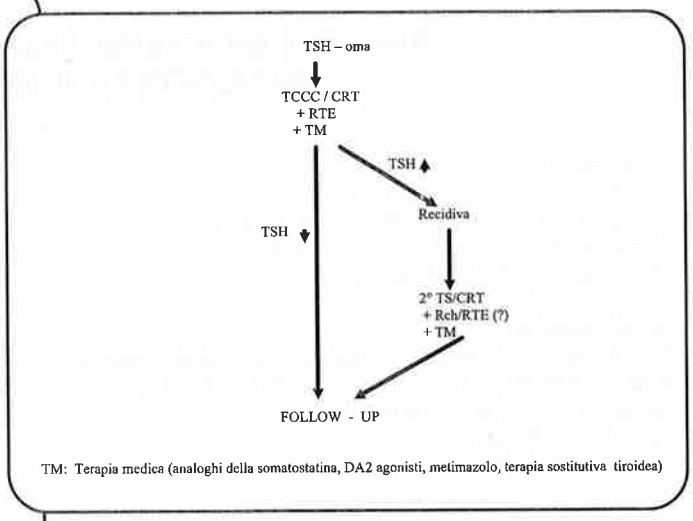
PROTOCOLLI DI TRATTAMENTO

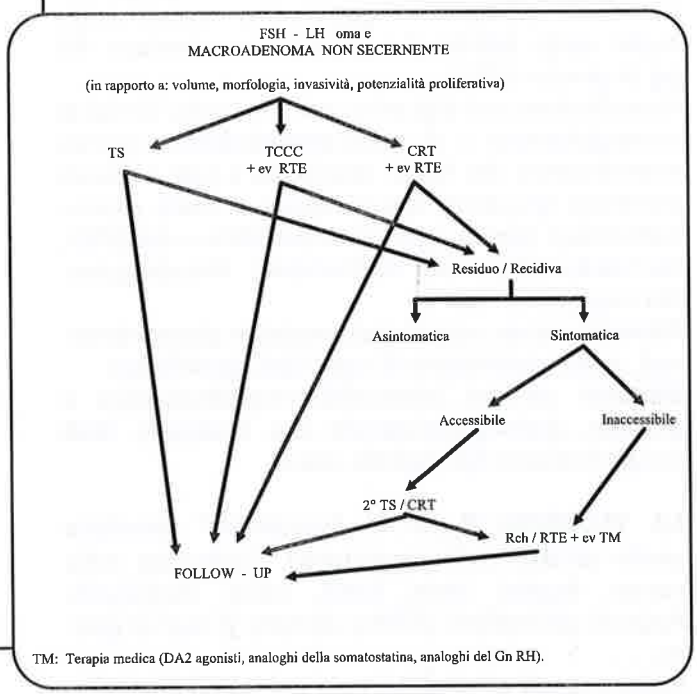












Bibliografia

- AMMANNATI F., BORDI L., MARIOTTI F., MENNONNA P., PERTICI M., MARZANO S., CIONINI L.: Trattamento combinato chirurgico curieterapico degli adenomi ipofisari. Giornale di Patologia chirurgica cranio facciale. Anno II,N 1, Gennaio-Marzo 1996.

- BARROW D.L., SELMAN W.R. Neuroendocrinology. Baltimore, Williams& Wilkins, 1992.

- BLOOM H.G.: Radiotherapy of pituitary tumors. in: Jenkins J.S. ed. Pituitary tumors. London, Butterworth, 1973, 165-197.

- CIRIC I., MIKHAEL M. STAFFORD T. Transsphenoidal microsurgery of pituitary macroadenomas with long term follow up results. J.Neurosurg 59:395-401,1983.

- FAGLIA G., BECK-PECCOZ P., AMBROSI B., TRAVAGLINI P., SPADA A. Pituitary Adenomas.New trends in basic and clinical research. Amsterdam, Excerpta Medica, 1991.

- HARDY J. Transsphenoidal hypophysectomy. J. Neurosurg. vol 34: 582-594, 1971.

- JHO H.,CARRAU R.L. Endscopic endonasal transsphenoidal surgery: experience with 50 patients. J.Neurosurg. 87: 44-51,1997.

- MALLARD J.H., Mc KIMMELL A., FRANCOIS P.E.: Seeds of pure beta ray emitter (yttrium 90) for radiation hypophysectomy. Nature,1956,178:1240-1241.

- MOHR G., HARDY J., COMTOIS R., BEAUREGARD H. Surgical management of giant pituitary adenomas. Can.J. Neurol. Sci. 1990;17.62-66.

- WHITE W.L.,LANZINO G., IMAN FEIZ-ERFAN The transseptal transsphenoidal approach to pituitary tumors. Barrow Quaterly, vol 18 n°3,2002.

ACIDO FOLICO, VITAMINA B12 ED ERITROPOIETINA

ASPETTI BIOCHIMICI ED UTILIZZAZIONE NELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

E.Marinello
Dipartimento di Medicina Interna,
Scienze Endocrino-Metaboliche e Biochimica,
Sezione di Biochimica, Facoltà di Medicina,
Università degli Studi di Siena

Per informazioni:
Prof. E. Marinello, Sezione di Biochimica, Dipartimento di Medicina Interna, Scienze Endocrino-Metaboliche e Biochimica, Complesso Istituti Biologici,
Via A. Moro, Siena.
Tel.: 0577-234286; Fax: 0577-234285

L'ACIDO FOLICO è una vitamina del gruppo B contenuta nel lievito, fegato, rene, cereali, latte, foglie verdi; fabbisogno giornaliero calcolato: 50 pg al giorno (USA).
Assorbimento nel digiuno e nell'ileo, sotto forma di monoglutamato e di metil-tetraidrofolico; circolo enteroepatico dei folati; distribuito a tutti i tessuti (recettori specifici); trasportatore di unità monocarboniose (sintesi dell'acido timidilico e del DNA, dei nucleotidi purinici, dell'istidina). Grande quantità negli eritrociti.
Carenza: cause nutrizionali, malattie gastrointestinali, malassorbimento di ogni tipo, gravidanza.
Sintomi: anemia macrocitica-megaloblastica e glossite, ipersegmentazione dei neutrofili, shift megaloblastico del midollo osseo.

LA VITAMINA B_{12} è un "corrinoide" (struttura simile all'eme dell'emoglobina). Contenuta nella carne, fegato, rene, latte, uova, molluschi. Apporto giornaliero (USA): almeno 2 mgr al giorno.
Rilascio dagli alimenti (azione del succo gastrico), legame con le glicoproteine salivari (=cobalofiline) e poi con il fattore intrinseco (porzione alta del tenue), assorbimento nell'ileo, circolo enteroepatico. Trasporto nel plasma: legame con le transcobalamine I, II e III (la più importante è la II). Distribuzione in tutti i tessuti.
Forme attive: metilcobalamina e desossiadenosilcobalamina. Regola i livelli di "acido folico attivo", e pertanto la sintesi dell'acido timidilico, del DNA.
Carenza: cause nutrizionali, malassorbimento di ogni tipo, deficienza congenita del fattore intrinseco e della transcobalamina II, eccesso di ossido d'azoto.
Sintomi: anemia perniciosa (sindrome tipica), severa anemia con macrocitosi (MCV > 96 fl), leucopenia, midollo megaloblastico, glossite, gastrite atrofica, polineuropatia.

ERITROPOIETINA (EPO). Ormone glicoproteico (naturale e ricombinante). Struttura primaria nota. Prodotto, dopo la nascita, in minima quantità dal fegato, e soprattutto dal rene in seguito ad ogni stato di ipossia, cui segue immissione in circolo. Si lega a recettori delle cellule eritroidi, agisce tra lo stadio CFU-E ed il proeritroblasto, sui megacariociti e loro progenitori. Prolunga la stabilità del DNA, la vitalità, la proliferazione delle cellule CFU-E e la loro differenziazione.
Variazioni: aumenta nell'anemia e nell'ipossia con conseguente policitemia; policitemia secondaria a tutte le cause di ipossia tissutale (cause cardiache, polmonari ed altre); policitemie secondarie normossiche (focolai di cellule che producono EPO in tutti i distretti, tumori di vari organi); cause endocrine, gravidanza e prematuri.

LIVELLI DI ACIDO FOLICO VITAMINA B12 ED ERITROPOIETINA.	
Acido Folico Plasmatico/Serico	2-16 ng/ml
Acido Folico Eritrocitario	120-800 ng/ml
Cobalamina (Vit. B12) plasmatica/serica	140-900 pg /ml
ERITROPIETINA SERICA	
Maschi	9-26 mU/ml
Femmine	11-30 mU/ml

QUANDO È RACCOMANDATA LA VALUTAZIONE.
Folati e Vit. B12: in tutti i pazienti, di qualsiasi età, con anemia di difficile interpretazione.
EPO: in funzione del quadro ematologico (anemia, policitemia, funzione renale ed altre malattie).

Tali determinazioni hanno significato in Medicina Generale, Ematologia, Pediatria, Geriatria, Oncologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Medicina Scolastica e Sportiva. Aprono la strada a notevoli applicazioni terapeutiche. Sono effettuate presso la Sezione di Biochimica, Dipartimento di Medicina Interna, Scienze Endocrino-Metaboliche e Biochimica, Università di Siena, convenzionato con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese.

LA VENTILAZIONE MECCANICA NON-INVASIVA A PRESSIONE POSITIVA AD AREZZO:

NOSTRA ESPRERIENZA

Raffaele Scala, Giovanni Coniglio, Mario Naldi
U.O. di Pneumologia, USL 8, Ospedale S. Donato
Via Nenni, 20 - 52100 Arezzo

Per corrispondenza:
Dr. Raffaele Scala
Via Caduti sul Lavoro, 8 - 52100 Arezzo
Tel. 0575.21429

Questo lavoro è stato presentato al Convegno "L'area di terapia intermedia respiratoria (RHDU) nella gestione ospedaliera dell'insufficienza respiratoria acuta", tenutosi ad Arezzo il 14 giugno 2003

Riassunto
Gli autori riportano l'attività di ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva (NIPPV) nell'insufficienza respiratoria acuta (IRA) svolta ad Arezzo mettendo a fuoco la nascita, il modello organizzativo, gli obiettivi proposti, i risultati ottenuti e le prospettive future.
Iniziata per necessità con il trattamento di un caso di coma ipercapnico, la NIPPV viene recentemente implementata in una unità di monitoraggio respiratorio all'interno del reparto di Pneumologia con ottimizzazione delle limitate risorse economiche aziendali. L'esperienza fino ad ora maturata con la NIPPV (periodo gennaio 1996 - gennaio 2003) include 199 casi di IRA grave, prevalentemente di tipo ipercapnico in soggetti con riacutizzazione di BPCO, con successo dell'80% nell'evitare l'intubazione endotracheale. Vengono infine sottolineati gli obiettivi raggiunti di tipo economico (riduzione del numero dei ricoveri e della durata di degenza in Unità di terapia intensiva generale) ed etico (rispetto della dignità della vita in pazienti in fase terminale che rifiutano le cure invasive) e le prospettive future in relazione all'esigenza di dare una risposta sempre più concreta ai "bisogni respiratori acuti" dei cittadini.

Parole chiave
Insufficienza respiratoria acuta, ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva, intubazione endotracheale, unità di terapia semi-intensiva respiratoria, unità di terapia intensiva generale.

INTRODUZIONE

Nonostante i primi tentativi rudimentali di ventilazione meccanica non-invasiva a pressione positiva (NIPPV) risalgano alla fine del 1700, tale tecnica ventilatoria ha preso piede in campo clinico solo a partire dagli inizi degli anni '80 del secolo scorso con l'introduzione di più adeguate interfacce per il trattamento domiciliare della sindrome dell'apnea ostruttiva notturna[1]. Dal 1989, in cui è apparso il primo lavoro sull'applicazione della NIPPV in una serie di 10 casi affetti da insufficienza respiratoria acuta (IRA), tale tecnica e' stata sempre più diffusamente impiegata nel trattamento ospedaliero di pazienti respiratori critici, con progressiva estensione sia del tipo (dall' ipercapnica all' ipossiemica) sia dell'eziologia di IRA trattata (dalla BPCO, all'edema polmonare cardiogenico, alle polmoniti, all'IRA post-traumatica, post-chirurgica e negli immunodepressi) sia del setting di applicazione della NIPPV (dalla terapia intensiva al reparto di Pneumologia)[2].
Il crescente interesse per la NIPPV e' da mettere in relazione ad alcuni fattori-chiave:
- il "salto clinico" realizzato con la NIPPV che evita o riduce il ricorso all'intubazione endotracheale (ETI) e alla ventilazione meccanica invasiva (IMV) con le sue temibili complicanze nell'IRA non-responsiva alla terapia convenzionale[2];
- il "salto culturale" dello pneumologo grazie al suo interesse per l'intensivologia respiratoria fino ad ora ad appannaggio dell'anestesista-rianimatore, con l'allargamento dell'armamentario terapeutico nell'IRA dai farmaci e dall'O2-terapia al supporto ventilatorio non invasivo[3];
- il "salto tecnologico" dell'industria con la costruzione di interfacce sempre più confortevoli e versatili (dal boccaglio orale alle maschere nasale e facciale fino al più recente elmetto) e di ventilatori sempre più sofisticati dotati di sensibili algoritmi di ciclaggio e avanzati sistemi di monitoraggio e allarme (dal prototipo di BiPAP fino ai più moderni ventilatori di fascia elevata, molto simili a quelli da terapia intensiva)[1,2];
- il "salto organizzativo e assistenziale" nel management del paziente con IRA ventilato prevalentemente in modo non-invasivo, grazie al training di un adeguato staff infermieristico e fisioterapico [4,5];
- il "salto emotivo" dell'intero team coinvolto nella NIPPV, inteso come "sinolo" aggiornamento scientifico-spirito di sacrificio, "ingredienti" chiave per il successo di tale tecnica di supporto;

Lo scopo di questo lavoro e' di riportare l'attività di NIPPV nell'IRA ad Arezzo negli ultimi anni mettendo a fuoco la nascita, il modello organizzativo, gli obiettivi proposti, i risultati ottenuti e le prospettive future.

MATERIALI E METODI

ORIGINE

L'esordio dell'esperienza aretina e' avvenuta alla fine del 1995 per "motivi di necessità" dovuto all'ammissione nella nostra Unità Operativa di un caso di carbonarcosi secondario a esacerbazione di grave BPCO per l'assenza di posti letto in Unità di terapia intensiva generale (UTIG). Nonostante la grave alterazione del sensorio e' stato tentato l'approccio con NIPPV in attesa di posti letto in UTIG. Dopo 72 ore di NIPPV si assisteva al miglioramen-

to delle condizioni del paziente che riprendeva totalmente la propria autonomia ventilatoria e veniva dimesso dopo 10 giorni di degenza[6].

MODELLO ORGANIZZATIVO

Il trattamento di tale "caso-limite" ha funzionato come trigger per dare impulso alla NIPPV nella nostra realtà mediante un modello organizzativo compatibile con le "forze sanitarie in campo" limitate principalmente nel numero delle unità infermieristiche. In considerazione del ruolo cardine svolto dal personale paramedico nel successo della NIPPV, e' stato promosso un training per il team infermieristico e fisioterapico mediante due corsi sulla NIPPV e sulla gestione dell'IRA con aggiornamento periodico mediante brevi seminari su ventilatori e interfacce di nuova introduzione. E' stata istituita una pronta disponibilità pneumologica per rendere possibile l'intervento specialistico sui pazienti in NIPPV in caso di urgenza. Costante e attiva e' stata la collaborazione dei colleghi della UTIG, quando è stato necessario il passaggio dalla NIPPV alla IMV e/o un più stretto monitoraggio cardio-respiratorio. La nostra Unità Operativa e' dotata di 25 posti letto ordinari, di cui 3 riservati al monitoraggio e/o alla NIPPV dell'IRA; il rapporto infermiere-paziente nell'intero reparto varia da 1/8.3 (mattino) a 1/12.5 (pomeriggio e notte) con l'ausilio di OTA (n.2: mattino; n.1: pomeriggio e notte) e fisioterapisti (n.1: 5/7 mattine) e la coordinazione da parte di un medico referente. Stretta e' la collaborazione con i medici di medicina generale e con il servizio di assistenza territoriale per una migliore gestione di pazienti che richiedono ventilazione meccanica domiciliare dopo la fase acuta o che comunque hanno una limitata autonomia ventilatoria. Tali caratteristiche della nostra struttura sono assimilabili a quella di una Unità di Monitoraggio Respiratorio[3].

OBIETTIVI

Gli obiettivi che ci siano proposti con la NIPPV nella realtà aretina sono stati i seguenti:

- ridurre il numero di ammissioni in UTIG di pazienti con IRA ipercapnica (specie da BPCO) non-responsiva alla terapia convenzionale che non richiedono ETI immediata[2];

-ridurre la degenza in UTIG di pazienti con IRA ipercapnica che dopo estubazione necessitano di monitoraggio e/o NIPPV per parziale recupero di autonomia ventilatoria[7];

- garantire un monitoraggio e un supporto ventilatorio in attesa di posti-letto in UTIG per pazienti con IRA grave, per i quali e' rischioso o viene rifiutato il trasporto in UTIG di altri ospedali;

-gestione in un'"area protetta" di pazienti affetti da malattie neuromuscolari con insufficienza ventilatoria acuta che richiedono monitoraggio non-invasivo e/o NIPPV anche in vista di un possibile trattamento ventilatorio domiciliare;

- gestione di pazienti con patologia respiratoria "end-stage" e grave scompenso ventilatorio acuto in cui e' eticamente discutibile o viene rifiutato (dal paziente stesso e/o familiari) il ricorso all'IMV; può essere offerta, se accettata la NIPPV, in quanto, anche se non sempre risolutiva, rappresenta un mezzo dignitoso di sostegno della funzione respiratoria che può migliorare la qualità di vita in pazienti in "fase terminale"[8].

Il tutto é stato indirizzato su due binari: quello economico, volto all'ottimizzazione delle risorse finanziarie dell'azienda per l'IRA non-responsiva alla terapia convenzionale[9]; quello etico, garantendo ai casi di IRA grave (che non necessitano dell'UTIG) un maggior "contatto" con l'ambiente in una unità dove e' consentito l'accesso a familiari e dove il ritmo della vita non e' scandito solo dai "bip" delle macchine[10].

RISULTATI

Nel periodo gennaio 1996-gennaio 2003, 199 pazienti con IRA non-responsiva alla terapia medica conservativa sono stati candidati alla NIPPV nella nostra Unità Operativa, secondo criteri prestabiliti di selezione: peggioramento significativo di pH (7.27(0.06) vs 7.33(0.07); $p<0.0001$) e PaCO2 (79.7(13.9) vs 68.9(14.3) mmHg; $p<0.0001$) nell'IRA ipercapnica (n.195 casi) e di PaO2/FiO2 (124(70.4) vs 208(18); $p=0.02$) nell'IRA ipossiemica (n.4 casi) tra ammissione in reparto e inizio della NIPPV dopo 1-2 ore di terapia medica. Poiché 9 soggetti (4.5%) non hanno tollerato e/o hanno rifiutato il supporto ventilatorio "ab inizio", la NIPPV e' stata istituita nei restanti 190 pazienti (*Tab.1*). In accordo con le raccomandazioni internazionali sull'uso della NIPPV al di fuori di un setting intensivo[2,3], nella maggioranza dei casi (187/190) la NIPPV e' stata applicata nell'IRA di tipo ipercapnico, spesso in soggetti in insufficienza respiratoria cronica e in OTLT. Nelle Figure 1 e 2 sono riportati la provenienza dei pazienti e la patologia di base. L'IRA é stata precipitata da: infezione vie aeree superiori (61.6%), edema polmonare acuto (16.8%), polmonite (16.3%), altre cause (Pnx, embolia polmonare, uso di psicofarmaci, elevata FiO2: 5.3%). Nel 31.5% dei casi era presente alterazione del sensorio (GCS<12), con il 13% in carbonarcosi (GCS<9); in 4 casi (2%), la richiesta di NIPPV era per un'assistenza ventilatoria dopo weaning. La NIPPV e' stata applicata per 7.6(6.3) giorni e un totale di 54.8(55.8) ore. Ha avuto successo nell'evitare l'ETI (secondo criteri prestabiliti) nel 80% dei casi (152/190); di questi pazienti, 25 sono stati dimessi in NIPPV domiciliare. Solo il 39.5% (15/38) dei pazienti in cui la NIPPV ha fallito sono stati intubati e trasferiti in UTIG, poiché in tutti gli altri casi la IMV e' stata rifiutata dal paziente o dai suoi familiari (Fig.3). La

mortalità e' stata del 16.8% (32/190) e la degenza ospedaliera di 17.6(11.7) giorni. Secondo la regressione logistica multivariata la capacità funzionale pre-IRA (ADL score), la polmonite come causa di IRA e il grado di assistenza medico-infermieristica (Tiss) erano correlati in modo indipendente con il successo della NIPPV (sensibilità 85.5%, specificità 71.1%).

CONCLUSIONI

I numeri della esperienza di Arezzo sia pure non controllati sono indicativi del conseguimento di almeno parte degli obiettivi prefissati con l'introduzione della NIPPV nel nostro reparto.

1) Obiettivo economico. E' da mettere in relazione con la riduzione dei casi di IRA gestiti in UTIG[9] sia per la predominante provenienza dei nostri pazienti dal Dipartimento di Emergenza-Urgenza (DEU) (da dove sarebbero stati "shiftati" in UTIG) sia per il trasferimento di candidati alla NIPPV direttamente dall'UTIG.

2) Obiettivo malati neuromuscolari: una piccola ma significativa quota di casi di IRA trattati nella nostra unità era secondaria a neuro-miopatie, la cui gestione è avvenuta i collaborazione con la Neurologia, la UTIG e il supporto della UILDM (Unione Italiana Lotta contro la Distrofia Muscolare) con buona soddisfazione di pazienti e familiari.

3) Obiettivo etico. Nei pazienti "end-stage", in cui veniva rifiutata -a priori o dopo fallimento della NIPPV- l'ETI, la gestione in un ambiente "aperto" ha consentito loro di vivere le ore più difficili della loro esistenza in modo meno "isolato" con il conforto dei familiari.

Un recente studio inglese condotto in un ospedale che serve una popolazione di circa 250.000 abitanti ha valutato che la prevalenza di BPCO riacutizzati ammessi al DEU e sottoposti a NIPPV per acidosi respiratoria scompensata in corso di O2-terapia è di 72 casi/anno[10]. Nell'ospedale di Arezzo che serve una popolazione di circa un terzo (90.000 abitanti), il numero di casi trattati con NIPPV (27/anno) appare inferiore, poiché include anche pazienti non-BPCO e pazienti provenienti da altri reparti; pur trattandosi di realtà non comparabili, ciò implica che il numero di pazienti/anno con IRA da BPCO che possono beneficiare della NIPPV ad Arezzo sono più elevati rispetto alla media attuale trattata.

Con il sostegno della nostra azienda, la speranza è che nel prossimo futuro possiamo essere sempre più vicini ai bisogni di coloro che devono essere "aiutati a respirare" ad Arezzo.

Bibliografia

[1] Scala R, Rossi M. Storia della ventilazione artificiale non invasiva a pressione positiva. Rass Patol App Respir; 1999; 14:444-453.

[2] Scala R. La ventilazione meccanica non invasiva a pressione positiva nell'insufficienza respiratoria acuta. Minerva Anestesiologica 2000; 66:697-712

[3] European Respiratory Society Task Force on epidemiology of respiratory intermediate care in Europe. Respiratory intermediate care units: a European survey. Eur Respir J 2002, 20 :1343-1350.

[4] Vitacca M, Gorini M, Galavotti V. per il gruppo di Studio AIPO Terapia Intensiva Respiratoria. Linee guida per il training infermieristico in Terapia Intensiva Respiratoria. Rass Patol App Resp 1998; 13:94-107.

[5] Corrado A, Ambrosino N, Rossi A, Donner CF. per il gruppo di Studio AIPO Riabilitazione e Terapia Intensiva Respiratoria. Unità di terapia intensiva respiratoria. Rass Patol App Respir 1994; 9:115-123.

[6] Scala R, Archinucci I, Naldi M, Donato Alessi S, Fabianelli F, Coniglio G, Guadagni G, Rossi M. La ventilazione non invasiva per via nasale in un caso di coma ipercapnico. Minerva Anestesiologica 1997; 63:245-48.

[7] Nava S, Ambrosino N, Clini E et al. Noninvasive mechanical ventilation in the weaning of patients with respiratory failure due to chronic obstructive pulmonary disease. A randomised, controlled trial. Ann Intern Med 1998; 128:721-728.

[8] Meduri GU, Fox RC, Abu-Shala N, Leeper KV, Wunderink RG. Noninvasive mechanical ventilation via face mask in patients with acute respiratory failure who refused endotracheal intubation. Crit Care Med 1994; 22:1584-1590.

[9] Plant PK, Owen JL, Elliott MW. Cost effectiveness of ward based non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: economic analysis of randomised controlled trial. BMJ 2003; 326:956-960.

[10] Plant PK, Owen JL, Elliott MW. One year period prevalence study of respiratory acidosis in acute respiratory acidosis in acute exacerbations of COPD: implications for the provision of non-invasive ventilation and oxygen administration. Thorax 2000; 55:550-554.

Maschi n. (%)	147 (77.4)
Età (anni)	72.6 (9)
Indice massa corporeo (kg/m^2)	25.5 (6.6)
FVC % predetto	56.8 (17.8)
FEV1 % predetto	32.5 (15.2)
ADL score	2.04 (0.68)
GCS	12.7 (3.2)
Tiss	19.2 (5.1)
Toss (min)	350 (48)
Apache III score	63.8 (20.1)
pH	7.27 (0.06)
PaO2/FiO2	188 (62)
PaCO2 (mmHg)	79 (15)

Tab. 1 · Caratteristiche cliniche della popolazione trattata (n.190).

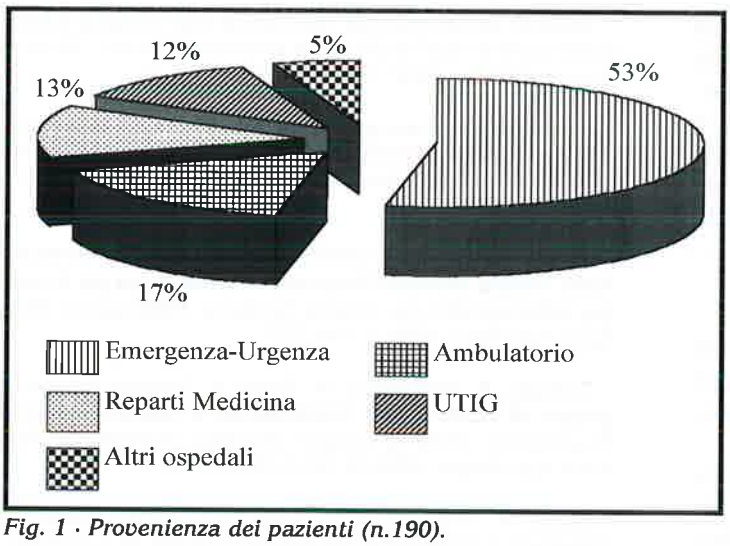


Fig. 1 · Provenienza dei pazienti (n.190).

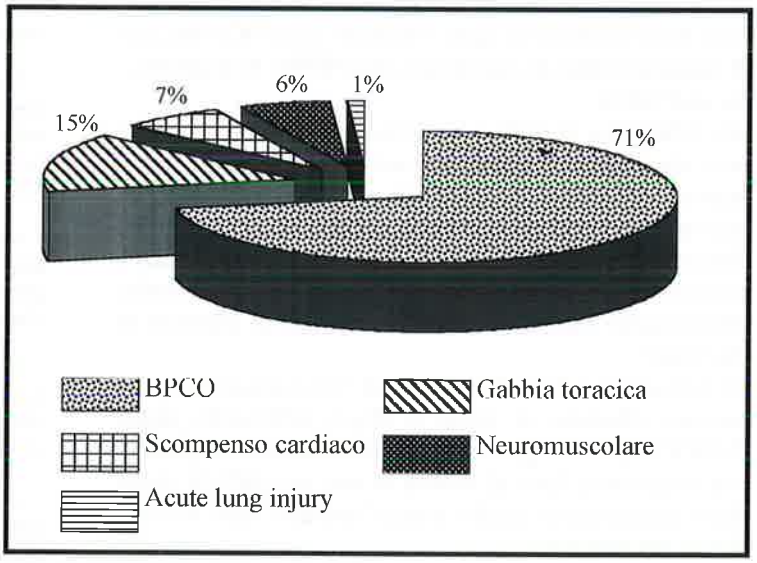


Fig. 2 · Patologie di base (n.190).

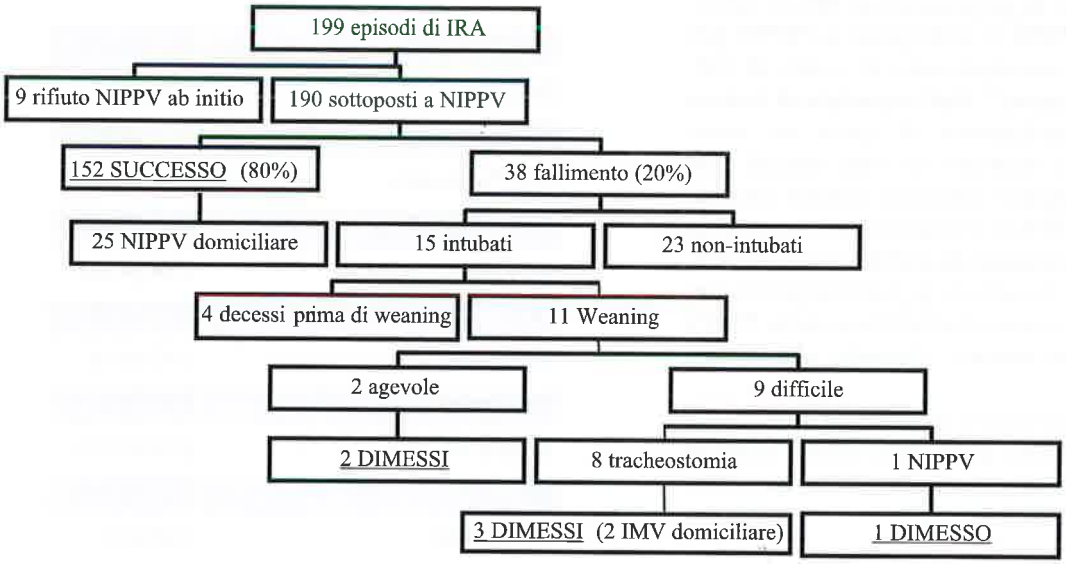


Fig. 3 · Outcome ospedaliero della popolazione trattata con NIPPV.

GLIOMATOSIS CEREBRI:
ASPETTI CLINICI, NEUROPATOLOGICI E NEUROPATOLOGICI DI UN CASO

Giovanni Linoli
Unità Operativa di Neurologia/Neurofisiopatologia, Ospedale San Donato, Azienda USL 8 di Arezzo

Per corrispondenza:
Giovanni Linoli
U.O.Neurologia/Neurofisiopatologia
Ospedale S. Donato - Azienda USL 8
Via Pietro Nenni, 20 - 52100 Arezzo

Riassunto
Viene descritto un caso di gliomatosis cerebri, occorso in un uomo di 61 anni. Di questo raro tumore neuroepiteliale, di incerta collocazione nosografica, sono indicate le difficoltà diagnostiche, legate al carattere aspecifico dei sintomi di esordio e alla scarsa informatività della TC. Al contrario, la RM, che rappresenta la tecnica dignostica di elezione, mostrava nel caso in esame vasta area di alterato segnale iperintenso nelle sequenze FLAIR e T2, estesa alla sostanza bianca dei centri semiovali, al corpo calloso, ai nuclei della base di sinistra, al peduncolo cerebrale omolaterale, al ponte e al midollo allungato. Vengono brevemente indicati i contributi diagnostici della spettrocopia RM, nel caso in studio suggestiva di un glioma a basso grado di malignità. La certezza diagnostica derivava dalla biopsia stereotassica, dimostrativa di una neoplasia oligodendrogliale a basso grado di malignità. Sono infine discusse la gravità prognostica della malattia, ed i limiti della chirurgica, della radio- e della chemioterapia.

INTRODUZIONE
La Gliomatosis cerebri (GC) è un raro tumore neuroepiteliale, caratterizzato da crescita diffusamente infiltrante di elementi neoplastici gliali, con estensione ad almeno due lobi cerebrali contigui, in assenza di necrosi[1]. Il tumore può estendersi dalle strutture sopratentoriali a quelle della fossa cranica posteriore, e persino al midollo spinale, in rapporto di continuità anatomica[2]. La malattia può insorgere in ogni età, con un picco di incidenza tra i 20 e i 40 anni[3]. Clinicamente, i sintomi di esordio risultano aspecifici e consistono più spesso in cefalea, turbe psichiche, crisi epilettiche, deficit neurologici focali, deficit cognitivi[3]. Scarsi i contributi diagnostici della TC, che può risultare normale o mostrare minime alterazioni di densità dei tessuto nervoso; tecnica diagnostica di elezione è la RM, che dimostra estese aree di segnale iperintenso nelle immagini pesate in DP e in T2, iso- o ipointenso in quelle T1-pesate; nonostante l'estensione lesionale, l'effetto massa è minimo o assente; manca inoltre la necrosi, e solo in una minoranza di casi sono dimostrabili aree di enhancement[4]. Tra le tecniche funzionali, la spettroscopia RM può fornire utili contributi diagnostici: essa consente una valutazione biochimica in vivo del tessuto nervoso, definendo le concentrazioni dei normali costituenti organici e le loro variazioni[5]. La certezza diagnostica è comunque affidata alla biopsia stereotassica, dalla quale, inoltre, deriva la possibilità di un giudizio prognostico attendibile[3].
E' stato ritenuto meritevole di rilievo un caso di GC di personale osservazione, nel quale la RM e la spettroscopia RM hanno fornito preziose indicazioni ai fini della diagnosi, acquisita in modo definitivo mediante biopsia sterotassica.

CASO CLINICO-PATOLOGICO
G.F., uomo di 61 anni, esente da precedenti morbosi di rilievo, stante il rifiuto di rivolgersi al Pronto Soccorso ospedaliero, giungeva all'osservazione del medico curante il 14 luglio 2001 per graduale insorgenza, da circa due giorni, di ipostenia brachio-crurale destra, disfonia e disfagia. Nel sospetto di un evento cerebrovascolare ischemico, veniva prescritta terapia anti-aggregante piastrinica (ASA 100 mg./die). Una TC cranio, eseguita il 25 luglio, mostrava lieve e diffusa ipodensità della sostanza bianca dei centri semiovali, con sporadiche, circoscritte aree di maggiore ipodensità a livello dei nuclei della base e dei centri semiovali.
Per il progressivo aggravamento della sintomatologia neurologica, il 29 luglio veniva disposto il ricovero in reparto neurologico. L'esame obiettivo rivelava lieve disartria, emiparesi destra, prevalenza destra dei riflessi profondi, riflesso cutaneo-plantare indifferente a destra, in flessione a sinistra.
Una TC cranio, eseguita in urgenza, risultava sovrapponibile alla precedente del 25 luglio.
Gli esami emocromocitometrico, ematochimici ed urinari di routine, gli indici di flogosi (VES, proteina C reattiva), gli autoanticorpi (anti-DNA, ANA, ENA), l'assetto emocoagulativo (fibrinogeno, plasminogeno, antitrombina III, omocisteina, ACA, LAC, Proteine S e C) ed i markers tumorali (CEA, NSE, Ca 15-3, Ca 19-9, PSA) risultavano nella norma; in modo analogo, l'ECG, la pressione arteriosa e l'esame radiografico dei torace.
Un ecodoppler dei vasi arteriosi del collo documentava aumento diffuso di ecogenicità medio-intimale, con circoscritte aree di ispessimento intimale, prive di significato emodinamico.

L'EEG risultava diffusamente rallentato e disorganizzato, con sequenze di onde theta nei settori fronto-temporali dei due emisferi.
Una RM, eseguita il 31 luglio, documentava vasta area di alterato segnale, iperintensa nelle sequenze FLAIR e T2, ipointensa nelle sequenze T1, estesa al centro semiovale destro e sinistro (fig.1a), alla porzione intermedia dei corpo calloso (fig.1b), alla capsula interna e ai nuclei della base di sinistra (fig.1c), al peduncolo cerebrale omolaterale (fig.1d) e alla metà sinistra dei ponte (fig.1e), che risultavano tumefatti, e al midollo allungato (fig.1f). I margini della lesione apparivano scarsamente definiti ed il segnale lievemente disomogeneo per la presenza di piccole aree di maggiore iperintesità nelle sequenze T2. Dopo infusione e.v. di Gadolinio DTPA, si rendevano evidenti due aree di enhancement, in sede periventricolare sinistra e a livello del nucleo lenticolare omolaterale. Le sequenze angiografiche escludevano significative alterazioni a carico dei principali tronchi arteriosi intracranici. Veniva ipotizzata neoplasia gliale diffusamente infiltrante, e pertanto istituita terapia anti-edema cerebrale.
Una RM spettroscopica (sequenze spettroscopiche PRESS a TE lungo con tecnica single voxel e multivoxel) (figg.2a,b) documen-

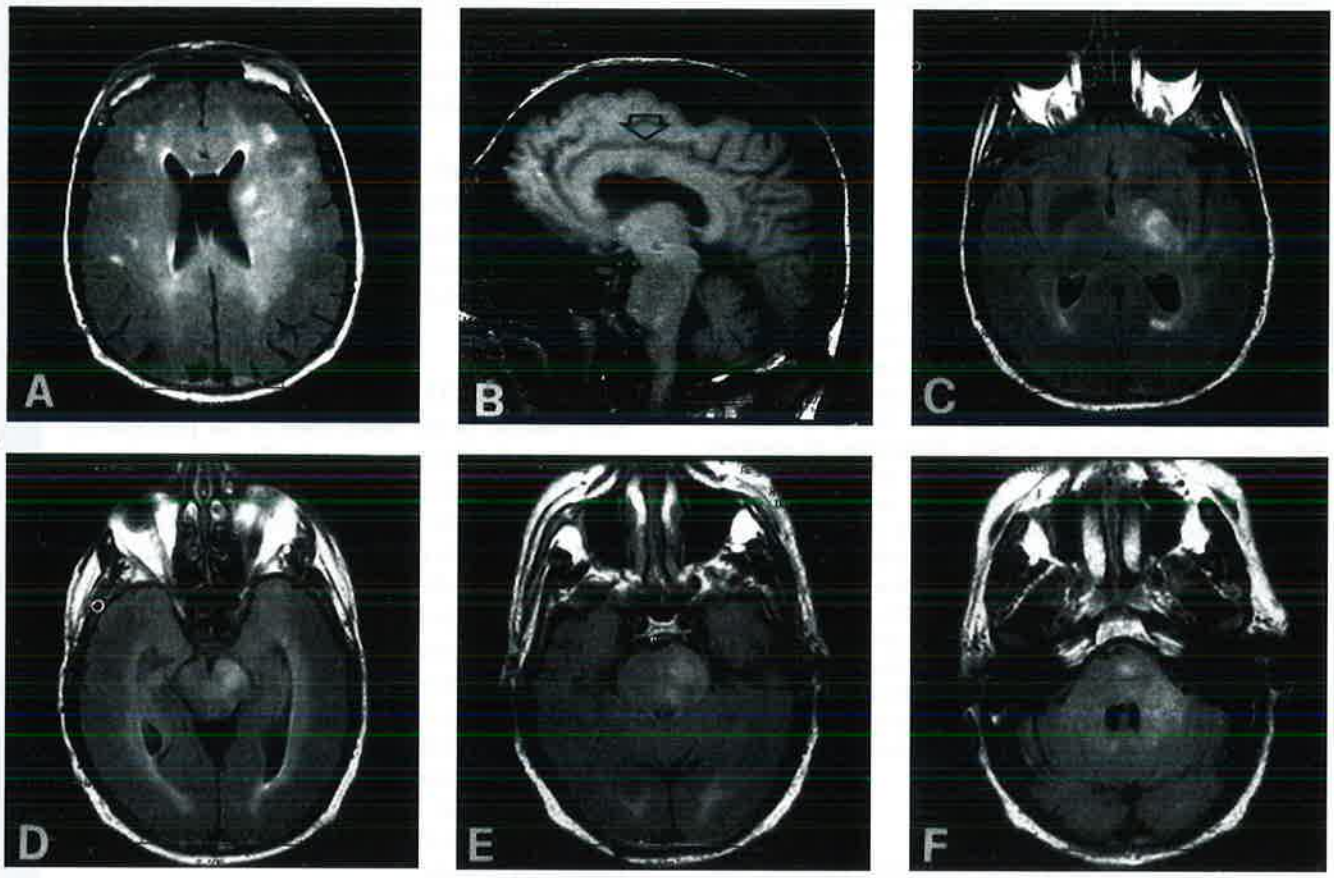


Fig. 1a, b, c, d, e, f. RM (sequenze FLAIR nelle figg. a,c,d,e,f, sequenze T1 nella fig. b). Vasta area di segnale iperintenso, disomogeneo per la presenza di circoscritte aree di maggiore intensità, estesa al centro semiovale destro e sinistro (fig.1a), alla porzione intermedia del corpo calloso (fig.1b), ai nuclei della base (fig.1c) e al peduncolo cerebrale di sinistra (fig.1d), alla metà sinistra del ponte (fig.1e) e al midollo allungato (fig.1f). In particolare, la porzione intermedia del corpo calloso (fig.1b) (freccia), il peduncolo cerebrale sinistro (fig.1d) e la metà omolaterale del ponte (fig.1e) risultano tumefatti e deformati.

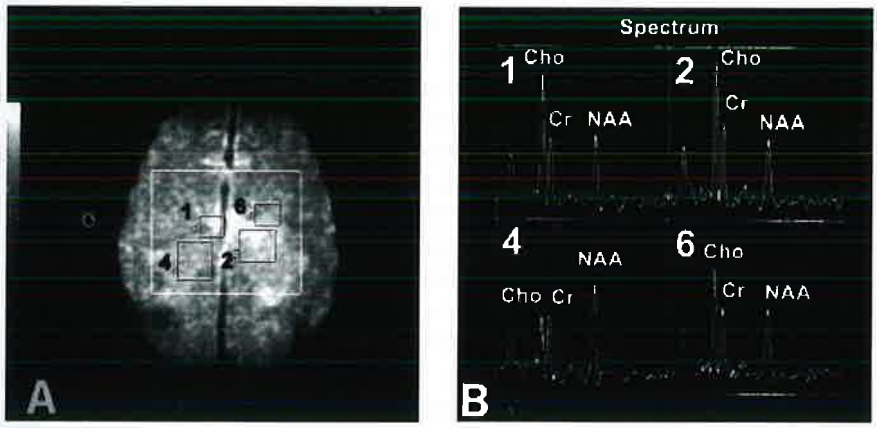


Fig. 2a,b. Spettroscopia RM (sequenze PRESS, tecnica single voxel). L'analisi spettroscopica documenta incremento del rapporto Cho/Cr e riduzione del rapporto NAA/Cr nei voxel 1, 2 e 6 (corrispondenti ad aree lesionali), rispetto al voxel 4, nel quale la concentrazione degli stessi metaboliti risulta normale; i reperti risultano suggestivi di un glioma a basso grado di malignità (Cho = colina; Cr = creatina; NAA = N-acetil-aspartato).

tava sensibile aumento del rapporto Cho/Cr (colina/creatina) e decremento del rapporto NAA/Cr (N-aceti-aspartato/creatina) a livello dei nuclei della base e del peduncolo cerebrale di sinistra, della porzione intermedia del corpo calloso e della regione peritrigonale sinistra. I reperti confermavano il sospetto di una neoplasia gliale con grado di malignità intermedio.
Il 2 agosto veniva eseguita biopsia stereotassica RM-guidata; nei frammenti bioptici, prelevati a livello della regione prefrontale sinistra, risultava evidente discreta infiltrazione di elementi cellulari neoplastici di piccola taglia, in parte a disposizione perineuronale, rotondeggianti, monomorfi, con lievi atipie nucleari (fig.3,4); erano inoltre presenti alcuni astrociti di tipo gemistocitico, peraltro privi di evidenti atipie (fig.3). Non erano presenti mitosi, proliferazione endoteliale o necrosi. Le indagini immunoistochimiche dimostravano assenza di immunoreattività per l'Antigene Leucocitario Comune e la Sinaptofisina, e lieve immunopositività per GFAP di alcuni astrociti (fig.5), ma non delle cellule tumorali. Si concludeva per una neoplasia oligodendrogliale a basso grado di malignità (grado II, WHO 2000)[1].
Il 20 agosto veniva iniziata radioterapia a fasci esterni con frazionamento convenzionale, interrotta dopo appena sei sedute, per rapido aggravamento delle condizioni neurologiche.
Ad un controllo RM del 12 ottobre risultavano evidenti due nuove aree di enhancement, a livello dei peduncolo cerebrale sinistro e del corpo calloso.
Nonostante la terapia anti-edema cerebrale a dosi crescenti, la sintomatologia neurologica andava progressivamente aggravandosi; si configuravano, infatti, emiplegia destra, deficit parcellare del III nervo cranico sinistro (ptosi palpebrale, deficit dei muscoli retto superiore ed interno), anartria, disfagia per solidi e liquidi, che imponeva alimentazione mediante sondino naso-gastrico. Si assisteva infine ad una graduale depressione dello stato di coscienza sino al coma, nella settimana precedente l'exitus, che avveniva il 27 ottobre 2001.

DISCUSSIONE

Il caso oggetto dello studio soddisfa i criteri per la diagnosi di GC, suggeriti dalla WHO[1]; si è trattato infatti di un tumore gliale, esteso alle strutture sovra- e sotto-tentoriali, in assenza di evidenza radiologica ed istopatologica di necrosi. La GC resta tuttora in attesa di una collocazione nosografica definita; si discute infatti se essa rappresenti un'entità nosografica autonoma o comprenda, al contrario, un gruppo istogeneticamente eterogeneo di tumori gliali, caratterizzati dalla tendenza ad una crescita estesamente infiltrante[2]. Peculiari mutazioni cromosomiche suggerirebbero comunque la diversità della GC dai più comuni tumori astrocitari[6]. Un ampio spettro di gliomi viene incluso sotto la dizione di GC; si tratta in generale di tumori gliali a basso grado di malignità, in prevalenza di natura astrocitaria, in una minoranza di

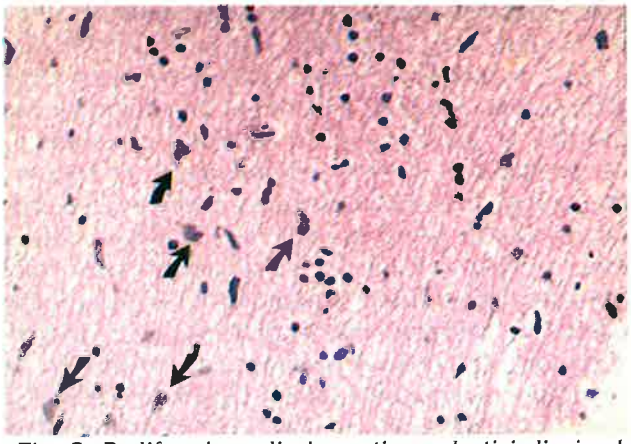


Fig. 3. Proliferazione di elementi neoplastici di piccole dimensioni, rotondeggianti, monomorfi, con nuclei ipercromici. Si noti la presenza, nel contesto del tumore, di astrociti gemistocitici in discreto numero, peraltro privi di atipie (frecce) (Ematossilina - Eosina, all'origine x 120).

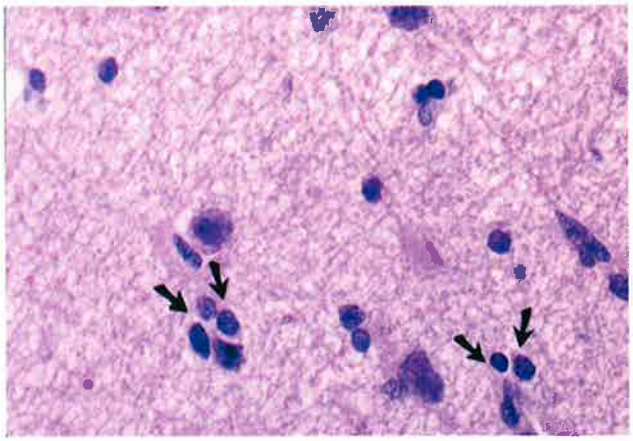


Fig. 4. Le cellule neoplastiche presentano nuclei rotondeggianti od ovalari, alcuni ipercromici, lievemente atipici, e citoplasma in generale molto scarso. Si noti la distribuzione perineuronale di alcuni elementi neoplastici (frecce) (Ematossilina - Eosina, all'origine x 250).

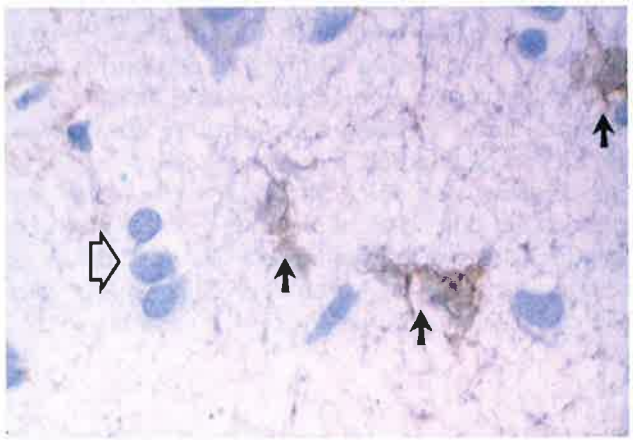


Fig. 5. Lieve immunopositività per GFAP di alcuni elementi astrocitari (frecce piene), ma non delle cellule neoplastiche (freccia vuota) (reazione immunoistochimica per GFAP, all'origine x 250).

casi oligodendrogliale, con caratteristiche cito-istologiche e di cellularità alquanto variabili. Le cellule neoplastiche possono apparire altamente differenziate o esibire caratteri di franca malignità; talvolta si organizzano in strutture secondarie, accumulandosi in sede perineuronale, perivascolare, subpiale o subavventiziale; diversamente dai gliomi ad alto grado di malignità, l'organizzazione cito- e mielo-architettonica preesistenti sono solitamente risparmiate; le mitosi fanno abitualmente difetto, la proliferazione endoteliale e la necrosi sono assenti[2]. Sotto il profilo neuroradiologico, è opportuno sottolineare i limiti dignostici della TC, che anche nel caso in studio ha documentatao solamente minime alterazioni di densità dei tessuto nervoso. D'altra parte, la RM, nonostante la superiorità diagnostica, può fornire reperti aspecifici, ponendo problemi di diagnosi differenziale verso lesioni cerebrovascolari ischemiche, malattie demielinizzanti o encefaliti[4]. Una considerazione particolare merita la spettroscopia RM, nella quale il segnale RM ottenuto per risonanza di protoni di atomi diversi dall'H viene impiegato per generare uno spettro di distribuzione dei vari composti chimici, in base alle differenti frequenze di risonanza. E' così possibile, contestualmente all'esame RM convenzionale, eseguire una valutazione biochimica in vivo del tessuto nervoso, con tempi di campionamento di durata inferiore a 5 min'. In campo neuro-oncologico, la spettroscopia RM può contribuire alla caratterizzazione istotipica di lesioni neoplastiche, alla definizione del grading, alla precisazione dell'estensione di malattia, alla pianificazione della biopsia stereotassica, al monitoraggio della risposta alle terapie[5]. Nel caso in esame, il rilievo spettroscopico di un incremento del rapporto Cho/Cr, indicativo di aumento del turnover delle membrane cellulari, e di una diminuzione del rapporto NAA/Cr, espressivo di riduzione della densità neuronale, ha suggerito un glioma a basso grado di malignità. La diagnosi di certezza è derivata dalla biopsia stereotassica; essa, infatti, nonostante i limiti derivanti dalla struttura eterogenea dei tumori gliali e dalle dimensioni esigue dei prelievi bioptici, è l'unica procedura che consenta conclusioni diagnostiche definitive[3]. E' comunque da precisare che la diagnosi di GC non può prescindere da una valutazione complessiva dei dati clinici, radiologici e patologici[8]. Considerate le difficoltà inerenti alla definizione di GC, è difficile formulare giudizi conclusivi sul comportamento biologico di questo raro tumore, di cui sono segnalate sopravvivenze variabili da pochi mesi ad alcuni anni[2]. Stante la crescita diffusamente infiltrante, la GC non è in generale suscettibile di terapia chirurgica[2]. L'esiguità numerica dei casi esaminati non consente infine di valutare l'efficacia della radioterapia[9] e della chemioterapia[10].

Bibliografia

[1] Kleihues P., Cavenee W.K. Pathology and genetics of tumours of the nervous system. IARC Press, Lyon, France, 2000.

[2] Rosai J., Sobin L.H., Burger P.C., Scheithauer B.W. Atlas of tumor pathology. Tumors of the central nervous system. Armed Forces Institute of Pathology, Washington, 1994, Vol.10, pp. 72 - 74.

[3] Blake L.C., Maravilla K.R. Computed tomography. In: Berger M.S., Wilson C.B. (eds.). The gliomas. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1999, pp. 249 - 251.

[4] Yang S., Wetzel S., Cha S. Dynamic contrast-enhanced T2-weighted MR imaging of gliomatosis cerebri. AJNR Am.J.Neuroradiol. 2002; 23: 350 - 355-.

[5] Bendszus M., Warmuth-Metz M., Klein R. et al. MR spectroscopy in gliomatosis cerebri. AJNR Am.J.Neuroradiol. 2000; 21: 375 - 380.

[6] Hecht B.K., Turc-Carel C., Chatel M. et al. Chromosomes in gliomatosis cerebri. Genes Chromosomes Cancer 1995; 14: 149 - 153.

[7] Castillo M., Kwock L. Proton MR spectroscopy of common brain tumors. In: Castillo M. ed. Neuroimaging clinics of North America. Proton MR spectroscopy of the brain. W.B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sydney, Tokio, 1998, vol.8, pp. 733 - 752.

[8] Peretti-Viton P., Brunel H., Chinot O. et al. Histological and MR correlations in gliomatosis cerebri. J. Neurooncol. 2002; 59: 249 - 259.

[9] Cozad S.C., Towsend P., Morantz R.A. et al. Gliomatosis cerebri. Results with radiation therapy. Cancer 1996; 78: 1789- 1793.

[10] Felsberg G.J, Silver S.A., Brown M.T., Tien R.D. Radiologic - pathologic correlation. Gliomatosis cerebri. AJNR Am.J.Neuroradiol. 1994; 15:1745 - 1753

L'ARBITRO DI CALCIO

UN PERCORSO POSSIBILE PER GLI ADOLESCENTI: LA SALUTE PSICOFISICA IN CAMPO

HANNO DETTO:

*Antonietta Marchi**
*Francesco Borghi***
*Andrea Bollini***
**Dipartimento di Scienze Pediatriche, Centro di medicina dello Sport, Università di Pavia*
***Corso di Laurea in Scienze Motorie, Università di Pavia*

Per informazioni:
ARBITRO CLUB· F.I.G.C · Associazione Italina Arbitri
Via Gramsci c/o Stadio Comunale · 52100 Arezzo
Tel. 0575.370999 · Fax 0575.409667
E-mail: arezzo@aia.figc.it

CONVEGNO NAZIONALE ARBITRO DI CALCIO: LA SALUTE PSICOFISICA È IN CAMPO AREZZO, 7 SETTEMBRE 2003

Si è svolto il giorno 7 settembre 2003 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, Direttore del Dipartimento di Scienze Pediatriche del Policlinico "San Matteo" dell'Università di Pavia, ha presentato ad Arezzo per la prima volta, 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. Ecco una sintesi dei concetti scaturiti dalle relazioni dei relatori e dalla discussione.

1. Alimentare una scelta: le motivazioni e l'allenamento del giovane arbitro.

Il calcio è il gioco più bello del mondo ed è sicuramente uno degli sport più praticati ed amati.
È la miniera dei sogni della nostra società e colpisce fortemente l'immaginario di giovani e meno giovani.
Quali possono essere le motivazioni per cui un adolescente sceglie di partecipare al corso di formazione per giudice di gara?
L'adolescente può essere spinto verso una tale scelta dal sogno di arrivare ad arbitrare partite di alto livello, soprattutto quando si rende conto di non avere i numeri per diventare qualcuno in una squadra.
Il corso per arbitri di calcio dell'Associazione Italiana Arbitri - F.I.G.C. è accessibile a tutti i ragazzi che hanno compiuto il 15° anno di età e si svolge in modo gratuito in tutte le sezioni AIA italiane per almeno due sessioni a stagione sportiva, con una durata che varia dai due ai tre mesi, con due lezioni settimanali tenute sempre da Istruttori interni al mondo arbitrale. Si vedrà in seguito che, se il ragazzo non ha seguito un corretto percorso di formazione nell'ambito calcistico, a quindici anni ha già abbandonato, per cui il bacino da cui si pescano i futuri arbitri risulta in partenza già povero. Tornando all'organizzazione, i corsi sono articolati in modo che gli allievi imparino tutte le regole del calcio, che apprendano anche insegnamenti di giustizia sportiva, di dietologia e di preparazione atletica specifica per svolgere l'importante ruolo di direttore di gara per la Federazione Italiana Giuoco Calcio, poiché dovranno operare in un ambito sportivo importante e di primaria importanza per la propria crescita e per quella dei bimbi e ragazzi che li conosceranno in quanto arbitri. L'età massima per accedere al corso è di 35 anni. Sulla base di studi effettuati, la prestazione dell'arbitro può essere considerata un modello sportivo a carattere misto di tipo aerobico-anaerobico alternato dove nessuna delle qualità fisiche si eleva sulle altre. L'allenamento che deve tendere allo sviluppo ed al mantenimento globale della condizione fisica si rivela la forma migliore di allenamento per un adolescente.

2. Arbitrare: un percorso formativo in crisi.

In questi ultimi anni le aspirazioni e le parte-

cipazioni ai corsi sono diminuite in modo verticale, perché, seppur si facciano grossi sforzi pubblicitari e di coinvolgimento anche delle scuole,i ragazzi non sembrano apprezzare la proposta formativa del corso per giudice di gara.
La figura che, secondo una grande tradizione, significava capacità di giudizio, competenza, acutezza di sguardo, responsabilità, adesso è vissuta come quella di un rompiscatole qualsiasi di cui ci si può far beffe, perché ormai davanti alla TV "diventiamo tutti arbitri".
Un adolescente che intraprende un simile cammino formativo deve fare i conti con questo contesto, con questa figura ridotta a una "figurina".
Purtroppo oggi sembra prevalere un modello culturale del "tutto e subito", fatto di facili guadagni e pochi sacrifici: l'esatto contrario di una carriera in un ambito non professionistico, in cui i guadagni si limitano a dei rimborsi spese che diventano succosi solo in serie A.
Inoltre, quale richiamo può avere una figura "di legge" per un adolescente, già di per sé ribelle all'autorità, quando il modello sociale imperante considera la legge alla stregua di una "scocciatura"?

Alcune fasi del convegno che si è svolto presso la Sala Conferenze del "ARBITRO CLUB" che ha sede presso lo Stadio Comunale di Arezzo

3. Adolescenza e abbandono sportivo: alcune riflessioni.
Molti non sono più disponibili ai sacrifici che l'attività sportiva richiede. Le motivazioni che li hanno spinti da bambini a praticare uno sport sono rimesse in discussione, siano esse esterne (i genitori), siano esse invece interne (voglia di vincere, gioco coi pari). L'età che va dai 12 ai 15 anni è quella che statisticamente riporta il maggior numero di abbandoni.
Da questa lettura emergono i bisogni tipici dell'individuo adolescente: la ricerca di nuove amicizie che l'esperienza di gruppo può portare; il desiderio di misurarsi con prove nuove in nuove esperienze per provare il brivido del rischio, del cimento; il desiderio di trovare nuove figure adulte di riferimento da cui farsi plasmare, non docilmente, ma attraverso un lavoro di reciproco scontro e incontro.

4. L'adolescente e il calcio: regole e passione.
Un legame fortissimo sembra unire il mondo dell'adolescente, con le sue aspettative e i suoi sogni, al calcio. Il calcio fabbrica eroi, che sono sempre stati un esempio di virilità da seguire per i ragazzi e un sogno da raggiungere per le ragazze. Il calcio quando è ai suoi massimi livelli riesce ad entusiasmare attraverso il movimento di un corpo solo, la squadra, composto dalle membra che sono i giocatori.
E l'arbitro fa davvero parte di tutto questo. L'arbitro, "cornuto, venduto", quindi tradito e traditore. Quando si vuole criticare un arbitro si fa subito riferimento al concetto di fedeltà tradita: la fedeltà che tutti da ragazzi hanno preteso dagli amici, dai primi amori, in un mondo idealizzato dove si gioca in una squadra, si cresce insieme, si fatica l'uno per l'altro e in cui, quando si vince, si vince insieme. Nel gioco del calcio si realizza il sogno adolescenziale che noi tutti coltiviamo nel cuore, quello di una vita in cui chi vale arriva a raggiungere i propri obiettivi e non ci arriva da solo, ma in nome di una squadra. L'universo calcistico è fatto di squadre e di singoli.
I singoli per eccellenza sono le due figure di controllo: l'allenatore e l'arbitro.

5. Un atleta in nero: possibili alternative.
Il percorso preparatorio di un giovane arbitro, come si è visto, è duro quanto quello di un giocatore. Questo fa dell'arbitro un vero atleta, con il proprio ruolo all'interno del gioco. La figura del-

l'atleta diventa rappresentativa e formativa quanto più si avvicina con rispetto alle regole. Il mondo dello sport dovrebbe essere quello in cui la regola è massimamente importante, non a caso la prima cosa che nasce di uno sport sono le regole. L'arbitro è l'atleta delle regole.
L'adolescente per amare questo percorso deve avere in sé il concetto di rispetto delle regole del gioco, in un campo verde come nella vita reale. Se questo non è più "di moda", allora è un fallimento non solo per tutti coloro che operano nello sport a livello formativo, ma anche per tutta la moderna società. Un adolescente senza regole non cresce, non si sviluppa e diventa un cretino in giacca e cravatta o in calzoncini neri . Allora si che si potrà dire che ha tradito il gioco, la vita, e che è stato tradito, da sé stesso, in nome di una vita che non conosce il rispetto delle regole e quindi il piacere di vivere ponendosi obiettivi personali stimolanti in cui il comportamento dell'adolescente è motivato e diretto da obiettivi definiti coscientemente e non trainato da un futuro irrealizzato.

Bibliografia essenziale

- Bandura A. "Autoefficacia" teoria e applicazioni Erickson 2000

- Marchi A. "L'adolescnte sano e lo sport" Manuale di Adolescentologia 150-153 Pacini Editore 2002

- Cei A. "Psicologia dello sport" Il Mulino 1998

- Autori vari "Sezioniamo la sezione di Latina" L'arbitro pag 40-41 anno 59 n°2 Febbraio 2002

- Paterniani A. "Dalla fisiologia della prestazione arbitrale al modello sportivo" L'arbitro pag 32-33 Anno 59 n°3 Marzo 2002.

DIRANNO:

Il giorno **sabato 15 novembre alle ore 8.30** si terrà presso l'Aula G. Mazzetti del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università Firenze - Viale G.B. Morgagni, 48 - una Riunione di Aggiornamento sulla "Gestine pratica della malaria" nel nostro paese.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a:
Dott.ssa Enza Campisi
Dipartimento di Sanità Pubblica
Sez. di Microbiologia - Facoltà di Medicina Chirurgica
Università degli Studi di Firenze
Tel. 055.3262444 · Fax 055. 3262446
E-mail: ecampisi@mail.unifi.it

ANESTESIA NELLE GESTOSI:
CASISTICA ARETINA

Giorgio Cristini, Claudia Recine***
*Loretta Mattioni***, Lia Patrussi****
*Raffaella Pavani****, Mario Cella*****
*Andrea Ciarini*****
**Dir.U.O. Ostetricia e ginecologia*
Ospedale SAN DONATO Arezzo
***Dir. U.O Anestesia e Rianimazione*
Ospedale SAN DONATO Arezzo
****U.O Anestesia e Rianimazione*
*****Scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di Siena*

Per comunicazioni:
pavani.raffaella@infinito .it
Tel. 0575/906300

INTRODUZIONE

Il termine gestosi o pre-eclampsia comprende tutte quelle sindromi la cui insorgenza è strettamente legata alla gravidanza e che non si riscontrano al di fuori di essa .Infatti, pur trattandosi di sindromi caratterizzate da complesse alterazioni endocrino-metaboliche e da compromissione anatomiche, talvolta gravi,di organi vitali,loro caratteristica fondamentale è la restituito ad integrum dei parenchimi interessati con l'interruzione della gravidanza o dopo l'espletamento del parto.
Ogni altro tentativo di definizione di gestosi appare attualmente discutibile .
E' classicamente diagnosticata dalla presenza di una triade sintomatologia: *ipertensione, proteinuria, edema,* che compaiono dopo la 20° settimana di gestazione,anche se in realtà può manifestarsi in maniera mono- e bisintomatica , senza ,peraltro, assistere a riduzione della gravità. Tuttavia,secondo alcuni autori la presenza della sola ipertensione individua una entità nosologica a sè stante,ipertensione indotta dalla gravidanza.
Di fatto essa deve essere considerata una malattia sistemica che può interessare, in maniera diversa ,diversi organi ed apparati (rene, fegato, SNC, polmone, placenta) Tab.1
Ha una frequenza variabile dal 2,8% al 7,6% di tutte le gravidanze e rappresenta ancor oggi la causa più frequente di mortalità materna nei paesi industrializzati ed è gravata da una elevata mortalità e morbilità feto-neonatale.
Presumibilmente, il meccanismo patogenetico alla base delle modificazioni anatomo-patologiche degli organi interessati, sarebbe riconducibile ad un danno endoteliale, conseguente ad una abnorme risposta infiammatoria intravascolare generalizzata, responsabile di fenomeni ischemici.
Questi ultimi, insieme alle modificazioni dell'assetto emostatico in senso ipercoagulativo e alle modificazioni emodinamiche con aumento delle resistenze sistemiche periferiche (>SVR) giustificherebbero il danno multiorgano.
Di fatto l'unica terapia in grado di capovolgere la situazione è rappresentata dalla interruzione della gravidanza ed in particolare lo schema di comportamento è il seguente:
****Fino alla 24° sett. gest.,in presenza di condizioni materno-fetali compromesse→aborto terapeutico.*

****Tra la 24° e la 34° sett. gest.,se le condizioni lo consentono→atteggiamento conservativo ed espletamento del parto con modalità operativa.*
Il taglio cesareo, quindi, assume in queste gravidanze una grossa rilevanza,di qui la necessità di impostare una corretta gestione della gravida gestosica da parte di una equipè ostetrico-anestesiologica.
Scopo di questo lavoro retrospettivo è un'analisi critica della condotta anestesiologica seguita, e in particolare il tipo di anestesia scelta, nel caso in cui, l'indicazione al T.C. è stata la gestosi,confrontando i dati della letteratura con i nostri locali, dell'Ospedale "San Donato" di Arezzo.

MATERIALI E METODI

Lo studio retrospettivo è avvenuto attraverso la consultazione dei registri dei parti dell' Ospedale "San Donato" di Arezzo.
Sono stati presi in considerazione i parti operativi (n 224) avvenuti nell'anno 2002 nel nostro nosocomio. Individuate la cause più frequenti che hanno posto l'indicazione all' espletamento del parto con modalità chirurgica, è stata posta particolare attenzione al gruppo delle pz gestosiche (n 51 pz).
I criteri per la diagnosi di gestosi seguono la definizione data precedentemente, per cui il gruppo appare eteroge-

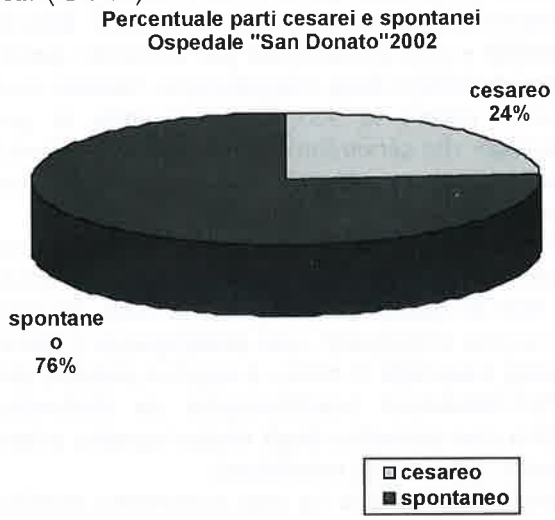
Pre-eclampsia	Pre-eclampsia severa
*Ipertensione (PA > 140 mmhg o >90mmhg per più di due gg	*Danno renale(oliguria<500ml/,h creat. elevata o proteinuria >5g/24h
*proteinuria >300mg/24h	*convulsioni(eclampsia)
	*Ipert.severa (sist.>160 e diast.>110 mmhg
	*Dolore epigastrico
	*HELLP sindrome
	*ritardo di crescita intrauterina o oligoidramnios

Tab. 1: classificazione di pre-eclampsia

neo, essendo costituito da pz monosintomatiche ad impronta esclusivamente ipertensiva fino a quadri conclamati di interessamento multiorgano. Stabilito che, nella quasi totalità dei casi di gestosi è stato preferito il taglio cesareo al parto spontaneo (n 2 pz) è stata fatta una distinzione sul tipo di anestesia (generale o periferica) scelta per questo tipo di intervento.

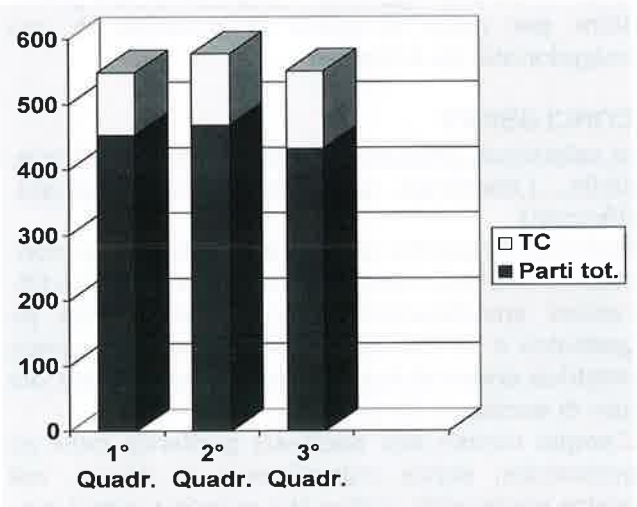
RISULTATI

Nel nostro nosocomio sono avvenuti n 1352 parti nell' anno 2002 di questi n 324 sono stati parti cesarei e n 1128 sono i parti spontanei. (Graf.1)
Per quanto riguarda la media locale essa sottostima quella nazionale con uno scarto del 5-10% circa. (Graf.1)



Graf. 1

In Italia i parti operativi sono in aumento e si è passati dal 13% del 1982 al 30% -35% attuali, con punte anche del 50%. La distribuzione geografica mostra un'incidenza aumentata nell' Italia meridionale ed insulare rispetto al nord (dati ISTAT).
L' andamento temporale, suddiviso per quadrimestri, mostra un rapporto abbastanza omogeneo tra



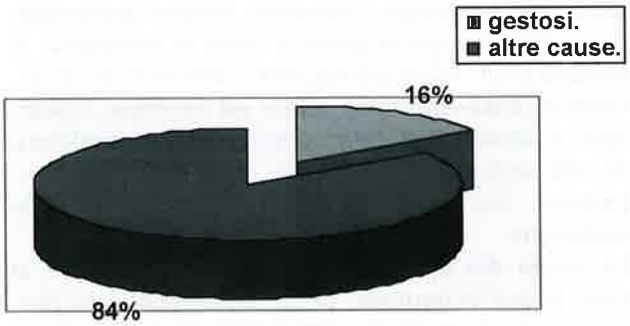
Graf. 2: andamento temporale dei parti cesarei suddivisi per quadrimestre

il numero dei parti spontanei e quelli operativi. (Graf.2)
Sono state individuate le cause più frequenti che hanno condotto alla scelta del parto operativo nella nostra struttura ospedaliera, che di fatto sono sovrapponibili a quelle confermate dalla letteratura internazionale più accreditata. (Tab.2)

Precedente T.C.
Sofferenza fetale (giro di funicolo e/o mancato impegno)
Presentazione podalica
Distocia dinamica e/o meccanica
Gestosi
Distacco di placenta
Pat. Materne preesistenti (diabete giovanile;cardiopatia;Herpes vaginale ecc.)
Pat: fetali (macrosomia,malf. Renale)

Tab. 2: indicazioni al TC

Come si può notare tra le cause che giustificano il ricorso al T.C. c'è la gestosi. In particolare su n 324 T.C., n 51 sono stati effettuati con l'indicazione di gestosi. (Graf. 3).



Graf. 3: percentuale di gestosi che hanno indicato i TC

Ciò significa che il 15,7 % dei TC sono avvenuti a causa di questa patologia, che evidentemente rappresenta un problema di estrema rilevanza Va precisato che due pz con gestosi hanno partorito spontaneamente, per cui il numero dei parti con complicanze pre-eclamptiche passa a 53; questo significa che la percentuale di gravidanze gestosiche registrate nel nostro nosocomio è del 3,9% rientrando esattamente nelle percentuali stimate dalla letteratura.
Inoltre, probabilmente, una quota delle pz con distacco di placenta avevano di base un problema pre-eclamptico e quindi la percentuale di questa patologia sarebbe più alta.
Nei casi di gestosiche sottoposte a TC 13 sono

state sottoposte ad AG e 38 ad AS (Tab. 3) .

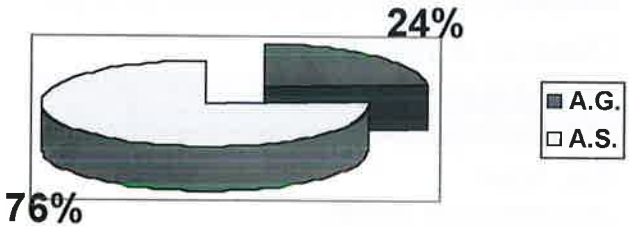
A.G.	A.S.
13	38

↓

TOT.51

Tab. 3: numero di A. G e di A.S. nelle gestosi.

I risultati indicano, chiaramente, una maggiore tendenza ad eseguire, con una percentuale del 74%, l'A.S. rispetto a quella generale nel nostro nosocomio. (Graf.4)



Graf. 4: percentuale di A.G. e A.S.

DISCUSSIONE

In caso di TC si fa sempre più ricorso all'anestesia periferica perché essa riduce la depressione delle contrazioni uterine dopo il parto indotte invece dall'anest. generale; consente l'attiva partecipazione della madre al parto;si evita la comparsa di disturbi post- AG quali nausea e vomito o di inconvenienti intra–anestesia come ad esempio l'awarness o ricordo dell' intervento,nonché complicanze dell' induzione dell' anest. quali mancata intubazione, con possibile ipossia o la sindrome da inalazione.

La scelta del tipo di anestesia a cui ricorrere in caso di pre-eclampsia, però, rappresenta un problema che deve tener conto,fondamentalmente, di due aspetti fisiopatologici della gestosi.

In primo luogo va presa in considerazione l'emodinamica di queste pz che hanno una tendenza alla vasocostrizione con conseguente aumento delle resistenze sistemiche periferiche e della pressione arteriosa.

Tuttavia la pz pre-eclamptica va considerata ipovolemica per contrazione del volume plasmatico variabile dal 9% al 40%. Questo elemento comporta una aumentata sensibilità alla ipotensione indotta dalla anestesia periferica che si viene a creare per la vasodilatazione prodotta dal blocco simpatico.

Una brusca ipotesione non ha certo un effetto favorevole sul flusso utero-placentare e quindi deve essere evitata.

A questo proposito diversi studi tra cui quello di Wallance et Alt. (Studio randomizzato Obstet. Gynecol. Aug.1995) oppure quello di Moodley et alt. (Studio retrospettivo-Obstet. Gynecol. 2001) o ancora quello di Hood DD et Alt.(studio retrospettivo-Anesthesiology 1999) confrontano le modificazioni materno–fetali dopo AG e AP nel TC in pz con grave pre-eclampsia.Tutti concordano nell' affermare che non esistono grosse differenze nell' aut-come materno-fetale e comunque l'ipontesione prodotta dall' AP può essere ben controllata con un cauto ma doveroso riempimento volemico e dall' uso di un vasocostrittore quale l'efedrina.

L'altro aspetto da prendere in considerazione è l'assetto coagulativo delle gestosiche.

Durante la normale gravidanza si assiste fisiologicamente ad una aumentata tendenza all' ipercoagulabilità e alla ipofibrinolisi per aumento generalizzato dei fattori della coagulazione. Queste modificazioni hanno lo scopo di prevenire le gravi emorragie del secondamento. Nelle pz gestosiche questa tendenza è nella maggior parte dei casi aumentata.

In alcuni casi essa può divenire patologica e comportare l' istaurarsi di una coagulopatia da consumo fino al quadro conclamato di CID. In alcuni casi si può sviluppare una piastropenia o piastrinopatia associata o meno a segni e sintomi della HEELP-Sindrome (caratterizzata da disfunzione epatica con aumento degli enzimi epatici, piastrinopenia, ed anemia emolitica).

In entrambe i casi si ha una aumentata tendenza alle emorragie.

In questi casi l'esecuzione della puntura spinale o peridurale è assolutamente controindicata per il rischio di ematoma con compressione del fascio vasculo-nervoso.

E' per questo motivo che è fondamentale uno screening trombofilico completo con dosaggio di ATIII, D-dimero, Prot. C attivata; Prot.S libera, oltre al PT, PTT e piastrine. Tale screening deve essere riservato a tutte le gravide e soprattutto alle gestosiche per poter escludere la presenza di una coagulopatia da consumo.

CONCLUSIONI

In ostertricia, laddove l'anestesia periferica è possibile, l'anestesia generale è controindicata. (Morgan)

Partendo da questa considerazione possiamo concludere che una corretta conoscenza delle modificazioni emodinamiche e coagulative della pz gestosica e un buona collaborazione dell' equipe ostetrica-anestesiologica consente una scelta del tipo di anestesia da utilizzare.

L'ampio ricorso alla anestesia periferica nelle pz gestosiche, senza complicanze di rilievo, nel nostro nosocomio, indica che esistono questi presupposti.

Bibliografia

[1] DJ Williams M .de Swiet-*Fisiopatologia della pre-eclampsia*-Intensive Care med 1997 4:240-249 ed. italiana

[2] D.M.Linton-*Trattamento della pre-eclampsia grave*-Intensive Care Med 1997 3:157-164 ed. italiana

[3] Grau t. et Al-*Pre-eclampsia and anestesia*-zentralbl Gynakol 1995 121(12):627-30

[4] Wallance DH et AL-*Randomized comparasion of general and regional anaesthesiafor caesarean delivery in pregnancies complicated by severe pre-eclampsia;* Obstet Gynecol 1995 Aug 86(2):193-9

[5] E Margaria ,E. Gallo-*Emergenze ostetriche*-Corso itinerante AAROI 2000

[6] L.L.Sabbadini-*Gravidanza e parto*-Indagine ISTAT

[7] Veneziani A., De Tommaso O-*Spinal or epidural anestesia for cesarean section-compared opinios*-Minerva anestesiologica 2001 67(9 suppl 1):169-74

[9] FrigaMG et Al-*Prehydratation and anaesthesia in obstetrics:stae of the art*-2001 67(9 suppl 1):161-8;

L'ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE DI RIABILITAZIONE

*Carpinteri Francesco°, Lenzi Lucia**
U.O. Recupero Rieducazione Funzionale e Neuroriabilitazione ASL 8 Arezzo
°Responsabile qualità U.O. RRF – NR
**Direttore U.O. RRF - NR*

Riassunto
Gli Autori descrivono brevemente il percorso culturale che hanno affrontato nel corso delle procedure per l'ottenimento dell'accreditamento istituzionale al SSN con riferimenti alla normativa internazionale, nazionale e regionale.

Parole chiave
VRQ, Controllo di Qualità, Accreditamento.

INTRODUZIONE

L'Accreditamento in campo sanitario è una parte fondamentale di quel processo che porta all'istaurarsi di un rapporto tra chi offre prestazioni sanitarie ed il SSN che l'acquista per conto dell'Utenza (le strutture autorizzate e/o professionisti ottengono lo stato di soggetto idoneo alla erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSN).
In questo iter sono previste alcune fasi:

- autorizzazione (condizione sine qua non) alla realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie e/o il loro adattamento (trasformazione, ampliamento, trasferimento d'attività).
- autorizzazione all'esercizio
- accreditamento vero e proprio (iscrizione al registro dei "fornitori")
- accordi contrattuali tra negoziali tra ASL, regioni, soggetti pubblici e privati

CENNI STORICI

L'accreditamento nasce con l'uomo, o meglio con la percezione che l'uomo ha del lavoro compiuto.
I riferimenti nell'antichità all'accreditamento cioè alla qualità del lavoro svolto, ha pietra di paragone solo nella soddisfazione innata del lavoro svolto a regola d'arte.
Questo è l'accreditamento, la tensione verso la migliore produzione del proprio lavoro.
Visto che l'uomo non lavora solo, ma sempre in un sistema, anche se costituito da un singolo, nasce l'esigenza che la regola dell'arte venga perseguita da tutti.
Ciò è possibile solo seguendo alcune regole, norme, requisiti che debbono essere conosciuti e accettati da tutti. Dall'altro lato mettiamo la routine, il burn–out, l'isolamento, l'adattamento ad un contesto attuale, e del quale non si vuole o non ci si vuole impegnare a cambiare le regole, comportamento che oggi non ha più possibilità di sopravvivenza.
La costruzione delle piramidi è stata possibile solo perché le pietre dovevano assolutamente possedere dei requisiti materiali e di misura ben precisi che costituivano lo standard per essere impiegate o scartate.
L'accreditamento come sistema di verifica di conformità o non conformità, nasce con la produzione industriale durante la guerra nell'ambito della produzione bellica (bombe) con garanzia di sicurezza per chi lo manipolava, poiché fino a quel momento la sola verifica di qualità possibile era l'esplosione stessa dopo l'innesto della spoletta.
Per cui in Inghilterra ingegneri dedussero che l'unica verifica di qualità delle bombe era la conformità della lavorazione del prodotto secondo determinate linee guida, prodotte dalle società, protocolli e procedure elaborati e accettati dai produttori.
All'atto pratico nel processo industriale abbiamo del materiale che entra nel circuito che viene modificato per ottenere un determinato prodotto: in Sanità il materiale in entrata è l'utente e le risorse necessarie alla sua gestione, il processo è il trattamento diagnostico, terapeutico, osservazionale, clinico, il prodotto è il risultato di questo processo (guarigione, morte, il controllo della malattia ed in ambito riabilitativo il grado maggiore o minore della disabilità).
L'accreditamento delle strutture sanitarie nasce negli USA nei primi anni del secolo: nel 1910 Ernest Codman, medico, propone un sistema basato sui risultati per valutare l'efficacia di un trattamento prestato, individuare le cause dell'eventuale inefficacia e le azioni correttive future.
Un altro medico, Franklin Martin, sempre negli USA, fonda nel 1913 l'ACS (American Colleg of Surgeon) dove il sistema basato sugli end point dei trattamenti viene assunto come obiettivo.
Successivamente nel 1951 dalla fusione di vari organismi in quegli anni creatisi in USA nasce la JCAHO (JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH ORGANITATION), organismo indipendente, no-profit per l'accreditamento volontario.
Da allora sono nate moltissime organismi ed associazioni similari in tutto il mondo: in particolare che i vari organismi istituzionali predisposti si sono basati sulle norme UNI EN 45000, norme EN ISO 9000, EN ISO 9002, UNI CEI ISO 45001, ISO 9004/4-2.
L'UNI è una libera associazione di aziende industriali e commerciali, di associazioni di categoria e tecnici, fondata nel 1921, riconosciuta giuridicamente con D.P.R. n° 1522/20.09.1955.
L'ISO è l'International Organization for Standardization,

fondata a Londra nel 1947
CEN è comitato europeo di normazione

L'ACCREDITAMENTO NEL NOSTRO PAESE ED IN TOSCANA

NORMATIVA NAZIONALE
- D.Lgs. n° 502/92 art. 8 (comma 4 e 7)
- D.Lgs. n° 517/93
- D.P.R. 01/03/94 (P.S.N 94-96), cap. 8
- L. 724 del 23/12/94, art. 6 comma 6, art 10 comma 1
- Sentenza della Corte Costituzionale n° 416/95
- D.P.R. (atto di indirizzo e coordinamento) del 14/01/97 (art 2)
- Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 del 23/7/98
- Legge n. 419 del 30/11/98, art.2, punti gg, hh, d
- D.Lgs. 229 del 19/6/1999, art. 8-quater, art. 15, art 19 bis
- Atto di Intesa Staso-regioni:- Provvedimento 5 agosto 1999 "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso"

NORMATIVA REGIONALE
- Legge regionale n° 8 del 23.02.1999
- P.S.R. 1999/2001
- D.T.R.T. n° 221/99 e D.T.C.R. n° 30/I 1.2.2000 (requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici, per l'autorizzazione; requisiti,manuali, procedure per l'accreditamento)
- D.G.R 498/17.05.2001 (modalità di presentazione delle domande)
- D.G.R. n° 3040/08.06.2001 (sistema di verifica)
- D.G.R 947/06.08.2001
- D.G.R 1688/12.04.2002 (sistema di verifica)
- P.S.R. 2002/2004

Leggi, circolari, manuali e quanto occorrente è disponibile sul sito della Regione Toscana (www.Regione.Toscana./rete dei servizi/sanità/autorizzazione e accreditamento

L'accreditamento nel nostro paese è di natura ISTITUZIONALE, obbligatorio per i soggetti pubblici e privati interessati al rapporto con il SSN: è compito degli organi regionali stabilire le modalità di valutazione delle strutture, procedure, risultati prodotti; la Regione Toscana ha stabilito dei requisiti derivati dalle norme ISO 9000.
Per testare il livello di rispondenza dei requisiti la Regione Toscana ha predisposto manuali informatizzati per l'autovalutazione e la verifica esterna.
- liste di verifica con rilevazione ed analisi degli indicatori e standard utilizzati dalle diverse realtà
- guida alla compilazione delle stesse
- glossario

Il richiedente presenta domanda formale alla Regione competente per territorio, che avvia una istruttoria con tempi e termini precisati, dopo verifica della condizione sine qua non, la rispondenza dell'attività e prestazioni prodotte rispetto al fabbisogno definito dalla programmazione regionale.
L'analisi della domanda accompagnata da un rapporto di autovalutazione (le liste) viene portata al termine con verifiche ispettive in loco di una commissione regionale composta da professionisti nominati direttamente dalla Regione in proprio o su indicazione degli ordini professionali, associazioni...
La commissione invia alla Regione i risultati della verifica ispettiva.
L'istruttoria può avere esito negativo (con motivazioni, con possibilità di riesame su richiesta) o positivo (relazione motivata) senza o con condizioni dettate dalla Regione tramite la commissione (richiesta di supplemento di indagine) o dopo l'elaborazione da parte del richiedente di un "piano di adeguamento": allora la struttura acquisisce lo stato di soggetto accreditato pro tempore (senza prescrizioni o con riserva o con prescrizioni), sotto vigilanza della persistenza dei requisiti con modalità e tempi previsti, superati i quali la struttura deve richiedere il rinnovo.
Quindi gli attori di questo processo, più complicato nella descrizione che nell'attuazione sono:
- il rappresentante legale della struttura con il suo Staff o il professionista richiedente
- la Regione
- organismo deputato all'istruttoria
- commissione verificatrice nominata dalla Regione

Per la Regione Toscana condizioni sine qua non per l'accreditamento sono:
- il possesso dei requisiti generali e specifici concernenti la struttura, le tecnologie in uso, l'organizzazione
- l'accettazione del sistema a pagamento a prestazione
- l'adozione di un programma interno di verifica e di promozione della qualità dell'assistenza

La Regione Toscana nel PSR 1999 – 2001 identifica le strutture da accreditare in prima istanza:
- presidi che erogano prestazioni di riabilitazione in regime ambulatoriale, di ricovero per acuti e non acuti, diurno e/o continuo
- presidi che erogano prestazioni relativamente a determinati settori di attività. Laboratori di analisi, radiologia, medicina nucleare, radioterapia, dialisi, chirurgia ambulatoriale
- presidi di ricovero per acuti a ciclo continuo e diurno con un numero di posti letto inferiore a 300
- attività di alta specialità: cardiochirurgia, cardiologia invasiva diagnostica ed interventistica, neurochirurgia ed unità spinale.

IL PERCORSO DELL'AZIENDA USL 8 DI AREZZO

La Direzione aziendale ha individuato un GRUPPO TECNICO DI COORDINAMENTO nonché i Responsabili del processo, in accordo con direttori di U.O. (Del. N° 484/07.05.01, Del. N° 69/20.01.02 - Processo di accreditamento aziendale: attribuzione di coordinamento e responsabilità, Del 595/29.07.03 – Istituzione del gruppo di lavoro Permanente per l'Accreditamento e riorganizzazione dei rapporti con le strutture aziendali e di area vasta in materia di accreditamento istitu-

zionale dell'azienda USL 8 di Arezzo).
Il processo si è sviluppato attraverso le seguenti fasi:

- pianificazione del processo
- alfabetizzazione e formazione tramite tutor e corsi di aggiornamento esterni ed interni del personale nella figura dei FACILITATORI, con studio del manuale regionale.
- audit interni di verifica dello status quo
- esame del modello di riferimento:
  - Livello A, requisiti di sistema generale, comuni a tutti i soggetti erogatori con livello di applicazione Azienda, Presidio, Struttura
    - A1: requisiti organizzativi generali
      - ✓ Politica, obiettivi, attività
      - ✓ Ruolo della direzione sanitaria
      - ✓ Risorse disponibili
      - ✓ Livelli di responsabilità
      - ✓ Struttura organizzativa
      - ✓ Gestione risorse umane
      - ✓ Comunicazione interna ed esterna
      - ✓ Coinvolgimento del personale
      - ✓ Formazione ed aggiornamento continuo
      - ✓ Gestione risorse strutturali
      - ✓ Gestione risorse tecnologiche
      - ✓ Gestione, valutazione e miglioramento della qualità, linee guida, regolamenti interni
      - ✓ Sistema informativo
      - ✓ Carta dei servizi sanitari ed informazione all'Utenza
      - ✓ Comunicazione interna ed esterna
    - A2: requisiti strutturali tecnologici generali
  - Livello B (ambulatori), Livello C (ospedali), Livello D (strutture residenziali), requisiti specificaci a livello di Presidio e di Struttura organizzativa.
    - Sezione B attinente le prestazioni ambulatoriali
      - ✓ Sottosezione B1: requisiti specifici per la specialistica e la diagnostica ambulatoriale (per la Medicina Fisica Riabilitazione B1.9)
      - ✓ Sottosezione B2: requisiti specifici per le prestazioni ambulatoriali di base (Centri e presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale B2.1)
    - Sezione C attinente le attività di ricovero degli ospedali pubblici e case di cura private (Area di degenza C1.3)
    - Sezione D riguardante le strutture residenziali non ospedaliere (Presidi di riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali D1.1)
- manovre correttive e produzione della documentazione
- fase operativa di autoverifica in base al manuale regionale
- audit interni di raggiungimento degli obiettivi previsti dal processo
- presentazione della domanda di accreditamento

IL PERCORSO DELL'U.O. RRF – NEURORIABILITAZIONE DELL'AZIENDA USL 8 DI AREZZO

Agli inizi degli anni 90 anche in Italia, nell'ambito delle società scientifiche mediche, divenne sempre più pressante la necessità di rendere chiari e riconoscibili tutti processi che governavano l'assistenza sanitaria, con l'obiettivo che ogni utente ricevesse l'insieme di atti diagnostici e terapeutici per i migliori risultati in termini di salute, tenendo conto dello stato delle conoscenze scientifiche, con il minor costo possibile ed i minori rischi iatrogeni, e che all'interno delle professioni sanitarie fossero chiari i compiti, i ruoli, le responsabilità e la tracciabilità degli atti assistenziali (perr rewiew).
Era evidente che si sarebbe sviluppato nel tempo una aziendalizzazione progressiva delle strutture sanitarie, con valorizzazione del presente attraverso un regime di controlli dei processi sanitari ed amministrativi ad essi collegati (misure di contenimento e riduzione della spesa).
Nell'ambito della SIMFER si costituì un gruppo per la VRQ, di cui facevano parte gli AA del presente, per fissare, in abito riabilitativo, dei "paletti" per le attività di riabilitazione nei servizi e reparti di degenza riguardo a strutture (locali, attrezzature), personale (numero, formazione, qualificazione), organizzazione del lavoro, processi, qualità degli interventi effettuati relativi a diagnosi, terapia, assistenza di base, nei riguardi di, correttezza nelle decisioni, correttezza delle esecuzioni, gli esiti, i risultati ottenuti in termini di modificazione delle condizioni di salute dei pazienti (condizioni di salute, soddisfazione dei pazienti) rispetto all'assistenza ricevuta.
Non c'era quindi da inventare nulla ma rivalutare il lavoro effettivamente svolto, non quello che teoricamente poteva essere fatto o desiderato che fosse fatto, enucleandolo per fasi:
identificazione dei problemi (problem solving)

- evidenziare i problemi esistenti
- individuarne l'entità e le cause
- identificare ed attuare gli interventi correttivi necessari
- accertare che questi interventi siano attuati
- assicurarsi che ottengano i risultati attesi
- scelta delle priorità
- scelta dei criteri
- scelta degli standard (livelli di soglia)
- confronto tra prestazioni e delle eventuali differenze
- intervento migliorativo
- rivalutazione

In termini di tipo quantitativo e qualitativo:

In termini di tipo quantitativo e qualitativo:
Quantitativo
quantità di risorse utilizzate dal personale sanitario (REVISIONE DI UTILIZZO o utilization review):
- appropriata
- sicura
- accessibile
- corrispondente ad una utilizzazione ottimale

Qualitativo
utilizzazione corretta da un punto di vista tecnico-scientifico e di interazione umana al fine di un assistenza di qualità elevata:
- di dimostrata efficacia
- efficacia teorica (efficacy)
- modifica in senso positivo la storia naturale della malattia
- di una nuova tecnologia
- di un nuovo protocollo terapeutico
- di un nuovo farmaco.....

Andavano quindi individuati elementi organizzativi per la valutazione della qualità delle cure a livello di singolo reparto o servizio tramite autovalutazione collettiva in pratica col metodo dell'audit

1) DEFINIZIONE DEGLI OBBIETTIVI DEL SERVIZIO
Accessibilità, sicurezza nelle procedure, comfort del paziente, esiti alla dimissione, educazione agli utenti (pazienti, parenti, assistenza) alla prevenzione delle complicanze

2) DISAMINA DEL PROPRIO VOLUME DI ATTIVITA' E DEI PROPRI ESITI
Rilevazioni statistiche di routine, informazioni contenute nelle cartelle cliniche, schede di rilevazione ad hoc per specifici problemi

3) CONFRONTO DEI RISULTATI
con gli obbiettivi del servizio, con i dati della letteratura internazionale

4) MISURARE E SPIEGARE LE DISCREPANZE

5) DEFINIRE LE AZIONI CORRETTIVE

6) VALUTARE L'IMPATTO DELLE MISURE INTRAPRESE DOPO UN PERIODO DETERMINATO
a livello si unità operativa, di specialità, di più ospedali

Andavano individuati inoltre degli INDICATORI DI QUALITA', elementi della struttura del processo e dell'esito dell'assistenza rilevabili in modo sistematico e fornenti indicazioni sulla qualità dell'assistenza, che segnalano in genere la possibile esistenza di un problema da indagare più approfonditamente con altri studi.

Una possibile classificazione ipotizzata per la riabilitazione fu la seguente:
- Indicatori per monitorare la qualità generale dell'assistenza
  - di esito ospedalieri
  - riospedalizzazioni non programmate per la stessa causa
  - piaghe da decubito
  - cadute dei pazienti
  - infezioni postoperatorie
  - pneumopatie da terapia intensiva
  - infezioni da catetere venoso
  - Trombosi Venose Profonde
  - setticemie
  - infezioni da catetere urinario
  - incidenti trasfusionali
  - gravi errori nella somministrazione dei farmaci
  - mortalità generale
  - ripetizione nello stesso ricovero della stessa procedura invasiva
  - grado di disabilità residua

  da articolare per età, sesso, diagnosi, gravità della condizione, tipologia di reparto
- Indicatori per monitorare alcune procedure particolari scelte perché costituiscono un volume di attività e costi importanti o perché rappresentano di per sé un problema.

Insomma una ricerca continua di occasioni di miglioramento, scegliendo prioritariamente quelli che corrispondessero ai requisiti di:
- elevato impatto sui pazienti
- elevato impatto sui costi di assistenza
- elevata frequenza
- elevata possibilità di interessare e coinvolgere gli operatori sanitari implicati

Quando i criteri e livelli soglia sono definiti chiaramente e riproducibili essi sono detti ESPLICITI altrimenti IMPLICITI; ovviamente sono da preferire i primi che devono essere:
- definiti con chiarezza
- rilevabili in modo riproducibile (cioè definiti in termini operativi)
- pertinenti (indicativi della qualità dell'assistenza)
- accettati da chi li deve applicare
- poco numerosi

Un altro problema che si presentò fu la RILEVAZIONE DEI DATI e la loro FONTE
Si studiarono
- natura dei dati da rilevare
- modalità e fonti di rilevazione
- durata ed ampiezza della rilevazione

con l'individuazione di un obiettivo prioritario, con un sistema di rilevazione flessibile e quindi modificabile nel tempo.

Le sorgenti di informazioni più comuni furono individuate in:
- Le rilevazioni statistiche di routine
  - dati amministrativi di volume di attività
    - ✓ giornate di degenza
    - ✓ durata media della degenza
    - ✓ coefficiente di occupazione
    - ✓ tasso dei ricoveri
    - ✓ SDO (scheda nosologica)
    - ✓ patologia trattata
    - ✓ distribuzione delle degenze per singole disabilità

✓ tassi di ricovero per particolari patologie o interventi chirurgici per residenti di USL
✓ DRGs (diagnosis related groups), ROD (Raggruppamenti omogenei di diagnosi)
✓ diagnosi principale
✓ età
✓ patologie associate
✓ complicanze
✓ alcuni interventi

destinati a valutare per lo più la produttività dei reparti che la qualità delle prestazioni

• Le cartelle cliniche
➤ studi AUDIT
➤ rilevazioni ad hoc
• L'opinione degli utenti
➤ Questionari ed interviste
➤ analisi lamentele
➤ analisi dei reclami
➤ richieste di dimissione contro il parere medico

Il ciclo della VRQ veniva così articolato per punti:

1.Definizione del progetto di qualità
2.Fase di primo approccio (confronto tra quanto si fa e quanto si dovrebbe fare
✓Scelta dei problemi ed individuazione delle prio rità (frequenza, diffusione, impatto economico, \impatto sociale e psicologico
✓Definizione dei criteri di qualità e dei livelli soglia (letteratura scientifica, collaborazione degli esperti in materia)
✓Descrizione delle differenze tra realtà e criteri
✓Analisi delle differenze osservate e dei loro motivi
✓Ipotesi di intervento correttivo delle discrepanze
3.Verifica dell'impatto delle misure adottate e della permanenza dell'effetto positivo
✓AUDIT
✓Consensus Conference

In pratica:

A) SUDDIVIDERE IL LAVORO
B) DETERMINARE IL LIVELLO DELLA VALUTAZIONE
- ospedale
- reparto o servizio
- specialità

C) CONSIDERARE LE CARATTERISTICHE DELLA STRUTTURA
- tipo di pazienti
- procedure applicate
- professionalità e discipline presenti

D) STABILIRE LA PRIORITA' DEI PROGETTI
- procedure diagnostico terapeutiche
- procedure preventive
- procedure riabilitative

considerando i seguenti aspetti
- costo delle procedure
- rischio per il paziente
- possibilità di ottenere il consenso sui criteri
- fattibilità degli interventi migliorativi

E) ELABORARE GLI INDICATORI ED I CRITERI PER IL PROGETTO SCELTO
- misurabili (rilevabili in modo riproducibile)
- facili da rilevare o già disponibili
- poco numerosi
- accettati
- conformi agli ultimi risultati della ricerca scientifica

che possano riguardare
- numero e qualificazione del personale
- organizzazione del lavoro
- caratteristiche fisiche degli ambienti e delle attrezzature
- aspetti di interazione e comunicazione
- natura tecnico-scientifica delle prestazioni
- incidenti (cadute dei pazienti, errori nelle medicazioni ....)
- mortalità impreviste ed inevitabile
- complicazioni
- stato di autonomia funzionale dei pazienti
- continuità dell'assistenza

F) DEFINIRE I LIVELLI O SOGLIE DI RIFERIMENTO
- soglie di allarme
- soglie accettabili
- livelli di riferimento (una percentuale, un rapporto, una frequenza)

G) RILEVARE I DATI
- identificare la sorgente dei dati
- definire lo schema del campionamento
- valutare la riproducibilità delle rilevazioni indicando una indagine pilota
- definire i metodi di indagine statistica dei dati
- effettuare ed analizzare la rilevazione
- confrontare i risultati con le soglie accettabili

H) IDENTIFICARE LE CAUSE
- difetto di conoscenza
- difetto di motivazione
- carenze organizzative

I) PIANIFICARE ED EFFETTUARE L'INTERVENTO CORRETTIVO
- formazione aggiornamento del personale
- educazione dei pazienti
- cambiamenti organizzativi

L) VALUTARE GLI INTERVENTI EFFETTUATI ED I MIGLIORAMENTI OTTENUTI
- assicurarsi che gli interventi siano stati portati a termine
- effettuare di nuovo l'indagine se necessario
- accertare se il problema è stato risolto
- documentare il miglioramento

M) COMUNICARE LE CONCLUSIONI DEL PROGETTO

Nel 1994, ma ancora con il processo governato da pochi attori, entrammo a far parte della Commissione VRQ della SIMFER e quindi di un progetto pilota di Accreditamento Volontario con

la nostra società scientifica: l'ispezione avvenne nel marzo 1995 con esito positivo, ed i risultati discussi nell'ambito del Congresso SIMFER (Società Scientifica di Medicina Fisica e Riabilitazione nel settembre del 1995, uno dei primi congressi sulla VRQ in Italia.

Grazie a questa esperienza, in seguito alla convocazione ed agli incarichi di responsabilità attribuiti dalla Direzione Sanitaria, la nostra U.O. ed il personale tutto attribuito ad essa funzionalmente ed al personale dello Staff della direzione sanitaria preposto ha affrontato "l'accreditamento" con una filosofia strategica più adeguata rispetto ad altre realtà.

Il Direttore della U..O. ha individuato e nominato:

- referenti per la raccolta della documentazione
- eferenti per l'aggiornamento, l'adeguamento e/o creazione di documentazione comprovante i processi e sua redazione secondo il dettato della legge regionale
- referente per tutto il processo dell'accreditamento
- referente per la formazione
- referente per la qualità

Tramite riunioni tra il personale della U.O. tutte verbalizzate, come ogni atto de processo d'accreditamento, è stata compiuta una disamina approfondita dei reali processi interni all'U.O. con raccolta e disamina e quando necessario aggiornamento della documentazione comprovante gli stessi confluita nel Documento d'organizzazione dell'U.O. di RRF – NEURORIABILITAZIONE, il nostro "breviario" di circa 400 pagine di cui diamo l'indice

1. SCOPO
2. APPLICABILITA'
3. RIFERIMENTI
- documenti richiamati e disponibili
- abbreviazioni utilizzate
4. RESPONSABILITA' DELLA GESTIONE DEL DOCUMENTO
5. ORGANIZZAZIONE DELLA DEGENZA OSPEDALIERA DELLA U.O. R.R.F. - NR
- cenni storici
- mandato
- pianificazione e controllo della U.O.
- prestazioni erogate
- modalità di erogazione dei servizi
- Linee guida – Protocolli terapeutici – regolamenti interni
- Organigramma e responsabilità
- Requisiti tecnico organizzativi della degenza
- Accesso ai servizi sanitari ASL 8
- Accesso ai servizi U.O.
- Regime di ricovero ordinario
- Risorse professionali
- Orientamento/inserimento del personale di nuova acquisizione
6. RISORSE PROFESSIONALI
- Orientamento/inserimento del personale di nuova acquisizione
- Identificazione degli operatori
- Valutazione del clima interno
- Divulgazione dei contenuti formativi
7. RISORSE INFORMATICHE
- attivazione e gestione del sistema informativo della U.O.
8. RISORSE TECNOLOGICHE
- gestione dei guasti degli apparecchi vitali in dotazione alla U.O.
- Gestione dei guasti degli apparecchi vitali in dotazione alla U.O.
- Elenco degli apparecchi vitali e potenziali sostituzione
- Modalità di attivazione dello scambio
- Registro degli interventi di manutenzione delle apparecchiature biomediche ed elettromedicali
- gestione delle emergenze e degli eventi imprevisti
- prevenzione dei rischi biologici
- sanificazione
9. PROCESSO DI MIGLIORAMENTO
- miglioramento della qualità
- scheda obiettivo anno 2002
- strutture coinvolte
- scheda obiettivo anni 2003/2004
- strutture coinvolte
10. ALLEGATI
- 01 organigramma e livelli di responsabilita'
- 01 bis carichi di lavoro
- 02 modalità di erogazione dei servizi, sedi di erogazione ed orari dell'U.O.
- 03 elenco delle specifiche prestazioni e delle modalità di erogazione
- 04 carta dei servizi della U.O.
- 05 regolamento generale dell'U.O.
- 06 attività della capo – sala
- 07 attività infermieristica nel reparto
- 08 attività OTA nel reparto
- 09 attività dei fisioterapisti assegnati
- 10 orario dei medici
- 11 attività dei medici
- 12 foglio d'accoglienza
- 13 elenco delle linee guida, protocolli, procedure operative, regolamenti adottate dalla U.O.
- linee guida
- protocolli e procedure terapeutiche ed assistenziali
- regolamenti aziendali
- 14 carrello dell'emergenza
- 15 carrello medicazioni
- 16 attrezzature per la riabilitazione
- 17 beni dell'U.O.
- 18 elenco delle apparecchiature vitali
- 19 accordi per lo scambio degli apparecchi vitali
- 20 continuità assistenziale e gestione delle emergenze ed eventi imprevisti
- 21 procedura congedo
- 22 budget, piano di lavoro annuale, piano triennale della qualità
- 23 consenso informato

- 23 piano di formazione 2002
- 24 piano di formazione 2003
- 26 cartella clinica
- 27 trasporto sanitario
- 28 gestione delle liste d'attesa
- 29 procedura richiesta di trasferimento per prosecuzione del trattamento riabilitativo in sede territoriale
- 30 documento d'organizzazione RRF – Ortopedia
- 31 griglia del neoassunti
- 32 controlli di qualità
- 33 procedura identificazione degli operatori e dei loro atti

La Commissione verificatrice ha visitato la nostra struttura alla fine del 2002 con risultati confortanti, positivi anche per l'aiuto critico costruttivo fornitoci, rilevando marginali deficit organizzativi e qualche lieve problema strutturale cui stiamo ponendo rimedio, con le direttive e l'aiuto dello Staff della Direzione Sanitaria, in attesa della verifica conclusiva con più che ottime possibilità di raggiungimento del traguardo previsto.

Bibliografia

- D.Lgs. n° 502 del 30.12.1992
- D.Lgs. n° 517 del 07.12.1993
- D.P.R. 01/03/94
- L. 724 del 23/12/94
- D.P.C.M. 27.01.1994
- D.P.C.M. 15.05.1995
- Sentenza della Corte Costituzionale n° 416/95
- D.M.S. 15.10.1996
- D.P.R. 14/01/97
- D.P.R. 23/7/98
- L. 419 del 30/11/98
- D.Lgs. 229 del 19/6/1999
- Atto di Intesa Stato-regioni:- Provvedimento 5 agosto 1999 "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso"
- L. n° 150 del 07.06.2000
- L.R. n° 8 del 23.02.1999
- P.S.R. 1999/2001
- D.T.R.T. n° 221/99 e D.T.C.R. n° 30/l 1.2.2000
- D.G.R 498/17.05.2000
- D.G.R. n° 3040/08.06.2001
- D.G.R 947/06.08.2001
- D.G.R 1688/12.04.2002
- P.S.R. 2002/2004
- LIVA C.: "Accreditamento dei servizi sanitari: I principi ed il programma per il fisiatra" in (a cura di BASAGLIA N., PACE P.) "Atti Congresso S.I.M.F.E.R. 1995 - Valutazione e qualità dell'assistenza in medicina riabilitativa", 303 – 316, G.GNOCCHI Ed. Napoli 1995

LA PEDIATRIA AD AREZZO DAL 1868 AL 1911

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
La figura che domina la prima parte della storia della pediatria aretina è quella di Alfredo Buonagurelli che fu uno dei soci fondatori della Società Italiana di Pediatria e che per Arezzo è stato il primo pediatro. Fu primario medico, assessore all'igiene del Comune di Arezzo, fondatore dello "Spedaletto dei bambini" e della "Croce Bianca" attuò cioè la "pediatria sociale" che dominò la prima parte della storia della pediatria italiana. Da segnalare la spaccatura nel mondo medico aretino che avvenne nel 1910 per la nomina del direttore del brefotrofio.

Parole chiave
Storia della pediatria/ Società Italiana di Pediatria/Storia della medicina in Arezzo/ Brefotrofio.

Nella seconda metà del XIX secolo in Italia si andò sempre più affermando la necessità di svincolare lo studio, e la cura delle malattie dei bambini da quella degli adulti. In questo progetto che esaminava quella che poi sarebbe stata chiamata la clinica pediatria e la pediatria preventiva e sociale, Arezzo e la sua provincia sono state, a livello nazionale, sempre all'avanguardia.

GLI OSPIZI MARINI

Già dal 1868 la Fraternita dei Laici di Arezzo inviava ogni anno alle colonie marine 15-20 bambini affetti da tubercolosi o conviventi in famiglie a rischio. In seguito, verso la fine del secolo si associò anche la Congregazione di Carità. Si trattava per quell'epoca di una scelta lungimirante e quella che si riteneva allora una forma avanzata di cura della tubercolosi. Gli ospizi marini infatti erano stati creati dal medico fiorentino Giuseppe Barellai (Firenze 13 gennaio 1813 – 3 dicembre 1884) che nel 1856 aveva fondato a Viareggio il primo. L'idea di realizzare una profilassi igienico-climatica soprattutto per i bambini delle classi più disagiate gli era sorta quando nel 1834, appena laureato, aveva svolto le funzioni di medico condotto all'Isola d'Elba. Nel 1859 fondò l'ospizio marito a Livorno, nel 1862 a Voltri, nel 1863 a Fano, nel 1864 a Sestri Levante, nel 1865 a Nervi e a San Benedetto del Tronto, nel 1866 a Riccione, nell'anno successivo a Porto Anzio e nel 1868 al Lido di Venezia. Perciò quando i bambini aretini iniziarono a frequentare gli ospizi marini si era veramente all'inizio di questa forma di profilassi.

LE CAMERE DI ALLATTAMENTO

La prima camera di allattamento presente in provincia di Arezzo fu presso un'azienda per la filatura della seta a Montevarchi e una seconda presso lo stabilimento "Buitoni" di Sansepolcro. Si trattava di nidi presenti all'interno delle aziende in modo che le lavoratrici madri potessero accudire i figli senza interrompere il lavoro. Anche in questo caso si capisce sia il livello della industrializzazione in provincia di Arezzo e la partecipazione al lavoro della componente femminile, sia il livello dei servizi sociali offerti. Per avere un minimo di presenza organica, pur se carente, delle camere di allattamento a livello nazionale si deve attendere più di 20 anni, infatti è solo agli inizi del 1900 che le manifatture tabacchi ne prevedono la presenza nelle loro aziende. Infatti nel 1922, la Commissione Reale per lo studio dei provvedimenti a favore dell'infanzia, diretta da Olga Modigliani Flaschel denunciò la carenza di sale di allattamento nelle fabbriche per cui concluse che era più economico e idoneo ai tempi di concedere l'astensione dal lavoro dopo il parto.

LA SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA

Il 2 ottobre 1898 venne costituita a Torino la Società Italiana di Pediatria e tra i 124 soci fondatori c'è un aretino, Alfredo Bonaugurelli (Fig. 1). La maggioranza dei soci erano universitari, solo 18 (pari al 14,5%) provenivano da centri che non fossero capoluoghi di regione o sede universitaria. Della Toscana abbiamo 18 soci provenienti da Firenze, 2 da Livorno, 1 da Siena e 1 da Arezzo, Alfredo Buonagurelli che si trova al 15° posto perché i soci erano disposti in ordine alfabetico. La metà circa dei soci proveniva da 3 sedi universitarie: oltre ai 19 della scuola fiorentina (era raccolta intorno a Giuseppe Mya, secondo presidente dal 1905 al 1913), il gruppo più numeroso proveniva da Napoli (22 soci) che appartenevano alla scuola di Francesco Fede, eletto primo presidente e che lo restò fino al 1905, mentre 18 erano romani della scuola di Luigi Concetti, 3° presidente dal 1913 al 1920. L'analisi di questi dati permet-

ELENCO DEI SOCI FONDATORI

A SECONDA DELL'ART. 2 DELLO STATUTO

L'asterisco (*) indica che il socio fu presente all'adunanza in cui lo Statuto venne approvato.

1. Arnaud dott. Luigi (Torino).
2. Baculo prof. Bartolomeo (Napoli).
3. * Ballerini dott. Enrico (Roma).
4. Bastianelli prof. Raffaele (Roma).
5. Battino dott. G. (Corfù).
6. * Benati dott. Rodolfo (Firenze).
7. * Benevento dott. Amerigo (Rotello).
8. Berti dott. Giovanni (Bologna) *Consigliere.*
9. Biagini dott. Alberto (Torino).
10. * Bianchi Mariotti dott. G. Batt. (Roma).
11. Bidoli dott. Cesare, (Venezia).
12. * Blasi dott. Pio (Roma) *Vice-Presidente.*
13. Borgi dott. Giov. Battista (Livorno).
14. Bosi dott. Vittorio (Firenze).
15. Buonagurelli dott. Alfredo (Arezzo).
16. Cacace dott. Ernesto (Napoli).
17. Caccia dott. Giuseppe (Firenze).
18. Cagiati dott. Luigi (Roma).
19. Canali dott. Leonida (Parma).
20. * Carini prof. Antonino (Palermo), *Consigliere.*
21. * Celli dott. Felice (Cremona), *Consigliere.*
22. Celoni prof. Pietro (Firenze).
23. Cervesato prof. Dante (Padova), *Vice-Presidente.*
24. Ciaramelli prof. Gennaro (Napoli).
25. * Cirna dott. Francesco (Napoli).
26. Cochetti dott. Lorenzo (Roma).
27. Coda dott. Dario (Napoli).
28. * Comba dott. Carlo (Firenze).
29. * Concetti prof. Luigi (Roma), *Segretario generale.*
30. Cosattini dott. Vittorio (Udine).
31. Cozzolino dott. Olimpio (Napoli).
32. Cuoghi Costantini dott. Ferruccio (Cavriana di Mantova).
33. * Cuomo prof. Alfonso (Napoli).
34. * Curti dott. Riccardo (Milano).
35. * De Amicis dott. Pietro (Genova).
36. De Benedetti dott. Bartolomeo (Lerici).
37. De Bonis prof. Teodosio (Napoli).
38. Di Lorenzo prof. Giacomo (Napoli).
39. Donati dott. Pio Vincenzo (Roma).
40. * Dotti dott. Giovanni (Lecco).
41. Dovaro dott. Umberto (Roma).
42. * Durante dott. Durando (Napoli).
43. * Fede prof. Francesco (Napoli), *Presidente.*
44. * Fede dott. Nicola (Napoli).
45. * Federici dott. Federico (Genova).
46. Ferreri prof. Gherardo (Roma).
47. * File Bonazzola dott. Alfredo (Milano).
48. * Finizio dott. Gaetano (Napoli).
49. Galatti dott. Demetrio (Wien).
50. Gallinari dott. Pietro (Firenze).
51. * Gallo dott. Gennaro (Napoli).
52. Galvagno Bordonaro prof. Pietro (Catania).
53. * Gamba prof. Alberto (Torino).
54. * Gamba dott. Oreste (Roma).
55. Garelli dott. Cleto (Torino).
56. Ghersini dott. (Udine).
57. Giarrè prof. Carlo (Firenze).
58. Giorelli dott. Ernesto (Torino).
59. Grassi dott. Ernesto (Milano).
60. Gunita dott. Raimondo (Milano).
61. * Guelmi prof. Antonio (Pavia).
62. * Guida dott. Tommaso (Napoli).
63. Guidi dott. Germano (Firenze).
64. * Hayech dott. Camillo (Milano), *Cassiere Economo.*
65. Jovane dott. Antonio (Napoli).
66. * Laura prof. Secondo (Torino).
67. Levi dott. Amedeo (Venezia).
68. Ligorio dott. Edoardo (Firenze).
69. * Luisada dott. Ezio (Firenze).
70. * Massini dott. Virginio (Genova), *Consigliere.*
71. Matucci dott. Gualberto (Firenze).
72. Meynier dott. Emilio (Torino).
73. Meneghelli dott. Mario (Verona).
74. * Mensi dott. Enrico (Torino). *Vice-Segretario.*
75. * Mya prof. Giuseppe (Firenze), *Vice-Presidente.*
76. Modigliano dott. Eugenio (Firenze).
77. Montechiari dott. Giuseppe (Roma).
78. * Morra dott. Emilio (Torino).
79. * Motta dott. M. (Torino).
80. * Muggia prof. Alberto (Torino).
81. Musatti dott. Cesare (Venezia).
82. Nasi dott. Alfonso (Bologna).
83. Nota dott. Annibale (Torino).
84. * Oliva dott. Valentino (Torino).
85. Olivetti dott. Marco (Firenze).
86. Orefici dott. Ugo (Firenze).
87. * Pacchioni dott. Dante (Firenze).
88. * Pachò dott. Ludovico (Firenze).
89. Pagliari dott. Filippo (Roma).
90. Panseri prof. Pietro (Milano).
91. Pesa dott. Cherubino (Fresa Grandinaria).
92. Pesenti dott. Angelo (Venezia).
93. Pestalozza dott. Francesco (Stresa).
94. * Pezzetti dott. Giuseppe (Bologna).
95. Perrando dott. Jacopo (Genova).
96. Porcelli dott. Pietro (Livorno).
97. Putignani dott. Telesforo (Roma).
98. Racchi dott. Giovanni (Napoli).
99. Raspolini dott. Luigi (Spezia).
100. * Ravenna dott. Umberto (Ferrara).
101. Reggiani dott. Agostino (Bologna).
102. Rigaccini dott. Giov. Battista (Siena).
103. Rocco dott. Gennaro
104. Romano prof. Clemente (Napoli).
105. Rota dott. Matteo (Bergamo).
106. Ruggieri dott. Francesco (Roma).
107. Russo dott. Ciro (Napoli).
108. Salmon dott. Emilio (Firenze).
109. Salvatori dott. Giuseppe (Roma).
110. * Silvestri dott. Silvio (Verona).
111. Simonelli dott. Giuseppe (Firenze).
112. * Simonini dott. Riccardo (Castel Gomberto-Vicenza).
113. Solaro dott. Alberto (Napoli).
114. * Sorgente dott. Pasquale (Roma).
115. Spolverini dott. Luigi Martino (Roma).
116. Tedeschi prof. Vitale (Trieste).
117. Titomanlio dott. Achille (Napoli).
118. Ughetti prof. Giov. Battista (Catania).
119. * Vaccino dott. Giovanni (Torino).
120. * Valagussa dott. Francesco (Roma).
121. * Valdameri dott. A. (Milano).
122. * Valvassori Peroni dott. (Milano).
123. Verrone dott. Ulderico (Torino).
124. Violi dott. Giov. Battista (Costantinopoli).

Fig. 1: prima pagina dell'elenco dei soci fondatori della Società Italiana di Pediatria avvenuta a Torino il 2 ottobre 1898. l'asterisco indica i soci che furono presenti all'adunanza in cui lo statuto stesso enne approvato.

te di capire quale fosse il livello scientifico e l'esclusività del gruppo dei soci fondatori della Società Italiana di Pediatria da cui si accresce il ruolo del Buonagurelli.

ALFREDO BUONAGURELLI FONDATORE DELLA PEDIATRIA ITALIANA E ARETINA

Nacque in località San Martino, nel comune di Capolona l'11 novembre 1861 da Augusto e Teresa Francini.

Nella famiglia Buonagurelli era ben consolidata la vocazione alla professione medica: il padre Augusto (1830-1877) si era laureato in medicina presso l'Università di Pisa il 26 giugno 1854 ed aveva compiuto il proprio internato presso lo "Spedale di Santa Maria Nuova di Firenze". Era stato medico condotto in vari comuni della provincia di Arezzo: Arezzo, Cortona, Vitiano, Capolona, Castiglion Fiorentino, fu medico della Società di mutuo soccorso del personale delle ferrovie e medico degli Spedali Riuniti di Santa Maria Sopra i Ponti. Il nonno Cristofano fu cerusico (chirurgo) presso gli Spedali Riuniti di Santa Maria Sopra i Ponti di Arezzo dal 1818 al 1854. La famiglia Buonagurelli era di condizione agiata, infatti il padre Augusto è definito "possidente". Nel 1886 Allfredo sposò Angiola Mascagni. Appena laureato fu medico condotto. Nel 1888 venne assunto dagli Spedali Riuniti di Santa Maria Sopra i Ponti di Arezzo e il 13 luglio 1890 fu nominato "terzo medico". Percorse tutti i gradi della carriera ospedaliera fino al ruolo di primario medico. Fu presidente del circolo "Sempre avanti Savoia", in tale veste nell'adunanza del 28 gennaio 1891 propose di istituire ad Arezzo una squadra di pubblica assistenza. Per questo fu istituito un comitato promotore di cui naturalmente ne fece parte anche il Buonagurelli. Nel 1892 fu uno dei fondatori della Compagnia di pubblica assistenza "La Croce Bianca" di Arezzo. Restò sempre molto attivo nell'attività della Croce Bianca e si adoperò perché non sorgessero conflitti con l'altra associazione di assistenza, la Misericordia. Nel 1896 si costituì ad

Arezzo l'Associazione Mutua fra i Medici-Chirurghi Italiani e il Buonagurelli ne fu nominato cassiere.
Aveva l'ambulatorio presso la propria abitazione in Via San Domenico 7 e visitava privatamente il martedì e il sabato dalle 12 alle 13 e gratuitamente negli altri giorni non festivi. Il suo fu il primo ambulatorio pediatrico di Arezzo.
Nel 1898 fu inserito nel gruppo delle patronesse della Croce Bianca che dovevano andare a perorare presso il sindaco di Arezzo la concessione di una sede idonea per la Croce Bianca.
Nel 1905 fu uno dei collaboratori della rivista medica aretina "Il Cesalpino".
Nel 1908 fu nominato Assessore all'igiene alla sanità del Comune di Arezzo. La notizia pubblicata dal medico aretino Ugo Viviani proprio su "Il Cesalpino" fa notare l'apprezzamento della nomina, sia da tutte le forze politiche, sia da parte dei medici.

IL BREFOTROFIO

Il brefotrofio che la gente chiamava "Spedaletto dei bambini" era collocato all'ultimo piano dell'antico Ospedale di Santa Maria Sopra i Ponti (oggi in gran parte distrutto) e confinante con l'attuale Corso Italia, Via Garibaldi, Via Madonna del Prato e Via Roma. Questa collocazione era particolarmente disagevole, infatti da alcuni giorni non arrivava l'acqua né calda né fredda ,perciò per fare il bagno ai bambini, le infermiere e le balie dovevano andare a prendere l'acqua calda presso la cucina ubicata al primo piano.
Ospitava circa 19 lattanti e 15 divezzi, orfani e abbandonati. Fin dal XV secolo gli orfane i "gettatelli"venivano accolti nei vari ospedali cittadini. Dal 1787, in base a disposizioni Leopoldine, gli esposti vennero tutti affidati agli "Spedali Riuniti si Santa Maria Sopra i Ponti",ma come in tutti i brefotrofi si guardava più alla salvezza dell'anima che del corpo. Alla fine dell'XIX secolo anche ad Arezzo fu organizzato un reparto brefotrofio basato su criteri scientifici. Fin dalla costituzione fortemente voluta, tra gli altri dal Buonagurelli, fu annesso alla maternità e la direzione affidata al primario ostetrico, Giuseppe Mascagni che ne mantenne la direzione fino al 10 febbraio 1910. In tale data l'amministrazione ospedaliera approvò una delibera che toglieva la direzione al Mascagni per affidarla a Pietro Benvenuti. Quest'ultimo era nato ad Arezzo il 29 dicembre 1871 da Ferdinando e Teresa Marianelli. Il padre Ferdinando era medico:si era laureato in medicina presso l'Università di Pisa il 30 giugno 1856 con Francesco Puccinotti e fu medico del sifilocomio morì il 28 febbraio 1888. Nel 1893 Pietro aveva sposato Bianca Bandelloni e si era trasferito a Firenze dove aveva conseguito la specializzazione in clinica infantile presso l'Ateneo fiorentino. Nel 1907 rientrò ad Arezzo come assistente ospedaliero. Abitava vicino all'ospedale, in Corso Vittorio Emanuele, l'attuale Corso Italia. Nel frattempo era divenuto presidente della "Camera Sanitaria" che era l'equivalente dell'attuale Ordine dei Medici costituito successivamente. Benvenuti riuscì a crearsi una serie di relazioni sia professionali sia politiche e per questo riuscì a convincere l'amministrazione ospedaliera a creare il posto di responsabile del Brefotrofio. Si creò una violenta protesta nella stampa locale, come testimoniano numerosi articoli comparsi nel settimanale locale "L'Appennino" nel corso del 1910. Si parlò di «sfacciato favoritismo». Per tutta risposta il Benvenuti convocò una riunione della "Camera Sanitaria" in data 20 agosto 1910 in cui venne approvato un ordine del giorno, pubblicato nel numero 36 de "L'Appennino" del 3 settembre 1910 in cui si approvava la pianta organica stabilita dall'amministrazione ospedaliera che appunto prevedeva il posto di medico del Brefotrofio assegnato al Benvenuti e si raccomandava all'amministrazione di «tener conto dei servizi prestati dal sanitario che attualmente lo ricopre» cioè il Benvenuti stesso. Durante la votazione il Benvenuti si fece sostituire nella presidenza dell'assemblea dal collega Lusardi. Tre membri (Buonagurelli, Citernesi e Aretini) si dimisero dalla "camera sanitaria". Nel 1911 l'organico ospedaliero venne approvato dalla commissione di beneficenza, nonostante che il Buonagurelli, primario dell'ospedale, avesse ricorso presso l'amministrazione contro la pianta organica, ma con esito negativo. Nel settembre 1911 venne bandito un concorso nazionale per medico del brefotrofio, ma con una prassi, evidentemente antica, il bando fu abilmente camuffato e ne furono esposte solo 2 copie, per soli 25 giorni, una nella portineria dell'ospedale, l'altra nell'atrio del municipio e nessun giornale medico o politico, locale e nazionale, riportò il bando. Sempre nel 1911 si svolse il concorso a cui naturalmente partecipò solo il Benvenuti. La commissione era composta da 3 medici, il medico provinciale, Arnaldo Pieraccini, direttore del manicomio e un amico e collega del Benvenuti stesso, Giorgio Tonietti, il quale con il Benvenuti stesso era avvantaggiato dalla nuova pianta organica.
Lo stipendio annuo per il medico del brefotrofio era 600 lire, poi aumentato a 4.500. Era previsto che il medico si recasse 3 volte al giorno in ospedale.

IL PATRONATO SCOLASTICO

Nel 1911 fu costituito a Cortona il Patronato scolastico che fu il primo della provincia di Arezzo e uno dei primi in Italia. Rientrava in un progetto voluto dai governi presieduti da Giovanni Giolitti di assistenza all'infanzia che si sarebbe realizzato completamente solo nel 1925 con l'istituzione dell'ONMI (Opera nazionale maternità e infanzia).

Bibliografia

• M. CRESPI, *Barellai, Giuseppe*, in Dizionario Biografico degli Italiani – Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, vol. 6, p. 320-321.

• I. FARNETANI, *Levi, Moisè Rafael*, in *Dizionario biografico degli italiani* – Istituto dell'Enciclopedia Italiana fondata da Giovanni Treccani, in corso di stampa.

• G. CINI, *Commemorazione del Prof. Cav. M. R. Levi, in Rivista veneta di scienze mediche*, IV (1887), pp. 213-228.
• N. LATRONICO, *Storia della pediatria*, Torino 1997, p. 672.

• *Lido di oggi Lido di allora*, Venezia [1991], pp. 13, 15, 21, 28-29, 38, 45, 47.

• D. BARTOLINI, *I luoghi dell'infanzia malata. Istituti di cura e di assistenza*, in *La scoperta dell'infanzia cura, educazione e rappresentazione*, Venezia 1750 – 1930, a cura di N. M. Filippini, T. Plebani, Venezia 1999, p. 81.

• *The Jewish enciclopedia*, New York-London, 1904, vol. VIII, p. 35.

• F.A. MASSETANI *Dizionario biografico*, p. 19.

• Necrologio in "L'Appennino" 4 novembre 1922.

• R. GESU', *Il Convitto Nazionale di Arezzo*, Arezzo, Tipografia Commerciale, 1968, pp. 55-57.

• G. MAGGIONI, *Storia della Società Italiana di Pediatria nel suo centenario (1898-1998)* in "Rivista Italiana di Pediatria" 4/s, 24 (1998) pp. 5-10.

• I. FARNETANI, F. FARNETANI, *Chi era Alfredo Buonagurelli, socio fondatore n° 15 della SIP* in "Quaderni di Pediatria" – Atti del 58° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria, Montecatini Terme 28 settembre – 2 ottobre 2002, 1 (2002), 4: p. 204.

IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

II PARTE

Giovanni Caruso
Medico Legale · Arezzo

Art. 12 - Prescrizione e trattamento terapeutico - Questo articolo assume caratteri di fondamentale importanza all'interno della struttura del codice di deontologia medica, infatti, nel corso dell'elaborazione dell'attuale edizione codicistica, all'interno della Federazione degli Ordini il dibattito sui profili etici fondamentali è stato particolarmente serrato e pertanto l'elaborazione di quest'articolo è stata oggetto di approfondita riflessione, stante la particolare rilevanza degli elementi contenuti nel testo stesso, primo fra tutti l'introduzione del principio dell'uso appropriato delle risorse economiche, principio che non deve, comunque, condizionare l'autonomia del medico nelle appropriate scelte diagnostiche e terapeutiche. Si tratta di un principio voluto al fine di fornire una risposta agli indirizzi scientifici ormai ampiamente acquisiti a livello nazionale e internazionale. In questo articolo, nell'intento di porre in risalto la necessità di un'equa allocazione delle risorse economiche socialmente disponibili, si è voluto fornire, al medico, spunti di riflessione, esclusivamente nell'interesse della collettività. Detto articolo intende sottolineare l'autonomia che deve configurare ogni scelta medica che necessita di un confronto con l'inalienabile libertà decisionale che al cittadino deve essere riconosciuta, libertà che non prescinde da una consapevole assunzione di responsabilità in caso di rifiuto delle cure proposte. L'ultima parte dell'art. 12 vuole ribadire, con estrema chiarezza, l'altrettanto inalienabile principio di autonomia del medico, che non prescinde da un atto di responsabilità per quanto concerne le scelte dei trattamenti terapeutici da proporre. Si vuole, in definitiva, sottolineare che il medico ha il dovere di aderire alle richieste del paziente, se legittime e motivate, ma assolutamente di respingerle laddove queste dovessero essere in contrasto con i principi di scienza e coscienza che sono fondamento etico dell'esercizio professionale. Nell'ambito della prestazione professionale cui il medico è quotidianamente chiamato esiste, infatti, un ambito di discrezionalità culturale e tecnica e un'indipendenza intellettuale del professionista che, sotto la propria responsabilità, si occupa di diagnosi, cura e terapia del paziente, a questo potere discrezionale è correlata una responsabilità civile, penale e deontologica per eventuali errori inescusabili commessi in corso di prestazione d'opera. Molto ampio e delicato il dibattito che si sta ancora svolgendo, in dottrina e giurisprudenza, sulla natura della responsabilità professionale con particolare riferimento al grado della colpa che può rendere il me-dico "imputabile" da un punto di vista penale o, comunque, obbligarlo al risarcimento dei danni da un punto di vista civilistico. Come è noto la responsabilità civile del prestatore d'opera intellettuale, e quindi anche del me-dico, è limitata solo al dolo o alla colpa grave se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di "speciale" difficoltà (art. 2236 c.c.). Questa limitazione che riguarda soltanto il campo del diritto civile si applicherebbe non soltanto alla responsabilità contrattuale, ma anche a quella extracontrattuale cioè derivante da fatto illecito (cfr. Cass. 81/1 544 e Cass. 71/1 282). Questa limitazione di responsabilità, in passato era giuridicamente applicata anche al campo penalistico, il che contribuiva a creare un tipo di responsabilità per il professionista più attenuata rispetto a quella relativa alla comune prassi applicabile ad ogni cittadino. Si rende necessario precisare che tale orientamento è stato mutato dalla giurisprudenza in varie sentenze, nell'ambito delle quali è stata sancita la responsabilità del professionista secondo i comuni canoni della colpa scaturente da imprudenza, imperizia e negligenza. Senza pretendere di sintetizzare tutta la complessa problematica della colpa professionale e della correlativa responsabilità è però doveroso fare un cenno al concetto di consenso informato. E' ormai ampiamente assodato che il medico non può ignorare l'obbligo di acquisire, dal paziente (o dove previsto dai suoi legali rappresentanti), l'esplicito consenso alle cure o agli interventi che intende realizzare; detto consenso è, ovviamente necessario in forma scritta, in corso di programmazione d'interventi invasivi anche se non particolarmente complessi e pericolosi per la vita del paziente stesso; ne deriva che il medico dovrà fornire la necessaria e completa informazione affinché tale consenso sia frutto di piena consapevolezza circa le possibili non aleatorie conseguenze dell'atto medico. Il medico è dunque tenuto a fornire prestazioni sanitarie fondate su accurate conoscenze e convalidate esperienze professionali, dedotte dalla Scienza ufficiale che, come è noto, è in continua evoluzione; da ciò emerge l'obbligo dell'aggiornamento profes-

sionale che costituisce, peraltro, oggetto specifico del successivo art. 16 del codice deontologico. Le prescrizioni e i trattamenti terapeutici devono, peraltro, essere ispirati al principio del "rischio-beneficio", in particolare deve essere evitata la "temerarietà professionale", ovvero una condotta che non tenga conto di possibili complicazioni e di eventuali conseguenze dannose. A tale proposito, si rende necessario segnalare che dal punto di vista procedurale, in ambito di onere della prova, secondo gli attuali canoni giuridici, sul medico, come su qualsiasi altro prestatore d'opera professionale, grava l'onere di dimostrare di aver svolto, con diligenza, il proprio incarico professionale; di converso al paziente sarà richiesto di fornire la prova del danno alla persona, subito a causa ed in conseguenza della condotta professionale. Il Diritto positivo ha chiarito che la valutazione della condotta medica, sotto il profilo della diligenza, prudenza e perizia non può, ovviamente, essere limitata soltanto a criteri ispirati a generici parametri di tecnica, bensì dovrà tenere in debito conto le particolari condizioni nelle quali è stato praticato l'atto medico. Il codice deontologico dedica alla questione della sperimentazione clinica altri articoli cui si rimanda per un adeguato approfondimento della relativa tematica, al contempo non si può non sottolineare che la giurisprudenza riconosce al medico la "libertà di scelta terapeutica" ovvero consente al professionista di utilizzare anche terapie non strettamente tradizionali (un richiamo va al multitrattamento Di Bella, che ha suscitato grande interesse legislativo e giurisprudenziale, con DL 23/98; L. 94/98; C. Cost. 185/98, L. 257/98), purché scientificamente validate; ne deriva che il medico potrà incorrere nel rischio d'imputabilità per colpa professionale, ogni qualvolta decida di prediligere, ad una terapia scientificamente convalidata, un trattamento carente di concreto riscontro scientifico, con conseguente danno psicofisico alla persona.

Art. 13 - Pratiche non convenzionali - Denuncia di abusivismo

Il precedente codice trattava l'argomento relativo alla pratiche non convenzionali, al Titolo V° titolato "Rapporti con i terzi". Gli estensori del nuovo codice deontologico hanno invece ritenuto più opportuno che le problematiche relative all'esercizio di pratiche non convenzionali trovassero collocazione nell'attuale Capo III "Obblighi peculiari del medico", a ribadire quelli che sono i doveri del medico, anche laddove si trovi a dover affrontare richieste del cittadino relative a trattamenti non convalidati dalla società scientifica ufficiale. L'art. 13 è estremamente chiaro nella sua formulazione, in quanto sottolinea il principio di autoregolamentazione della responsabilità professionale del medico che assume carattere più incisivo laddove si tratti di terapie non convenzionali. In tal caso, infatti, il medico dovrà impegnarsi a far sì che il cittadino non si sottragga a specifici trattamenti di comprovata efficacia, perseguendo, in alternativa, illusorie speranze di guarigione attraverso terapie scientificamente non convalidate e pertanto di dubbia efficacia. I trattamenti che attengono alla medicina cosiddetta "alternativa" configurano una problematica che ha investito direttamente e recentemente la Federazione degli Ordini, a tal punto che la specifica Commissione incaricata di approfondire questo delicato argomento è arrivata alla conclusione di non potere più ignorare un ambito di esercizio medico estremamente ampio, fondato su una richiesta sempre più crescente della popolazione. In questo senso la Federazione ha consentito agli Ordini provinciali di riportare in elenchi conservati presso l'Ordine - a fini esclusivamente cognitivi e non certamente valutativi - i nominativi di tutti quei medici che esercitano le diverse pratiche non convenzionali. Si è inteso con questa iniziativa ribadire, comunque, che l'esercizio di pratiche non convenzionali è riservato esclusivamente ai medici iscritti agli Ordini provinciali. Ne deriva che il medico, qualora ne venga a conoscenza, è deontologicamente obbligato a comunicare al proprio Ordine professionale ogni caso di esercizio abusivo della professione medica e/o odontoiatrica.

Art. 14 - Accanimento diagnostico-terapeutico -

Questo articolo insieme ai successivi articoli 36 e 37 dedicati rispettivamente ai temi dell'eutanasia e dell'assistenza al malato inguaribile, costituisce una somma dei doveri del medico di fronte al malato inguaribile. Questo articolo in particolare deve essere letto come un esempio pratico dell'orientamento insito in tutto il nuovo codice di deontologia medica relativamente al rispetto della personalità del malato e al rapporto fiduciario tra medico e paziente. Come attraverso il divieto dell'eutanasia attiva non è permesso al medico di compiere alcun atto diretto alla soppressione della vita, così con questo articolo, si vuole porre l'attenzione sul deplorevole accanimento diagnostico e terapeutico, deontologicamente censurabile qualora consista in una inutile ostinazione a pratiche d'indagine strumentale ed a trattamenti terapeutici che non possono migliorare, in alcun modo, la qualità della vita residua in paziente terminale. Se il concetto di accanimento terapeutico può essere sufficientemente chiaro occorre, invece, specificare che si parla di accanimento diagnostico quando il medico, pur in presenza di una prognosi infausta continui a sottoporre un paziente ad esami e a ricerche inutili quanto invasive o comunque fonte di disagio senza vantaggio alcuno per la salute del paziente, ormai in prognosi infausta. Tutto ciò, ovviamente non fa riferimento a

situazioni particolarmente drammatiche, nell'ambito delle quali, il medico si trovi in profondo conflitto di coscienza e sottoposto a stimoli emozionali indotti dai parenti del malato, così da indurlo ad ulteriori tentativi, per quanto d'incerta efficacia, pur tuttavia finalizzati a mantenere viva, nei congiunti, una flebile speranza. Occorre innanzi tutto chiarire che lo stesso art. 37 del codice deontologico fornisce alcuni orientamenti sui compiti del medico di fronte a malattie a prognosi sicuramente infausta. In riferimento all'accanimento diagnostico-terapeutico e in contrapposizione a questo è utile invece accennare alla medicina palliativa quale risposta adeguata che il medico può dare di fronte al malato inguaribile. La medicina palliativa si preoccupa di assicurare, per quanto possibile, la libertà dal dolore, la conservazione di una certa autonomia fisica e, ove possibile, la conservazione di un ruolo sociale e familiare.

Art. 15 - Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica -

L'attuale formulazione dell'articolo rispecchia quasi completamente il vecchio testo del 1995, a parte l'aggiunta dell'ultimo capoverso *"... e solo al fine di procurare un concreto beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze"* e tutelarne, per quanto possibile, la qualità della vita. Si è inteso, in tal modo, evidenziare che il trattamento medico debba essere esclusivamente finalizzato al miglioramento della qualità della vita, emendando o quantomeno alleviando il grado di sofferenza. Si tratta, quindi, di trattamenti che responsabilizzano il medico nella valutazione più attenta delle conseguenti indicazioni terapeutiche. Detto articolo vuole chiarire che il medico nel suo approccio professionale con la malattia inguaribile deve, in via prioritaria, tener conto della dignità dell'uomo che si affida alle sue cure. Nel rispetto dei fondamentali principi etici che regolano la pratica medica, il paziente non dovrà mai assumere il ruolo di oggetto di parossistica quanto impari competizione tra il medico e la morte.

Art. 16 - Aggiornamento e formazione professionale permanente -

Con questo articolo l'Ordine professionale rivendica con piena coscienza il proprio compito di garante insostituibile dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente del medico e dell'odontoiatra, in ferma opposizione ad alcune iniziative legislative che lo vorrebbero esautorare da questo compito fondamentale per relegarlo a un mero ruolo notarile. È giusto, peraltro, osservare che il progresso continuo ed estremamente veloce della scienza medica, il diversificarsi sempre più delle varie branche di specializzazione non possono permettere al singolo medico, benché diligente e coscienzioso, di essere al corrente di tutte le acquisizioni scientifiche. Si deve rilevare, però, che obbligo di aggiornamento si sostanzia più che altro in una "tensione morale che deve spingere il medico a migliorare le proprie conoscenze per offrire ai pazienti prestazioni professionali il più possibile adeguate alle loro necessità. L'obbligo dell'aggiornamento professionale ha rilevanza anche deontologica: si ritiene che alcune mancanze professionali causate dalla scarsa preparazione culturale, provocata dal trascurato aggiornamento, possano costituire oggetto di procedimento disciplinare a carico del medico che se ne renda colpevole. Inoltre il medico che non si preoccupi di mantenersi aggiornato può procurare discredito all'intera categoria concedendo all'Ordine la facoltà di intervenire con ricorso alla Commissione disciplinare provinciale.

Dopo aver sottolineato che, comunque, è la coscienza professionale del medico che deve costituire il primo fondamentale stimolo inteso a soddisfare l'esigenza di aggiornamento e di formazione permanente, è opportuno rilevare che quest'obbligo ha rilevanza anche giuridica e che la sua violazione può essere considerata anche come colpa professionale in senso tecnico. L'art. 2 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, fondamento del Servizio Sanitario Nazionale, prevede esplicitamente, tra i vari obiettivi da perseguire, anche la formazione professionale permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del S.S.N. Sotto questo profilo i crediti formativi si configurano, dunque, come il riconoscimento di un'esigenza di costante revisione delle conoscenze scientifiche che costituiscono il bagaglio culturale, necessario al fine di poter continuare a svolgere la professione medica in accordo con una scienza medica in evoluzione.

Art. 17 - Rispetto dei diritti del cittadino -

La tradizionale terminologia "paziente", costantemente presente nei Codici precedenti, in quest'ultima edizione del 1999 per quanto non completamente sostituita, è stata ampiamente rinnovata. Nel nuovo Codice volutamente è stato deciso di utilizzare in prevalenza il termine "cittadino" laddove si è inteso sottolineare una universalità di principi fondamentali. L'art. 17 è appunto uno di questi articoli, particolarmente ricco di significato nell'ambito di un corretto e moderno rapporto medico-paziente, al punto che esso a pieno titolo può essere considerato chiave di lettura utile all'individuazione dell'esatta prospettiva attraverso la quale la professione medica intende collocarsi all'interno della società. Si è, invece, voluto far ricorso alla terminologia "persona assistita" o "malato" laddove si è inteso scongiurare il rischio di letture paternalistiche e anacronistiche del rapporto medico cittadino, volendo, al contempo evitare equivoci

circa il significato di "paziente", spesso inteso, nella comune accezione, come "colui che sopporta", il che equivale ad ignorarne l'etimologia "patior" che indica "colui che soffre". Tale articolo, nella sua revisione ha inteso tener conto delle esigenze correlate ad un rinnovato rapporto medico-paziente; tale rapporto, nell'ottica di una sempre maggiore presa di coscienza sociale, prevede che da un atteggiamento univoco si debba passare ad una più ampia tutela della dignità del cittadino, nel pieno rispetto dei suoi diritti fondamentali, tutto ciò attraverso atteggiamenti professionali che siano idonei a proporre un diverso e più profondo rapporto medico-paziente. Nell'ambito di tale rapporto, la posizione del medico resta inderogabile per quanto concerne il ruolo propositivo che, sulla base delle sue competenze professionali egli è chiamato a svolgere; in questo contesto all'affidamento psicologico che il paziente ha nei suoi confronti, deve però associarsi, da parte del medico, un atteggiamento rispettoso dei diritti del malato e delle sue legittime esigenze, quale "persona" e non semplice oggetto di prestazione. Nella rielaborazione di questo articolo, in definitiva si è voluto dare concreta risposta ai principi fondamentali previsti dall'art. 2 e 3 della Carta Costituzionale della Repubblica italiana, estendendo tali principi giuridici anche in ambito normativo deontologico. La revisione dell'art. 17 superando ogni pregiudizio di strumentalizzazione della propria posizione professionale a fini di prevaricazione e di dominio psicologico sul paziente, riconosce al medico un ruolo professionale indipendente, di alta competenza ma non assoluto, ovvero non disgiunto dal riconoscimento e dalla valorizzazione dei diritti fondamentali del paziente, della sua dignità, della sua capacità decisionale, aspetti questi che confluiscono nel diritto alla salute, nei termini in cui questo principio giuridico è sancito dall'art. 32 della Costituzione.

L'art. 17, peraltro, si pone come un'interpretazione ancor più rigorosa del principio già espresso dalla Conferenza Internazionale degli Ordini dei Medici (anno 1987), secondo cui *"... il medico non può sovrapporre la sua concezione di vita a quella del paziente"*, in realtà detto art. rappresenta un superamento di tale principio poiché nella formulazione della norma deontologica viene delineato un rapporto medico-paziente in cui le rispettive posizioni sono all'origine paritarie, sotto il profilo morale e non si fa più alcun accenno alla predominanza della posizione del professionista, se non per quanto riguarda le competenze tecniche di cui solo il medico è detentore. L'articolo in esame è, in definitiva, l'indice del cambiamento del rapporto medico-paziente, profondamente mutato, in questi ultimi anni per effetto della crescita del livello culturale medio e di una sempre più matura coscienza sociale dei diritti individuali. Di tutto ciò si troverà riscontro e conferma in altre norme dello stesso codice quali quelle concernenti l'informazione e il consenso del paziente.

Art. 18 - Competenza professionale -

Questo articolo deve essere letto alla luce del principio enunciato nel precedente, concernente la necessità del massimo rispetto dei diritti del cittadino da parte del medico.

Nell'articolo viene chiaramente enunciato l'obbligo del medico di garantire il massimo impegno e il massimo scrupolo in tutti i suoi rapporti professionali con il cittadino. Nel primo comma dell'articolo è stato anche inserito il principio che il medico non deve assumersi obblighi, si intende di risultato professionale, che non sia in condizione di soddisfare. Viene anche enunciata chiaramente la necessità di un rapporto stretto con il cittadino attraverso l'approfondito colloquio e la necessità dell'utilizzazione di tutto il tempo necessario per garantire i risultati attesi.

Il rapporto medico-cittadino deve essere caratterizzato sia dalla puntuale e completa informazione, sia dalla necessità dell'utilizzazione di terminologie comprensibili, che non allontanino il cittadino dal medico e che, principalmente, gli garantiscano la possibilità di comprendere correttamente le informazioni e le prescrizioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative fornite dal professionista. Anche da tale norma emerge la scelta operata a favore di un modello di medicina che viene definito dal Comitato Nazionale di Bioetica, della *"beneficialità"*. Secondo tale modello viene riconosciuto come *"imprescindibile l'impegno morale del singolo professionista ad agire nell'interesse del malato, considerato nella sua globalità"*. Sempre in questo modello la tutela della salute, esige una significativa comprensione dei vissuti, delle speranze, delle paure di chi soffre e perciò richiede che il medico "possieda e coltivi alcune qualità umane (capacità d'ascolto e di dialogo, sensibilità psicologica), che lo abilitino ad adempiere ai suoi doveri professionali". (La nostra società e i modelli di medicina - CNB 20 giugno 1992 - Informazione e consenso all'atto medico).

L'art. 18 va considerato anche come un interessante esempio di trasposizione in termini deontologici di obblighi giuridici, il primo comma dell'articolo in esame, laddove sancisce il dovere del medico di garantire al paziente impegno e competenza professionale", opera, infatti, in termini sintetici ed efficaci una individuazione del modello comportamentale in grado di evitare al medico ciò che in campo giuridico è definita responsabilità per colpa professionale.

Art. 19 - Rifiuto d'opera professionale -

Eliminato il riferimento specifico alla obiezione di coscienza, il titolo di tale artic. è stato ridefinito rispetto al testo del 1995; in questa nuova edizio-

ne del codice deontologico si è, infatti, voluto dare all'articolo stesso un'ampiezza etica che il riferimento all'obiezione di coscienza, disciplinata da due specifiche leggi (la prima riguardante l'interruzione volontaria della gravidanza e la seconda riferita alla sperimentazione sugli animali), avrebbe ridotto. Il valore del presente articolo si evince nel rilievo etico, elemento fondamentale della professione insito nella natura stessa dell'attività medica e che nella tutela della salute ha il proprio fondamento, ne deriva che tale art. può essere considerato una risposta, da una prospettiva medica, a quello che è costituzionalmente un diritto riconosciuto al cittadino. La Repubblica, infatti, riconosce e garantisce i diritti inviolabili della persona, tra i quali anche quello di aderire liberamente a varie impostazioni culturali e ideologiche; i cittadini (e tra questi anche il medico), sono obbligati al rispetto della norma positiva, ma nel caso di profondi contrasti con personali principi morali, essi possono essere eccezionalmente autorizzati, con normativa di Legge, a rifiutare l'adempimento di un obbligo stabilito dalla Legge stressa. Al di là delle questioni più rilevanti concernenti l'obiezione di coscienza, così come prevista e disciplinata nella legge 194/78 va, comunque, rilevato come tale facoltà nel codice deontologico sia oggetto di una previsione di carattere generale che la connette a qualsiasi tipo di intervento sanitario che abbia implicazioni con principi d'ordine morale ed opinioni cliniche che appartengono al medico stesso. Meno problematico appare il rifiuto opposto dal medico a prestare la propria opera in interventi che contrastino con il suo convincimento clinico. In tali ipotesi, infatti, la personale responsabilità del sanitario in ambito di prestazione d'opera professionale lascia al medico e soltanto al medico la più ampia libertà; a lui è richiesto soltanto di fornire idonee motivazioni cliniche, sulla scelta di operare o non operare, di come e quando operare; a tale proposito basterà ricordare, a titolo di esempio, l'obiezione legittimamente espressa da un clinico palermitano il quale ha rifiutato di partecipare, in équipe, ad un intervento chirurgico di separazione di due gemelle siamesi, nell'ambito di una tecnica operatoria che nella migliore prognosi aveva già previsto di dover sacrificare una delle due sorelle, in presenza di unico fegato. Detta obiezione di coscienza, tradotta in ambito professionale comporta la necessità di un raccordo con la norma generale prevista dall'art. 17 del codice di deontologia medica, ove viene sancito l'obbligo, da parte del medico, d'improntare la propria attività personale al rispetto dei diritti fondamentali della persona. Da tutto ciò emerge un delicato equilibrio tra diritti di libertà ed autonomi convincimenti del paziente da una parte e del medico dall'altra, in relazione ad una serie di interventi sanitari nei confronti dei quali si possono registrare diversi e contrastanti orientamenti etici; a tale riguardo basterà accennare alla problematica della contraccezione e in particolare alla scelta delle diverse metodiche, nell'ambito delle quali si registra da parte di alcuni sanitari di osservanza cattolica, rifiuto di prescrizione di contraccettivi orali. Tale problematica, al di là di implicazioni e conseguenze d'ordine giuridico, tanto più stringenti nel caso di sanitari dipendenti o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale (nei confronti dei quali, secondo un non univoco orientamento legislativo si potrebbero ravvisare eventuali responsabilità civili e penali), la valutazione di carattere deontologico va espletata seguendo i dettami espressi dagli articoli 17 e 19 del codice di deontologia. Tali articoli, infatti, intendono delineare il rapporto medico-paziente come confronto tra coscienze di pari dignità, confronto questo che non deve prescindere da un civile, reciproco rispetto delle personali convinzioni etiche e religiose. Nello svolgimento della valutazione suddetta, pertanto, deve essere debitamente considerato quanto importante sia la rilevanza della sfera di libertà, autonomia e indipendenza, rispettivamente del medico e del paziente, entrambi protagonisti di determinate scelte; al contempo non si potrà non tener conto del fatto che i personali convincimenti etici e religiosi dell'uno, in varia misura possono o non possano incidere nella sfera dell'altro, tutto ciò inteso anche alla luce di quanto affermato dall'art. 4 del codice deontologico.

Art. 20 - Continuità delle cure -

L'attuale testo di tale art. 20 del codice di deontologica medica si conforma alla stesura precedente. E da notare che è stato inserito, tra i casi in cui è necessario comunque garantire al cittadino la continuità delle cure, anche quello relativo al venire meno del rapporto di fiducia tra medico e cittadino stesso.

Anche in questo caso rimane fermo l'obbligo del medico di garantire la necessaria continuità delle cure onde evitare nocumento al malato. In tale articolo, peraltro è previsto che la continuità delle cure possa essere assicurata anche con il ricorso all'affidamento del paziente ad un collega di specifica competenza professionale. All'interno di tale articolo si esprime una puntualizzazione che tiene conto di una prospettiva che specificatamente concerne l'erogazione delle cure, con riferimento a quanto, nel precedente art. 18, viene indicato come obbligo di impegno che il medico deve garantire al paziente. Nel primo comma dell'art. 20, viene infatti stabilito che il medico ha il dovere di assicurare la continuità delle cure; tale dovere, in caso di indisponibilità o impedimento, ovviamente implica la sostituzione con colleghi di adeguata competenza professionale, previa informazione fornita al paziente, il quale potrà accettare o

rifiutare assistenza da parte del sostituto, in base al principio del rapporto fiduciario. Al medico, peraltro, nel caso in cui in corso di prestazione d'opera ritenga necessaria la collaborazione o consulenza con colleghi o con altre figure professionali, viene riconosciuto il diritto di instaurare tali rapporti collaborativi, previa scelta di operatori di propria fiducia. Ciò è pienamente giustificato dal fatto che, ferma restando la responsabilità di ognuno per l'opera prestata, persistono comunque per la connessione dei diversi interventi che si operano sullo stesso soggetto, ambiti di responsabilità comune ("responsabilità di equipe"), il che impone che la collaborazione professionale, per essere di adeguato vantaggio per il paziente in cura, deve necessariamente fondarsi su di un preliminare e imprescindibile rapporto di fiducia tra i vari operatori. L'ultimo comma dell'articolo sancisce il dovere del medico di continuare l'assistenza anche nel caso di malattia incurabile anche solo al fine di lenire la sofferenza fisica e psichica. Tale previsione è un'ulteriore indicazione della scelta su cui si fonda il codice, a favore di un rapporto medico-paziente che non deve essere considerato solo in una prospettiva di efficienza tecnicistica finalizzata alla ricerca di un risultato terapeutico, ma, anche, di umana solidarietà. Tale impostazione riveste una particolare rilevanza soprattutto con riferimento a gravi patologie quali le malattie neoplastiche in fase terminale o l'AIDS conclamato. Proprio con riferimento a tale seconda patologia non si potrà ignorare che agli Ordini professionali sono stati segnalati casi di rifiuto di prestazione fondato sul generico timore di contagio; è chiaro che un tale rifiuto, non adeguatamente motivato è da ritenersi deontologicamente censurabile. A tale proposito si rende necessario sottolineare che in piena conformità con la normativa deontologica, anche l'art. 5, Legge 135/90, stabilisce che *"gli operatori sanitari, che, nell'esercizio della loro professione, vengano a conoscenza di un caso di AIDS, ovvero di un caso di infezione da HIV, anche non accompagnato da stato morboso, sono tenuti a prestare la necessaria assistenza adottando tutte le misure occorrenti per la tutela della riservatezza della persona assistita"*. Va, comunque, evidenziato che si ritiene giustificato il rifiuto di assistenza al soggetto affetto da infezione da HIV qualora la prestatrice d'opera si trovi in stato di gravidanza, in particolar modo quando non esistano adeguati mezzi di tutela o di prevenzione o non siano sufficienti quelli adottati dalla madre al fine di escludere il rischio di contagio per il concepito della cui salute la madre non può disporre. Sulla problematica accennata risulta di particolare interesse la raccomandazione n. R (89) 14 del Consiglio d'Europa, concernente i problemi etici relativi alla infezione da HIV nelle strutture sanitarie e sociali; secondo tale raccomandazione: *"tutti gli operatori hanno l'obbligo di prestare assistenza alle persone infette da HIV e ai pazienti malati di AIDS; solo quando la protezione del singolo operatore sia chiaramente insufficiente (per mancanza di equipaggiamento protettivo, di formazione, ecc.) l'operatore sanitario può rifiutarsi di eseguire prestazioni che comportino rischi. Perciò l'operatore sanitario non può rifiutarsi per motivi etici e/o contrattuali di curare un paziente la cui condizione patologica rientri nel suo normale dominio di competenza per il solo motivo della sieropositività del paziente stesso. Ogni operatore sanitario che non sia in grado di provvedere all'assistenza e alle prestazioni professionali richieste da una persona con AIDS, dovrebbe affidare il paziente a quei medici o servizi che sono attrezzati per provvedere a tali prestazioni; fino a quando ciò non sia possibile il medico deve prendersi cura del paziente al meglio delle sue capacità. Il principio della libera scelta spettante ai medici, nel curare o meno i pazienti, deve essere applicato in modo tale da non configurare forme di discriminazione nei confronti dei pazienti o gruppi di pazienti; dovrebbe essere, altresì, coerente con le regole che presiedono alla relazione medico-paziente"*.

Art. 21 - Documentazione clinica -

In questo articolo viene sottolineata la posizione che deve assumere il medico laddove, nell'interesse della salute del paziente, debba mettere a disposizione i documenti e i dati in suo possesso, sia del paziente sia dei legali rappresentanti o, comunque, di chiunque altro venga dal paziente indicato per iscritto. La lettura di questo articolo risente oggi dell'emanazione della legge sulla riservatezza dei dati personali, n. 675/96, che è stata un punto di svolta relativamente alla tutela dei dati clinici. La problematica relativa al trattamento dei dati sensibili del paziente che in precedenza, con il codice deontologico del 1995, era esclusivamente regolata da generali principi non nominativi di tutela della riservatezza dei dati stessi, oggi, in presenza di un intervento legislativo specifico è da interpretare sottolineando la posizione di titolarità del cittadino riguardo alla propria documentazione clinica. La disponibilità e divulgazione di detti elementi resta completamente a disposizione del soggetto interessato.

Per quanto attiene alla documentazione clinica relativa a un paziente, quindi, per l'uso e la diffusione della stessa, al di là della individuazione a livello giuridico del soggetto titolare di un diritto di proprietà sulla medesima, nella prospettiva di un comportamento deontologicamente corretto, è necessario porre come criterio direttivo l'interesse esclusivo del malato. Non sono perciò giustificabili comportamenti volti a ostacolare o impedire la conoscenza da parte del paziente della documentazione relativa al suo stato di salute. Né simili

atteggiamenti possono trovare idonea giustificazione con il ricorso al segreto professionale o con la tutela della riservatezza. In ordine alla "riservatezza", infatti, il paziente cui la documentazione si riferisce (in alternativa il suo legale rappresentante), può legittimamente disporre della documentazione che riguarda lo stato di salute e, per ciò che attiene al segreto professionale, questo non può evidentemente riguardare il diretto interessato, il cui stato di salute è l'oggetto della documentazione.

Art. 22 - Certificazione -

Il certificato medico è un documento di scienza e verità, finalizzato ad attestare fatti o situazioni. Essendo la veridicità requisito sostanziale e fondamentale del certificato ne deriva che esso deve essere redatto dal sanitario in grado di esprimere, con assoluta certezza, un giudizio diagnostico fondato su fatti esplicitamente dichiarati o implicitamente contenuti nel giudizio medesimo, che siano rispondenti al vero, ovvero che siano pienamente conosciuti da colui che ne fa attestazione. Esso può essere redatto sia dal sanitario che riveste la qualifica di esercente un servizio di pubblica necessità (medico libero professionista), sia da quello che riveste le funzioni di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio (medico dipendente o convenzionato con il SSN). I certificato di malattia, rilasciato dal medico convenzionato al proprio assistito, è destinato a provare la verità su fatti morbosi e pertanto necessariamente, anche se implicitamente, presuppone che il medico certificante abbia proceduto direttamente all'inquadramento diagnostico; se ne deduce che in caso di dimissione ospedaliera il medico che dovrà certificare la prima diagnosi e prognosi sarà lo stesso medico ospedaliero che avendo avuto in cura il paziente in stato di degenza, rivestendo le funzioni di pubblico ufficiale non potrà esimersi da tale obbligo se esplicitamente, dal diretto interessato gli verrà richiesto di sottoscrivere un atto certificativo. I certificati medici vanno distinti dalle prescrizioni poiché nei primi l'elemento prevalente è quello della dichiarazione di verifica di determinati stati e non l'indicazione della necessità di una determinata terapia, tra i due documenti vi è, comunque, un medesimo nesso concettuale costituito dal giudizio clinico su cui si fonda sia il certificato sia la prescrizione. Per una definizione dal punto di vista giuridico della certificazione medica, per la determinazione dell'efficacia probatoria della stessa e per le conseguenze che ne possono derivare appaiono significative le massime di sentenze di seguito riportate:

-Cass. Sez. V, 3/luglio/1979-: *"Affinché un documento proveniente da un medico possa qualificarsi certificato medico, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 481 C.P., è necessario che il suo contenuto rappresenti in tutto o in parte una certificazione, cioè che attesti fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità".*

-Cass-8/ottobre/1957-: *"Anche nel giudizio medico può cogliersi la deformazione della verità che costituisce l'elemento obiettivo del reato di cui all'art. 481 C.P., quando in esso sia implicita la rappresentazione non corrispondente al vero dei fatti morbosi che ne sono il presupposto; pertanto il reato di falsità in certificati sanitari sussiste non solo quando la falsità incida nell'attestazione delle attività svolte in concreto dall'autore del documento, ma anche quando essa concerna i presupposti di fatto esplicitamente dichiarati o implicitamente contenuti nel giudizio diagnostico o terapeutico".* -Corte dei Conti, Sezioni riunite 11/gennaio/1993- *"La presunzione di verità fino a querela di falso ex art. 2699 e 2700 c.c. deve ritenersi limitata ai fatti oggetto di certificazione e non anche ai giudizi o agli effetti ulteriori dei fatti stessi, con la conseguenza che, in quanto dichiarazione di scienza, il certificato medico può espletare la sua efficacia probatoria privilegiata anche nel processo ma limitatamente ai fatti oggetto di certificazioni e non anche quanto agli effetti ulteriori che non potevano essere percepiti o previsti dall'ufficiale certificatore al momento dell'accertamento; e, pertanto, in ordine alla natura e ai limiti invalidanti delle infermità accertate, il certificato medico che ha dato poi luogo a provvedimenti di congedo o aspettativa è un semplice mezzo di prova per vincere il quale non occorre lo strumento della querela di falso e invece concorre con ogni altro mezzo di prova alla formazione del convincimento del giudice."* -Cass. Sez. VI Penale 24/maggio/1977 e Sez. V Penale - 16/febbraio/1981: *"Il reato di falsità ideologica in certificazioni amministrative deve ritenersi sussistente in tutti i suoi elementi quando il giudizio diagnostico espresso dal medico certificante si fonda su fatti esplicitamente dichiarati o implicitamente contenuti nel giudizio medesimo, che siano non rispondenti al vero e che ciò sia conosciuto da colui che ne fa attestazione".*

La certificazione attestante talune infermità (sindrome ansiosa, depressiva, distimica ecc.), di per sé comportante astrattamente un giudizio di infermità invalidante e di impedimento delle prestazioni lavorative, deve essere valutata anche alla luce delle prove contrarie.

L'art. 22 del codice deontologico fissa per il medico una serie di precisi obblighi concernenti la certificazione.

- Obbligo del rilascio del certificato su richiesta del paziente e direttamente al paziente medesimo, il medico non può rifiutare la consegna diretta al paziente di un certificato relativo al suo stato di salute e ciò indipendentemente dal fatto che il certificato richiesto sia uno di quelli dovuti ai sensi delle varie convenzioni (es. di medicina generale)

e/o previsti da precise disposizioni di legge, o semplicemente facoltativo, cioè destinato a un uso strettamente privato.
lì certificato è da consegnare al soggetto cui si riferisce (o al suo legale rappresentante o a persona indicata espressamente dal paziente) o ad altro richiedente cui la legge ne riconosca il diritto.
Se altra persona chiede a nome del paziente la consegna del certificato il medico deve accertarsi che tale consegna corrisponda alla volontà del paziente.

Art. 23 -Cartella clinica -
Gli estensori del Codice deontologico hanno inserito questo articolo nell'intento di regolamentare le carenze dalle quali spesso conseguono vertenze a livello medico legale. La scelta di individuare i contenuti essenziali che la cartella clinica deve possedere, oltre al fine di adempiere alla sua naturale funzione di accurato e rigoroso, nonché chiaro documento finalizzato alla descrizione cronologica delle condizioni cliniche del paziente, delle scelte diagnostico-terapeutiche che su di lui sono state operate, è scaturita anche dalla volontà di tutelare i diritti del cittadino. La cartella clinica non può essere, infatti, considerata come un semplice seccante adempimento burocratico atto a registrare meri dati obiettivi; in realtà sotto il profilo deontologico, oltreché giuridico, essa rappresenta una dettagliata documentazione, concernente notizie, scelte diagnostiche e terapeutiche effettuate ed eventualmente da effettuare, al contempo rappresenta un prezioso strumento idoneo a consentire verifiche amministrative e di qualità; la cartella clinica, peraltro, è anche la prova scritta idonea a dimostrare l'avvenuta registrazione dell'informazione al paziente e della conseguente attestazione di consenso. In questa prospettiva dovrebbero essere applicati i principi della cartella clinica orientata per indirizzo diagnostico-terapeutico. Alla cartella clinica, una parte della giurisprudenza della Cassazione riconosce il possesso di tutti i requisiti propri dell'atto pubblico e non propriamente della certificazione amministrativa; detta definizione di atto pubblico comporta una serie di conseguenze che sul piano giuridico sono di non trascurabile influenza sotto il profilo della responsabilità professionale, derivandone l'applicazione degli articoli 479 e 476 del c.p. per falso ideologico e materiale nella previsione della pena più grave, nonché l'ipotesi di rivelazione di segreto d'ufficio, ex. art. 326 c.p. Un ritardo nella compilazione potrebbe comportare la sussistenza del reato di omissione di atti d'ufficio ex. art. 328 c.p. Per quanto concerne la compilazione della cartella clinica, in ambito giurisprudenziale sono previste speciali competenze in ordine al medico tirocinante, il quale, secondo opinione condivisa da alcuni magistrati, dovrebbe limitarsi alla raccolta dell'anamnesi, in ogni caso requisito indispensabile è che la cartella clinica sia redatta con grafia leggibile, a tale proposito il Garante per la "privacy", accogliendo il ricorso di un paziente il quale aveva chiesto chiarimenti sui dati personali contenuti nella propria cartella clinica, si è così espresso: *"la leggibilità delle informazioni è la prima condizione per la loro piena comprensione"*.

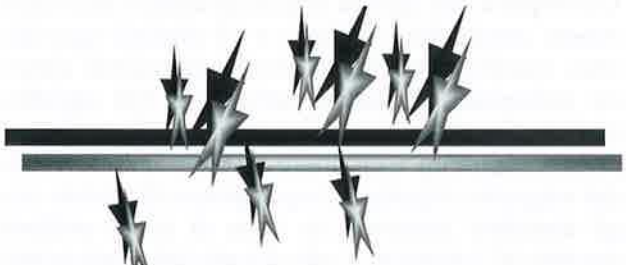
FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

La nostra professione in Europa

Consiglio Nazionale FNOMCeO
Roma, 4, 5 Luglio 2003

A cura dell'Ufficio Rapporti con l'Estero FNOMCeO



PROPOSTA DI DIRETTIVA RELATIVA AL RICONOSCIMENTO DELLE QUALIFICHE PROFESSIONALI

POSIZIONE ATTUALE DELLA FNOMCeO QUALE MEMBRO DEL COMITATO PERMANENTE DEI MEDICI EUROPEI (CPME)

Intervento del Dr. Reiner Brettenthaler, Presidente del CPME, nel corso della Conferenza svoltasi ad Atene il 15 - 18 Maggio 2003 su: "Allargamento dell'Europa, sanità e prestazioni sanitarie, prospettive e cambiamenti".

Intervento dell'Onorevole Stefano Zappalà, relatore al Parlamento europeo sulla proposta di direttiva relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali

✓ Posizione attuale della FNOMCeO quale membro del Comitato Permanente dei Medici Europei (CPME): Intervento del Dr. Reiner Brettenthaler, Presidente del CPME, nel corso della Conferenza svoltasi ad Atene il 15 - 18 Maggio 2003 su: "Allargamento dell'Europa, sanità e prestazioni sanitarie, prospettive e cambiamenti".

✓ Conosciamo meglio gli Organismi della nostra professione in Europa: Comitato Permanente dei Medici Europei (CPME)

CPME, data di pubblicazione: mercoledì 4 giugno 2003

Allargamento dell'Europa, prospettive e sfide per la salute e l'assistenza sanitaria

La presidenza greca ha organizzato ad Atene, dal 15 al 18 maggio, una conferenza su "Allargamento dell'UE, salute e assistenza sanitaria, sfide e prospettive". La conferenza ha riunito funzionari governativi, accademici e professionisti della salute per esaminare le condizioni e le tendenze del settore nei paesi in via di adesione.

Il presidente del CPME ha aderito all'invito presentando un'analisi delle attuali revisioni della Proposta per una Direttiva riguardante il riconoscimento delle qualifiche professionali:

La proposta della Commissione per una Direttiva sul riconoscimento delle qualifiche professionali – Una possibilità o un rischio?

Ringraziamenti, piacere, onore

Il CPME, il Comitato permanente dei medici europei, è l'organizzazione, comprendente altre strutture minori, di tutti gli 1,6 milioni di medici dell'UE e dei più di 2 milioni di medici dell'Europa allargata, quindi rappresentiamo oggi sia l'UEMS (specialisti), l'UEMO (medici generici) e il PWG (giovani medici),

sia le altre organizzazioni europee.
Si tratta di un'organizzazione guidata dai soci.

In quanto tale, il CPME è profondamente coinvolto nella preparazione della riforma della Direttiva sui medici.

Il 7 marzo 2002, la Commissione Europea ha presentato al Parlamento e al consiglio una proposta di Direttiva riguardante il riconoscimento delle qualifiche professionali.

Il memorandum esplicativo della proposta spiega chiaramente l'intenzione della Commissione, in questo contesto, di introdurre un metodo di consultazione moderno e flessibile degli Enti europei rappresentativi delle associazioni professionali e delle istituzioni didattiche più direttamente interessate al coordinamento, da parte della Comunità, di un insegnamento e di una formazione professionale che portino al riconoscimento automatico del titolo nel campo del riconoscimento professionale. Ciò per sostituire gli attuali comitati consultivi, quali l'ACMT*.

1) CONSIDERAZIONI GENERALI:
Attualmente, il riconoscimento delle qualifiche professionali è basato su 3 sistemi diversi:

a) le Direttive settoriali: attualmente vi sono 12 direttive che riguardano 7 professioni, p.e. il medico, l'infermiere generico, il medico dentista, il chirurgo veterinario, l'ostetrica, il farmacista e l'architetto;
b) una direttiva generale per le arti e le professioni commerciali;
c) le Direttive orizzontali: queste direttive coprono tutte le professioni non regolate in modo specifico. Contrariamente alle Direttive settoriali, non vi sono norme per il riconoscimento automatico, né per gli standard minimi di formazione a livello europeo per ogni specifica professione; il paese ospitante, perciò, è autorizzato a richiedere misure compensative.

La presente bozza di Direttiva interessa tutte le Direttive per il riconoscimento, riducendole a una sola. Facendo ciò, la Commissione mira ai seguenti obiettivi:

a) i nuovi sistemi dovrebbero essere più trasparenti e permettere riconoscimenti professionali più rapidi e flessibili;
b) la fusione dovrebbe fornire le basi per un sistema di riconoscimento professionale più uniforme, trasparente e semplificato;
c) la nuova Direttiva dovrebbe essere maggiormente adattabile agli emendamenti;
d) ai cittadini dovrebbero essere garantite migliori informazione e consulenza.

Questa bozza, indubbiamente, sembra avere i requisiti per garantire i diritti che il CPME ha rivendicato per anni rispetto al sistema di specializzazione medica in Europa. Tuttavia, contiene anche evidenti peggioramenti delle condizioni di migrazione per i medici europei, con i quali il CPME non può concordare.

2) RESTRIZIONE DRASTICA DEL SISTEMA DI RICONOSCIMENTO AUTOMATICO
La Direttiva medica nella sua versione attuale mira a includere nel sistema di riconoscimento automatico il maggior numero possibile di diplomi (specialistici). L'obiettivo principale della Direttiva medica, quindi, è di coprire tutti i diplomi (specialistici) esistenti in almeno 2 degli Stati membri.
Questi diplomi dovrebbero essere riconosciuti automaticamente in quegli Stati membri in cui le specialità esistono. Il prerequisito per il riconoscimento automatico è il fissaggio degli standard minimi di formazione per queste specialità, standard obbligatori per tutti gli Stati membri in cui tali specialità sono state introdotte.

La bozza di Direttiva è ispirata a un'idea completamente diversa. Secondo tale bozza, continuano a godere del riconoscimento automatico soltanto quei diplomi specialistici che sono stati introdotti in tutti gli Stati membri, mentre tutti gli altri diplomi specialistici ricadono sotto il sistema generale. Ciò implica che questa bozza concede il riconoscimento automatico soltanto a 17 diplomi specialistici, mentre tutti gli altri medici specialisti saranno sottoposti ad esami individuali. Ciò significa inoltre che, in ogni singolo caso di migrazione, il paese ospitante esaminerà il praticantato svolto dal migrante rispetto all'equivalenza di questo con gli standard nazionali. In caso di scarti evidenti rispetto ai contenuti e alla durata del praticantato (superiore a un anno), il paese ospitante sarà autorizzato a richiedere una compensazione attraverso un periodo di adattamento o un test attitudinale.

Queste nuove regole saranno applicabili non soltanto alle specialità rare, ma anche a specialisti quali i dermatologi, i medici del lavoro, gli specialisti in chirurgia maxillofacciale, ecc. Altra ragione per cui quest'approccio risulta problematico è che esso porterà a una situazione per cui il riconoscimento automatico di un diploma sarà abolito nel momento in cui uno Stato membro eliminerà una determinata specialità.

La Commissione Europea giustifica la propria proposta sulla base della semplificazione, soprattutto rispetto all'allargamento. A dire il vero, questo sistema costituisce una semplificazione unicamen-

te per la Commissione stessa.
Non vi è alcun dubbio che le autorità nazionali responsabili del riconoscimento, così come i medici migranti, si troveranno ad affrontare una situazione più complicata. Il nuovo sistema, inoltre, causerà ulteriori problemi, poiché vi saranno più frequenti controversie nel valutare e stabilire l'equivalenza della formazione del medico migrante rispetto agli standard nazionali di praticantato, per la specialità in oggetto, del paese ospitante. Secondo la bozza, sarà necessario decidere se i campi di esercitazione per le specialità poste a confronto sono equivalenti, e questa valutazione sarà effettuata per ogni singolo caso.

3) NUOVO REGOLAMENTO DELLA PRESTAZIONE DI SERVIZI TRANSFRONTALIERA

La Direttiva medica contiene norme specifiche per la prestazione transfrontaliera di servizi medici. Uno degli aspetti di agevolazione è che i medici non sono sottoposti all'obbligo di divenire membri regolari dell'organizzazione professionale medica (con affiliazione obbligatoria), ma sono soltanto tenuti a informare le autorità competenti dell'intenzione di prestare servizi medici. È fondamentale sottolineare che il fornitore di servizi ha il preciso obbligo di rispettare le norme professionali del paese ospitante. Le bozza della nuova Direttiva contiene norme specifiche per la prestazione transfrontaliera di servizi, tuttavia senza fornire precisazioni per le singole professioni.
Secondo la bozza, i medici sono autorizzati a fornire prestazioni transfrontaliere ("libera prestazione di servizi"), purché siano legalmente residenti in uno Stato membro. Tuttavia, è discutibile se sia contraddetta la decisione presa dalla Corte Europea di Giustizia per il caso "Bouchoucha". La Corte Europea di Giustizia (ECJ) autorizza gli Stati membri a riservare le attività mediche ai medici laureati e a proibire ai medici non accademici l'esercizio della professione. Il nuovo articolo 5 potrebbe portare a una situazione in cui i medici non accademici siano autorizzati a fornire liberamente prestazioni transfrontaliere anche in quegli Stati membri in cui le attività mediche sono riservate ai medici laureati. Ciò risulta ancor più problematico in quanto, nella bozza, un'attività professionale per un periodo di durata sino a 16 settimane l'anno in un paese ospitante è considerata una "prestazione di servizi" (il che significa un periodo di quasi 4 mesi!).
Inoltre, risulta problematico il fatto che il prestatore di servizi non sembra più essere legato al codice professionale del paese ospitante, come invece accade per l'attuale Direttiva medica (tuttavia ha il diritto di stabilirvisi per un periodo di quasi quattro mesi. Questo lungo periodo di 16 settimane che limita la durata del soggiorno pare anch'esso problematico, poiché il prestatore di servizi, come è stato sino ad ora, è esonerato dall'affiliazione all'organizzazione professionale medica.
Il fatto che la comunicazione dell'intenzione di prestare servizio dovrà essere indirizzata al punto di contatto dello Stato membro costituisce un'innovazione. Non si può escludere che le richieste di comunicazione all'organizzazione professionale medica in questione, attualmente in vigore, possano essere abolite.
Infine, i prestatori di servizi, sino ad ora, avevano l'obbligo di allegare, a questa comunicazione di intenzione di prestare servizi, un certificato rilasciato dal paese d'origine che attestasse il diritto legale al libero esercizio della professione. Questa richiesta, in futuro, sarà abolita. Soltanto le autorità nazionali competenti dello Stato membro ospitante potranno chiedere, alle autorità competenti dello Stato membro di residenza, di fornire prove adeguate riguardanti il medico in questione.
Infine, vale la pena indicare che il prestatore di servizi, secondo il modello della Direttiva sul commercio elettronico, dovrà essere obbligato a indicare i destinatari delle prestazioni (non soltanto in caso di servizi elettronici), specificando la registrazione ad associazioni professionali, l'identificazione/registrazione, ecc.

4) FORMAZIONE PROFESSIONALE DEI MEDICI GENERICI

La norma prevista all'art. 26, comma 6, costituisce una novità, secondo cui gli Stati membri in cui la formazione professionale non corrisponde a quanto previsto dalla Direttiva medica sono autorizzati a rilasciare un diploma in medicina generale per i medici generici che abbiano completato ulteriori praticantati. Questi praticantati aggiuntivi dovranno fornire conoscenze e capacità conformi alla qualità del praticantato previsto dalla Direttiva medica e presuppongono un periodo di formazione professionale non inferiore a 6 mesi nella pratica della medicina generale. D'altro canto, non sarà più possibile essere sottoposti al praticantato nella propria specialità, come sino ad ora è stato previsto dall'art. 32 della Direttiva medica in vigore.
Vale la pena indicare, inoltre, che al punto 13 del preambolo si stabilisce che non vi potranno essere, negli Stati membri, specialità paragonabili allo scopo dell'attività dei medici di medicina generale.

5) PIATTAFORME COMUNI

L'art. 15 della bozza è particolarmente interessante, in quanto si riferisce al trasferimento al sistema generale delle specialità che non esistono in tutti gli Stati membri.
Secondo l'art. 15, le associazioni professionali possono comunicare alla Commissione delle piattaforme comuni che istituiscono a livello europeo. Una piattaforma comune è un gruppo di criteri riguardanti le qualifiche professionali sulla base

delle quali le associazioni stesse accreditano le qualifiche ottenute negli Stati membri. Se la Commissione ritiene che la piattaforma in questione faciliti il mutuo riconoscimento delle qualifiche professionali, riconosce la più recente e i suoi criteri divengono obbligatori. Ciò implicherà che le specializzazioni che non esistono in tutti gli Stati membri, e per le quali non è quindi previsto il riconoscimento automatico, potranno essere stabilite dalle associazioni professionali europee.

6) DIPLOMI DI PAESI TERZI

La bozza contiene un nuovo approccio, abbastanza pragmatico, al riconoscimento dei diplomi dei Paesi terzi.
L'art. 2 stabilisce che gli Stati membri, nel riconoscere i diplomi di cui al titolo III / capitolo III (cioè le professioni attualmente regolate dalle Direttive settoriali), compreso il riconoscimento dei diplomi medici, devono rispettare i requisiti minimi previsti dalla Direttiva. Inoltre, l'art. 3 comma 3 prevede che un diploma di Paese terzo riconosciuto in questo modo debba essere automaticamente riconosciuto dagli altri Stati membri, a condizione che il titolare del diploma abbia esercitato la professione per un periodo minimo di tre anni nello Stato che ha, per primo, riconosciuto il diploma.
Questo tipo di approccio è sicuramente attuabile.

7) MEDICI SPECIALIZZANDI

L'attuale Direttiva medica è carente in questo campo, in quanto si occupa soltanto dei medici in possesso di una qualifica di base, che li autorizza al libero esercizio della professione medica. I medici in corso di specializzazione per ottenere la qualifica di base, tuttavia, qualora intendessero migrare, incontrerebbero degli ostacoli. Secondo la Direttiva, il principio del riconoscimento generale si applicherebbe anche ai medici laureati che seguano un corso di specializzazione post-laurea e che non siano in possesso di una qualifica medica di base.
Questo nuovo approccio permetterà ai medici che stiano seguendo un corso di specializzazione post-laurea di ottenere più facilmente la qualifica medica di base.

8) PUNTI DI CONTATTO

Sino ad ora, ogni Direttiva settoriale prevede un ente informativo che fornisca ai medici migranti le informazioni sulle leggi professionali, le norme etiche, ecc. L'art. 53 prevede l'indicazione di un punto di contatto che sia responsabile, ovviamente, di tutte le professioni regolamentate. Si può discutere se un singolo punto di contatto sarà ora in grado di occuparsi di tutte le professioni.

9) CONOSCENZA DELLE LINGUE

L'art. 49 della bozza, in conformità alle più recenti decisioni prese dalla Corte Europea di Giustizia, prevede esplicitamente che lo Stato membro ospitante si assicuri che le persone che beneficiano del riconoscimento delle qualifiche professionali abbiano, o possano acquisire, le conoscenze linguistiche necessarie per lo svolgimento della loro attività professionale nello Stato membro ospitante.

10) ACCORDI CON GLI ORGANI RAPPRESENTATIVI

Nelle osservazioni preliminari, la Commissione anticipa la proposta di abolire definitivamente i Comitati consultivi. In sostituzione, l'art. 54 prevede un Comitato per il riconoscimento delle qualifiche professionali che comprenda i rappresentanti degli Stati membri, e che sia competente per tutte (!!!) le professioni regolamentate. Nelle osservazioni preliminari, la Commissione prevede, inoltre, di concludere accordi con gli organi rappresentativi e le istituzioni per la formazione delle rispettive professioni, in modo tale da ottenere informazioni sui requisiti di specializzazione.

Conclusioni

1. La professione medica è soddisfatta del sistema settoriale esistente. Contrariamente al sistema generale, esso garantisce il riconoscimento automatico dei diplomi comuni a tutti gli Stati membri o ad alcuni di essi. Le professioni settoriali preferiscono la creazione di diversi comitati, anziché il comitato singolo che è stato previsto nella proposta attuale. Un singolo comitato non può gestire i due diversi regimi.
2. Il CPME è profondamente convinto che sia estremamente importante prevedere che i servizi transfrontalieri siano regolati dalle leggi del Paese ospitante e non da quelle del Paese di residenza. Ciò nell'interesse della protezione del consumatore e della salute del paziente.
3. Il CPME mette in discussione la separazione della professione medica in due gruppi, cioè un ristretto numero di specialità mediche riconosciute automaticamente (17) e alcune altre, le più numerose, sottoposte al sistema generale (35).
4. Un sistema unificato quale l'attuale regime settoriale, applicabile sia ai paesi già facenti parte dell'EU che a quelli che vi entreranno, fornirà una legislazione europea maggiormente protettiva per i medici migranti.
5. Sempre più Paesi europei, compresi i Paesi candidati, sviluppano una specializzazione in Medicina generale/Medicina familiare, equivalente alle altre specializzazioni. Agli Stati membri non deve essere vietato di aspirare a una maggiore qualità e competenza in un determinato campo medico. Il punto 13 dovrebbe essere cancellato.

6. Il CPME insiste affinché la specializzazione part-time non venga considerata un'eccezione, ma una normale possibilità offerta ai medici accanto alla specializzazione a tempo pieno.
7. Il CPME esige che, all'interno della Direttiva stessa, sia garantita l'effettiva partecipazione della professione al nuovo sistema in sostituzione dello scioglimento dell'ACMT*. Il CPME accoglie favorevolmente lo spostamento verso una struttura legale più flessibile, ma esige che il testo sia esplicito e formalizzi la cooperazione con la professione medica, cioè con il CPME.
8. Per concludere, vorrei sottolineare che la professione medica è sempre stata una professione internazionale, e quindi è sempre stata favorevole ai liberi spostamenti. Quindi, il CPME ritiene che l'Europa dovrebbe fornire le regolamentazioni necessarie per stimolare, e non per vietare, i liberi spostamenti di pazienti e medici.

Dr. Reiner Brettenthaler
Presidente del CPME – Comitato Permanente dei Medici Europei
Atene, 16 maggio 2003

*n.d.r. Comitato Consultivo per la Formazione del Medico

ITER LEGISLATIVO DELLA PROPOSTA DI DIRETTIVA RELATIVA AL RICONOSCIMENTO DELLE QUALIFICHE PROFESSIONALI

Gli emendamenti dal n. 87 al 251 si trovano sul sito:
http://www.europarl.eu.int/meetdocs/committees/juri/20030616/496601it.pdf
Vengono abrogate le precedenti direttive : 78/686/CEE, 78/687/CEE, 89/48/CEE,92/51/CEE, 93/16/CEE e successive modificazioni e integrazioni

COMMISSIONE EUROPEA

Proposta di direttiva Presentata il 7 marzo 2002

PARLAMENTO EUROPEO

Commissione Giuridica e del mercato interno: relatore On. Stefano Zappalà
6.2.2003: presentazione del progetto di relazione

22.5.2003: La Commissione Giuridica riunita in prima seduta ha esaminato il testo Zappalà

17.6.2003
La Commissione Giuridica in seconda seduta ha espresso parere contrario al testo

Entro l'8 luglio: consegna dei nuovi emendamenti da presentare in Commissione Giuridica e successiva nuova stesura del relatore

2.9.2003: prossima riunione Commissione Giuridica per la votazione sugli emendamenti

PARLAMENTO EUROPEO

Se adottata la relazione andrà inserita all'o.d.g. della prossima riunione plenaria del PE in prima lettura e successivamente al Consiglio dei ministri presumibilmente a novembre

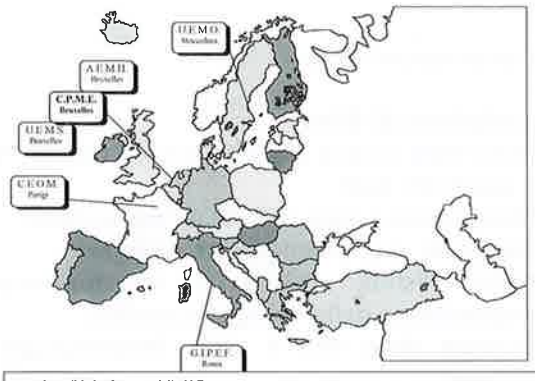
CONSIGLIO DEI MINISTRI

Se l'atto non viene adottato il Consiglio adotta una posizione comune

PARLAMENTO EUROPEO in seconda lettura

CONOSCIAMO MEGLIO GLI ORGANISMI DELLA NOSTRA PROFESSIONE IN EUROPA:

COMITATO PERMANENTE DEI MEDICI EUROPEI (CPME)



I Paesi candidati a far parte della U.E. sono:

1.	Cipro	* 4.5% PIL
2.	Estonia	* 6.9% PIL
3.	Lettonia	* 4.4% PIL
4.	Lituania	* 5.3% PIL
5.	Malta	* 9.6% PIL
6.	Polonia	* 6.3% PIL
7.	Repubblica Ceca	* 7.6% PIL
8.	Slovacchia	* 7.2% PIL
9.	Slovenia	* 7.7% PIL
10.	Ungheria	* 6.5% PIL

* Spesa sanitaria media paesi candidati 6.6% del PIL
Data ingresso: 1 Maggio 2004

Paesi candidati a far parte della U.E. dal 2007:
Bulgaria
Romania

Il CPME è un'organizzazione medica europea che rappresenta le Associazioni mediche nazionali dei Paesi dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo. Il CPME è stato fondato nel 1959, due anni dopo la firma del Trattato di Roma che stabiliva il Mercato Comune. Nel 1992 il CPME, organizzazione no-profit, ha aperto la sua sede a Bruxelles. Attualmente il CPME rappresenta 1,6 milioni di medici in Europa. Scopo del CPME è la promozione del più elevato livello di formazione medica e di esercizio allo scopo di raggiungere il più alto standard di qualità delle prestazioni sanitarie per i cittadini europei ed è particolarmente coinvolto nel promuovere i rapporti medico/paziente. Il CPME è impegnato nella promozione della libera circolazione dei medici nell'Unione Europea quale organizzazione "ombrello" delle associazioni mediche autonome più rappresentative in Europa.

GENERAL ASSEMBLY
L'Assemblea Generale è l'organo decisionale del CPME di cui fanno parte i Membri che hanno diritto di voto, i Membri associati, gli Osservatori e le Organizzazioni Associate che non hanno diritto di voto. Elegge il Board e l'Executive Committee.

↓

BOARD
Il CPME è diretto dal Board, cui fanno parte tutti i Capi delegazione dei Paesi membro.

↓

EXECUTIVE COMMITTEE
è costituito dal Presidente, dai 4 Vice presidenti e dal Tesoriere eletti dall'Assemblea Generale tra i componenti del Board.

Il CPME ha 4 Commissioni che attualmente trattano le problematiche sotto elencate; i documenti approvati in ogni Commissione, vengono poi sottoposti al Board e/o all'Assemblea Generale per l'adozione.

Le Commissioni sono:

Commissione di Etica
- Etica della ricerca (differenze tra Paesi del Nord e quelli del Sud)
- Prevenzione e cura dell'AIDS, tubercolosi resistente ai chemioterapici, malaria
- Bioterrorismo: dovere di informazione e preparazione della categoria medica
- Scienza della vita e della biotecnologia in Europa
- Studio delle cellule staminali
- Aspetti etici della ricerca biomedica nei Paesi in via di sviluppo
- Linee guida sui principi di buona pratica clinica nella sperimentazione medica di prodotti medicinali per uso umano
- Consenso informato (anziani, adolescenti, bambini)
- Segreto medico e questioni rivenienti dalla vita che si estingue

Commissione per l'organizzazione delle cure sanitarie, sicurezza sociale, economia sanitaria e industria farmaceutica
- Libera circolazione dei pazienti : rischio clinico e sicurezza del paziente
- Revisione della legislazione farmaceutica europea (pubblicità e promozione di farmaci)
- Direttiva riguardante i farmaci tradizionali a base di piante

Commissione per la formazione medica e lo sviluppo professionale continuo
- Proposta di direttiva sulle qualifiche professionali (proposta On. Zappalà)
- Controllo della qualità dei programmi di formazione
- Medici malati - Programma PAIMM
- Finanziamento della formazione professionale continua /sviluppo professionale continuo
- Formazione dei medici nei Paesi candidati

Commissione per la medicina preventiva e ambiente
- Cure sanitarie agli anziani
- Strategia futura per la sicurezza e la salute nei luoghi di lavoro
- Sicurezza stradale – politica di prevenzione
- Libro bianco sulla sicurezza alimentare (integratori alimentari)
- Proposta di direttiva relativa al tabacco, la prevenzione e la riduzione dei rischi associati al consumo di droga
- Programma d'azione a favore dell'ambiente
- Programma d'azione nel campo della sanità pubblica

Sono **Membri**, le Associazioni mediche nazionali non governative più rappresentative dei Paesi dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo:

Austria Belgio Danimarca Finlandia Francia Germania Grecia Islanda Irlanda Italia Lussemburgo Norvegia Portogallo Svezia Paesi Bassi Regno Unito Spagna.

Sono **Membri associati**, le Associazioni mediche nazionali dei Paesi dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo:

Andorra Bulgaria Croazia Cipro Repubblica Ceca Estonia Ungheria Latvia Lithuania Malta Polonia Romania Repubblica Slovacca Slovenia Svizzera

Sono **Osservatori**, le Associazioni mediche nazionali dei Paesi dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo, o dei Paesi candidati all'adesione alla U.E.;

Sono Organizzazioni associate le organizzazioni mediche internazionali:

Associazione Europea dei Medici Ospedalieri A.E.M.H.
Associazione Medica Mondiale W.M.A.
Conferenza Europea degli Ordini dei Medici C.E.O.M.
Federazione Europea dei Medici Salariati F.E.M.S.
Associazione degli Studenti di Medicina E.M.S.A.
Gruppo di Lavoro Permanente dei giovani medici ospedalieri P.W.G.
Unione Europea dei Medici di medicina Generale U.E.M.O
Unione Europea dei Medici Specialisti U.E.M.S.
Federazione Internazionale delle Associazioni degli Studenti di Medicina I.F.M.S.A.
Gruppo di Lavoro Europeo dei Generici e Specialisti in libera professione E.A.N.A.

Per ulteriori informazioni
Ufficio Rapporti con l'Estero FNOMCeO:
web-site: www.fnomceo.it
e-mail: estero@fnomceo.it
tel. 06 36203232

A cura dell'Ufficio Rapporti con l'Estero FNOMCeO

LA SALUTE E I CAMPI MAGNETICI, ELETTRICI ED ELETTROMAGNETICI

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PADOVA

Antonio Nuzzolo

Il fenomeno dell'elettrosmog è balzato alla ribalta delle cronache già da diverso tempo, eppure il legislatore italiano ha avvertito la necessità dell'adozione di una legge quadro sulla protezione dalle esposizioni a campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici soltanto lo scorso anno.
E' stata così emanata la legge 22 Febbraio 2001 n. 36 (G.U. 7.3.02 n. 55) che si prefigge molteplici scopi elencati al primo articolo: assicurare la tutela della salute dei lavoratori e della popolazione dagli effetti delle suddette esposizioni, promuovere la ricerca scientifica per la valutazione degli effetti a lungo termine ed attivare idonee misure di cautela, nonché assicurare la tutela dell'ambiente e del paesaggio e promuovere l'innovazione tecnologica favorendo azioni di risanamento.
Dettati gli scopi, la legge passa alla definizione del proprio ambito di applicazione concernente gli impianti, i sistemi e le apparecchiature per usi civili, militari e delle forze di polizia, che possono comportare l'esposizione a campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici con frequenze comprese tra 0Hz e 300GHz, mentre i soli articoli 10 e 12 si applicano agli apparecchi ed ai dispositivi di uso domestico, individuale e lavorativo.
Distinzione significativa è quella tra limite di esposizione e valore di attenzione. Il primo è definito quale valore di campo elettrico, magnetico ed elettromagnetico, considerato come valore di immissione, definito ai fini della tutela della salute da effetti acuti, che non deve essere superato in alcuna condizione di esposizione della popolazione e dei lavoratori per le finalità di tutela della salute. Per valore di attenzione si intende, invece, il campo che non deve essere superato negli ambienti abitativi scolastici e nei luoghi adibiti a permanenze prolungate per le altre finalità della legge diverse dalla protezione della salute.
Ciò che immediatamente colpisce fin dall'inizio l'interprete è la distinzione che il legislatore ha avuto premura di operare tra lavoratori e popolazione, suddivisione ulteriormente specificata al terzo articolo, ove si utilizza una diversa nozione di esposizione a seconda che la si riferisca ai primi ovvero alla seconda. Difatti, mentre per i lavoratori vengono in rilievo le esposizioni dovute alla specifica attività lavorativa svolta, per la popolazione si ha riguardo ad ogni tipo di esposizione, ad esclusione di quella intenzionale per scopi diagnostici o terapeutici.
Viene da chiedersi se nei confronti dei lavoratori siano pertanto ammessi limiti di esposizione e valori di attenzione maggiori che nei confronti della popolazione, quasi a ritenere lecito consentire un rischio maggiore per esigenze legate alla produzione. Siffatta perplessità non è del tutto peregrina, atteso che l'art. 4 l.c., nello specificare le funzioni dello Stato, attribuisce a soggetti diversi la possibilità di stabilire i limiti di esposizione, i valori di attenzione e gli obiettivi di qualità a seconda che essi riguardino la popolazione ovvero i lavoratori.
Le innovazioni più significative attengono alla istituzione del Catasto nazionale delle sorgenti fisse e mobili dei campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici e delle zone territoriali interessate, cui fa da péndant l'istituzione del corrispondente Catasto regionale. Nessuno dei due è stato realizzato benché Il primo avrebbe dovuto essere costituito entro 120 g. dall'entrata in vigore della legge dal Ministro dell'Ambiente. Il secondo, invece, non ha trovato attuazione proprio a seguito della mancata realizzazione del primo.
L'organo cui è demandato il compito di supervisione sulla corretta applicazione della legge è il Comitato interministeriale per la prevenzione e la riduzione dell'inquinamento elettromagnetico, il quale è chiamato ad esprimere il proprio parere sui più importanti atti regolamentari. Svolge altresì funzioni di monitoraggio sugli adempimenti previsti dalla legge e predispone una relazione annuale al Parlamento sulla sua attuazione.
Il controllo sugli impianti e la vigilanza sanitaria ed ambientale sono, invece, demandate alle Amministrazioni provinciali e comunali, che li realizzano per il tramite delle Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA), ove costituite, ferme restando le competenze per la vigilanza nei luoghi di lavoro stabilite dalla legislatore previgente. Ove manchino le Agenzie regionali le amministrazioni comunali e provinciali sono facultate ad avvalersi del supporto tecnico dell'agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente, dei presidi multizonali di prevenzione (PMP), dell'istituto superiore per a prevenzione e la sicurezza sul lavoro (ISPESL) e degli ispettori territoriali del Mnistero per le comunicazioni.
Il profilo sanzionatorio è rimesso all'art. 15 l.c., in base al quale, salvo i casi in cui il fatto costituisca reato, per il superamento dei limiti di esposizione e dei valori di attenzione si prevedono sanzioni

amministrative pecuniarie (da 2 a 600 milioni di lire). Per la violazione, invece, delle misure di tutela la sanzione amministrativa può variare da 2 a 200 milioni di lire con raddoppio in caso di recidiva. Ove, invece, risultino violate le prescrizioni previste ai fini della tutela dell'ambiente e della salute, dall'autorizzazione, dalla concessione o dalla licenza per l'installazione e l'esercizio degli impianti la sanzione è la sospensione degli atti autorizzatori suddetti, da due a quattro mesi. Nel caso di nuova infrazione è poi prescritta la revoca dell'atto autorizzatorio.
Se si considera che in relazione alle sanzioni pecuniarie il legislatore ha espressamente escluso la possibilità del pagamento in misura ridotta, generalmente ammesso per le sanzioni amministrative dalla l. 24/11/1981, n° 689, si coglie il particolare rigorismo che sembra aver ispirato il legislatore.
Ad ogni modo, tali sanzioni sono destinate a rimanere prive di applicazione finché non interverrà la necessaria disciplina di dettaglio che individui le autorità competenti ad effettuare gli accertamenti ed i controlli nei singoli casi, nonché quelle chiamate all'irrogazione delle sanzioni.
In realtà le incertezze legate al fenomeno dell'elettrosmog dovute all'assenza, tranne che nei casi più eclatanti, di dati scientifici certi ed incontestati circa gli effetti per la salute umana dell'esposizione a campi elettrici, magnetici ed elettromagnetici, sembrano riflettersi nella legislazione in materia e soprattutto nella concreta sua applicazione.
E' a tutti nota la vicenda delle Radio vaticane, con l'enorme eco che essa ha provocato nell'opinione pubblica.
In tale occasione si è preferito non perseguire una linea di rigorismo applicativo dei già allora vigenti limiti di esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici, anche sotto la pressione delle forze politiche di matrice cattolica.
Difatti, i limiti di esposizione fissati dai regolamenti già prima dell'adozione della legge quadro (e tuttora vigenti a causa della mancata adozione dei nuovi regolamenti che essa legge prevede) risultano essere tra i più restrittivi d'Europa, ma la verifica del loro rispetto è del tutto carente, a testimonianza della scarsa volontà di incidere sui grandi gruppi imprenditoriali che controllano i settori delle comunicazioni radio televisive, dell'energia e della telefonia cellulare.
Sotto quest'aspetto, anche la nuova legge sembra essere un anodino tentativo di sopire i clamori della Piazza, più che l'espressione di un serio e puntuale intervento di ridisciplina del fenomeno.

FARMACI ANALGESICI OPPIACEI IMPIEGATI NELLA TERAPIA DEL DOLORE. DOCUMENTO DEL MINISTERO DELLA SALUTE N. 800.UCS/AG1/4870 DEL 30 GIUGNO 2003

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PADOVA

REGIONE VENETO
Giunta regionale
4 luglio 2003

Nell'intento di fornire una corretta interpretazione delle norme relative alla prescrizione dei farmaci in oggetto, a seguito dell'emanazione del DM 4 aprile 2003 "Modifiche ed integrazioni al DM 24 maggio 2001 concernente il ricettario per la prescrizione di medicinali stupefacenti di cui all'Allegato III-bis introdotto dalla L. 12/2001" l'Ufficio Centrale Stupefacenti ha predisposto un documento esplicativo - sottoforma di domande e risposte.
Si allega alla presente tale documento, chiedendo ai soggetti in indirizzo di darne, per quanto di propria competenza, ampia diffusione.

Il Dirigente Regionale
Dr. Filippo Palumbo

COME UTILIZZARE I FARMACI ANALGESICI OPPIACEI NELLA TERAPIA DEL DOLORE

DOMANDE E RISPOSTE DESTINATE AI MEDICI, AI VETERINARI E AI FARMACISTI

Riferimenti normativi:
Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n.309 "Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.539 "Attuazione della direttiva 92/26/CEE riguardante la classificazione nella fornitura dei medicinali per uso umano".

Decreto del Presidente della Repubblica dell'8 giugno 1998, n. 371 "Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private.

Decreto del Presidente della Repubblica del 28 luglio 2000, n. 270 "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Legge 8 febbraio 2001, n.12 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore.

Decreto Ministeriale 24 maggio 2001 "Approvazione del ricettario per la prescrizione del farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente dalla Repubblica del 9 ottobre 1990, n.348, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n.12"

Decreto. ministeriale 3 agosto 2001 "Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative".

Legge 16 novembre 2001, n.405 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 18 settembre 2001, n.347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria".

Decreto Ministeriale 4 aprile 2003: Modifiche ed integrazioni al decreto del Ministro della sanità del 24 maggio 2001, concernente: "Approvazione del ricettario per la prescrizione dei farmaci di cui all'allegato III-bis al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309, introdotto dalla legge 8 febbraio 2001, n.12"

I 10 FARMACI CHE GODONO DELLE AGEVOLAZIONI PRESCRITTIVE	
Buprenorfina	Metadone
Codeina	Morfina
Dildrocodeina	Ossicodone
Fentanyl	Ossimorfone
Idrocodone	Idromorfone

Cosa è cambiato con l'emanazione del **DM 4 aprile 2003**:

- Prescrizione senza obbligo di dover utilizzare le "tutte lettere" per scrivere la dose, il modo e il tempo di somministrazione e la quantità di confezioni. Per descrivere il medicinale prescritto e la posologia ed il numero di confezioni si possono utilizzare caratteri numerici e le normali contrazioni;
- Eliminazione dell'obbligo di indicare l'indirizzo di residenza del paziente;
- Eliminazione dell'obbligo, da parte del prescrittore, di conservare per sei mesi la copia della ricetta a sé destinata;
- Prescrizione di medicinali contenenti buprenor

fina in tutte le forme farmaceutiche;

FREQUENTLY ASKED QUESTIONS (FAQ)

DOVE TROVARE I RICETTARI AUTOCOPIANTI

1) Dove i medici e/o i veterinari possono ritirare i ricettari?

I medici e/o i veterinari ritirano i ricettari presso le singole ASLL.
L'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato fornisce al sito di riferimento regionale il numero di ricettari necessari. In linea generale, saranno le singole ASLL a recarsi presso il sito di riferimento regionale per acquisire il quantitativo di ricettari loro assegnato.
Essendo le ricette stampate su carta valori, il loro trasporto deve avvenire in presenza di personale di Pubblica Sicurezza o Guardia di Finanza. Anche i Vigili Sanitari, con qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, possono assolvere a tale compito.

2) I medici specialisti non convenzionati possono ritirare ed utilizzare il ricettario?

Si. Tutti i medici, generici e specialisti, convenzionati e non, e i veterinari devono ritirare ed utilizzare il ricettario per la prescrizione dei farmaci compresi nell'allegato III-bis per la terapia del dolore.
Il ricettario del medico o del veterinario è sempre personale, anche quando essi dipendono da strutture sanitarie dislocate sul territorio.

3) Cosa fare dei ricettari già stampati e distribuiti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato alle regioni e quindi alle ASL?

I ricettari stampati ai sensi del DM 24 maggio 2001 e distribuiti dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato alle regioni, alle ASLL e agli operatori sanitari, possono essere ancora utilizzati fino al completo esaurimento delle scorte. Per la loro compilazione si rispetteranno le norme d'uso del DM 4 aprile 2003.

COME COMPILARE I RICETTARI AUTOCOPIANTI

1) Quali medicinali si devono prescrivere?

Tutti i medicinali contenenti principi attivi compresi nell'allegato III-bis (L. n. 12 dell'8 febbraio 2001), quando impiegati nella terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa, devono essere prescritti con la ricetta autocopiante.

2) Quanti medicinali possono essere prescritti?

Si possono prescrivere due medicinali diversi tra loro oppure uno stesso medicinale con due differenti dosaggi o forme farmaceutiche.

3) Quante confezioni possono essere prescritte?

Il numero: di confezioni prescritte con ogni ricetta autocopiante può coprire un ciclo di terapia non superiore a trenta giorni.

4) È possibile prescrivere un numero di confezioni di medicinale per terapie superiori a trenta giorni?

No. L'ultima confezione prescritta deve essere esaurita entro il trentesimo giorno di terapia; successivamente la prescrizione deve essere rinnovata. Nel caso di prescrizione di cerotti transdermici, che devono essere sostituiti ogni tre giorni, il limite di trenta giorni è rappresentato dal giorno dell'applicazione dell'ultimo cerotto.

5) Può il medico adeguare la terapia?

In caso di variazione del dosaggio inizialmente prescritto, il medico può compilare una nuova ricetta autocopiante con la nuova prescrizione, anche se il paziente non ha completato il ciclo di terapia iniziale.

6) Come prescrivere la buprenorfina, nell'ambito della terapia del dolore?

La Buprenorfina, quando utilizzata, in tutte le forme farmaceutiche (fiale, cerotti, compresse, ecc.), nell'ambito della terapia del dolore in caso di patologia neoplastica o degenerativa (ai sensi della legge n. 12/01), deve essere prescritta utilizzando la ricetta autocopiante".
La Buprenorfina, quando utilizzata per trattare forme di dolore acuto (colica renale, frattura, ecc.) deve essere prescritta, nelle quantità previste dalla specifica modalità di ricettazione, come specificato di seguito:

- Buprenorfina fiale: ricetta speciale ministeriale (ricetta gialla), per una cura non superiore ad otto giorni;
- Buprenorfina in altre forme farmaceutiche (compresse, cerotti, ecc.): ricetta da rinnovarsi volta per volta, per una cura non superiore a trenta giorni.

7) Come prescrivere un medicinale con principi attivi in associazione?

I medicinali stupefacenti composti da associazioni di più principi attivi devono essere prescritti secondo quanto previsto dalla legge; 12/01 e con la ricetta autocopiante se almeno une dei farmaci è compreso nell'allegato III-bis.

8) Come prescrivere i medicinali compresi nella tabella V?

I medicinali che contengono farmaci dell'allegato III-bis, e comunque compresi nella tabella V delle sostanze stupefacenti e psicotrope (ai sensi dell'art.14 del DPR 309/90) devono essere prescritti:

- Con ricetta autocopiante nel caso di terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa;

- Con ricetta da rinnovarsi volta per volta nel caso di impiego per il trattamento del dolore acuto (mal di denti, fratture, contusioni, ecc.).

9) E se i medicinali sono compresi nella tabella V (D.P.R. 309/90) e tabella n. 4 F.U.?
I medicinali compresi nella tabella V e contestualmente nella tabella n. 4 della Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana sono prescritti:
- Con ricetta ripetibile, qualora utilizzati per il trattamento sintomatico delle affezioni dolorose acute e croniche (dolore odontostomatologico, osteo-articolare, postoperatorio, ginecologico, ecc.). Si ricorda che l'indicazione da parte del medico di un numero di confezioni, superiori all'unità esclude la ripetibilità della vendita (D. l.vo 30/12/92, n. 539, art 4, comma 3).
- Con ricetta autocopiante se utilizzati nella terapia del dolore in corso di patologia neoplastica o degenerativa.

10) Cose fare della ricetta gialla?
La ricetta speciale ministeriale a madre-figlia (ricetta gialla), distribuita dagli Ordini Professionali, continua ad essere valida per le prescrizioni che non rispondono ai criteri di applicazione delta legge 12/01.

11) Cosa deve fare il sostituto del medico titolare?
Un medico che sostituisce un titolare di ambulatorio, non può utilizzare il ricettario del titolare. Anche il medico sostituto deve dotarsi del ricettario personale ed utilizzarlo qualora se ne presenti la necessità.
Il medico sostituto deve segnare l'indirizzo dell'ambulatorio del titolare nell'apposito spazio della ricetta destinato all'indicazione dell'indirizzo professionale.
Ai fini del rimborso da parte del SSN, la ricetta emessa dal medico sostituto non necessita dell'apposizione del codice regionale personale del medico.

COME DISPENSARE LA TERAPIA DEL DOLORE

1) Tutte le confezioni prescritte sono coperte dal SSN?
Sono coperte dal SSN tutte le confezioni di medicinali compresi nella fascia A del Prontuario Farmaceutico Nazionale (PFN).
Le confezioni necessarie per completare un ciclo di terapia che, in ogni caso, non può superare i trenta giorni, sono prescritte e dispensate con una sola ricetta autocopiante (Legge 16 novembre 2001, n. 405, art. 9, comma 4).

2) Cosa fare se lo spazio della ricetta destinato ai bollini non basta?
Se l'apposito spazio della ricetta (copia SSN) non è sufficiente ad apporre i bollini autoadesivi, il farmacista li può applicare anche sul retro della ricetta; se lo spazio non dovesse essere ancora sufficiente, anche su un foglio allegato alla stessa.

3) Le ricette autocopianti, ai fini della rimborsabilità, hanno valenza su tutto il territorio nazionale?
Le ricette autocopianti valgono su tutto il territorio nazionale, anche ai fini dei rimborso da parte del SSN, indipendentemente dalla residenza dal paziente, dalla regione di appartenenza del medico prescrittore e dall'ubicazione della farmacia. Anche le ricette stampate in duplice lingua e destinate alle Regione autonoma Valle d'Aosta e alla Provincia Autonoma di Bolzano, hanno lo stesso ambito di validità.

4) Cosa succede in farmacia per li paziente che riceve una ricetta autocopiante da uno specialista che lavora in una struttura sanitaria convenzionata?
Tale paziente può andare direttamente in farmacia per prendere i medicinali in regime di convenzione. Infatti la prescrizione farmaceutica in caso di urgenza terapeutica di necessità e di dimissione ospedaliera in orari coperti dalla continuità assistenziale è compilata anche dai medici dipendenti e dagli specialisti convenzionati interni, secondo le disposizioni di cui all'art. 15-decis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni (D.P.R. 28/7/2000, n.270, art.36, comma7).
Nel caso sopra descritto, nello spazio della ricetta destinato all'indicazione dell'indirizzo professionale del medico, deve essere riportata la denominazione e l'indirizzo della struttura sanitaria convenzionata con il SSN dove svolge attività il medico prescrittore.

5) E se lo specialista esercita la professione nel proprio studio?
Il paziente che riceve una ricetta autocopiante da un medico specialista non convenzionato con i SSN, che svolge la propria attività nello studio privato, non può prendere direttamente i medicinali in farmacia in regime di convenzione con il SSN ma deve presentare la ricetta autocopiante del medico di base.

6) Se il farmacista riceve una ricetta che prescrive un numero di confezioni eccedente i trenta giorni, cosa fa'?
La prescrizione di farmaci in quantità tale da superare i trenta giorni di terapia non rispetta il comma 3. bis dell'art. 43 del D.P.R. 309/90, introdotto dalla legge n.12/01.
Pertanto la ricetta è da ritenersi non spedibile.

7) Cosa dive fare il farmacista con la copia origi-

nale della ricetta?
La copia originale della ricetta autocopiante deve essere trattenuta dal farmacista come giustificativo dello scarico dei medicinali sul registro di entrata e uscita, qualora i medicinali consegnati siano compresi nelle tabelle I, III, IV di cui all'art.14 del D.P.R. .309/90 e sono pertanto soggetti all'obbligo di registrazione. Il farmacista deve conservare la ricetta per cinque anni a partire dal giorno di spedizione della stessa.

8) Qualora si tratti di medicinali compresi nella tabella V?
Il medicinale incluso nella tabella V non è mai soggetto all'obbligo di carico e scarico sul registro di entrata e uscita in uso alle farmacie e pertanto il farmacista non è tenuto a conservare copia della ricetta autocopiante per cinque anni. La ricetta autocopiante deve essere ritirata dal farmacista, che è tenuto a conservarla per sei mesi, qualora non la consegni all'autorità competete per il rimborso del prezzo a carico del SSN (D. l.vo 30/12/92, n. 539, art. 5, comma 3). In considerazione del fatto che, la ricetta. autocopiante può arrivare in farmacia In copia originale unita con la copia per il SSN, non dovendo il farmacista mantenere il documento giustificativo della scarico e per quanto sopra riferito, può eliminare la copia originale della ricetta autocopiante.

9) Quando il farmacista deve accertarsi dell'Identità dell'acquirente?
Il farmacista ha l'obbligo di accertarsi dell'identità dell'acquirente quando dispensa farmaci compresi nelle tabelle I, II e III del D.P.R. 309/90.
Nel caso in cui il farmacista spedisce ricette autocopianti di medicinali a base di buprenorfina (compresse, cerotti, ecc.) compresi in tabella IV e di medicinali compresi in tabella V, non è tenuto ad accertarsi dell'identità dell'acquirente e lo spazio "acquirente" predisposto sulla ricetta autocopiante, non deve essere compilato.

AUTOPRESCRIZIONE

1) I medici ed i veterinari possono approvvigionarsi dei farmaci compresi nell'allegato III-bis?
SI. Medici e veterinari possano approvvigionarsi dei farmaci compresi nell'allegato III-bis, per uso professionale urgente, mediante autoricettazione compilata sulla ricetta autocopiante.
Non sono tenuti a rispettare i limiti quali-quantitativi previsti per le prescrizioni rilasciate ai pazienti. I medicinali così prescritti non possono essere dispensati dalla farmacia in regime di fornitura a carico del SSN.

2) Il medico o il veterinario deve conservare copia dell'autocertificazione?
Si. Il medico o il veterinario deve conservare, copia dell'autoprescrizione per due anni.

3) Il medico o il veterinario deve avere un registro?
Si. Il medico o il veterinario deve aver il registro delle prestazioni effettuate, dove devono essere annotate le movimentazioni relative ai farmaci compresi nell'allegato III-bis di cui si approvvigiona per uso professionale urgente.
Tale registro non è di modello ministeriale e non deve essere vidimato dalle autorità competenti. Deve esse conservato per due anni a far data dall''ultima registrazione effettuata (Legge n.12/01).
Il registro delle prestazioni non deve essere assimilato alle altre tipologie di registri previsti dal D.P.R. 309/90 e successive modifiche ed integrazioni.

4) È ancora consentito, da parte del medico e del veterinario l'acquisto dei farmaci stupefacenti con richiesta in triplice copia?
L'art.42 del D.P.R. 309/90 è ancora in vigore e pertanto i direttori sanitari di ospedali, ambulatori, istituti e case di cura in genere, sprovvisti di servizio di farmacia interna e titolari di gabinetto per l'esercizio delle professioni sanitarie, possono acquistare dalle farmacie i medicinali compresi nelle tabelle I, II, III e IV delle sostanze stupefacenti e psicotrope, con richiesta in triplice copia.

5) Le strutture sanitarie devono allestire un registro?
I medicinali acquistati ai sensi dell'art. 42 del D.P.R. 309/90, devono essere riportati sul registro di carico e scarico, intestato alla struttura sanitaria, sotto la responsabilità del direttore sanitario o del titolare di gabinetto, previsto dall'art. 64 del D.P.R. 309/90, che deve essere vidimato annualmente dall'autorità sanitaria locale.
Infatti i medicinali acquistati con richiesta in triplice copia, ai sensi dell'art.42 del D.P.R. 309/90 servono per il fabbisogno della struttura sanitaria e non, corno previsto dalla legge n.12/01 per uso professionale urgente del medico o dei veterinario.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

1) Un paziente in dimissione ospedaliera può ricevere i medicinali?
Il paziente in dimissione dal ricovero ospedaliero può ricevere la quantità di medicinale necessaria per continuare la terapia, avendo in questo modo il tempo per procurasi i medicinali, prescritti con la ricetta autocopiante, in farmacia. La quantità di medicinale fornita al paziente sarà registrata sul registro di corico e scarico delle unità Operative. (DM 3 agosto 2001).

2) Quali strutture sanitarie possono realizzare procedure di assistenza domiciliare?

Tutte le strutture che posseggono i requisiti per poter garantire la continuità assistenziale. I requisiti necessari per poter svolgere tali attività sono definiti a livello di Amministrazioni Locali.
La legge 16 novembre 2001, n. 405, art. 8 (Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti), detta che le ragioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale e di disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.

3) La consegna dei farmaci compresi nell'allegato III-bis al domicilio dei pazienti, come deve avvenire?
I farmaci compresi nell'allegato III-bis possono essere trasportati e consegnati al domicilio del paziente da:

- Personale sanitario che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati.
- Infermieri professionali che effettuano servizi di assistenza domiciliare nell'ambito dei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali delle ASLL.
- Familiari del paziente, opportunamente identificati dal medico o dal farmacista ospedaliero.

Coloro i quali trasportano i medicinali, nella quantità da consegnare, devono avere una certificazione medica che ne prescrive la posologia e l'utilizzazione al domicilio dei paziente. La certificazione deve essere prodotta su carta intestata. Non si deve utilizzare la ricetta autocopiante in quanto i medicinali descritti nella certificazione non saranno dispensati dalla farmacia aperta al pubblico.

4) Cosa si intende per Assistenza domiciliare integrata (ADI)?
L'assistenza domiciliare integrata è la formula assistenziale che, attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali, realizza a domicilio del paziente un progetto assistenziale unitario, limitato o continuativo nel tempo.
L'obiettivo è il miglioramento della qualità della vita del paziente e l'umanizzazione del trattamento, in un contesto familiare certamente più idoneo, in particolare per il paziente anziano.
L'ADI si inserisce nella rete dei servizi territoriali delle ASL, da cui dipendono gli operatori sanitari che offrano le loro prestazioni.
Gli analgesici oppiacei prescritti dal medico di famiglia di sua iniziativa o in accorda con gli specialisti coinvolti nelle cure al malato, al paziente in ADI devono essere forniti dalla farmacia ospedaliera della ASL.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Nello Martini
Dipartimento Farmaci del Ministero della Salute

NORME EDITORIALI

- Il Cesalpino pubblica i lavori inediti ed originali, di carattere medico scientifico. La rivista ha una periodicità quadrimestrale.
- I lavori devono essere indirizzati a : Redazione "il Cesalpino" c/o Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Arezzo – Viale Giotto 134 52100 Arezzo – Tel 0575/22724 Fax 0575/300758 – E-mail chirurghi@omceoar.it così pure le pubblicazioni da recensire, i volumi omaggio e in cambio, ecc.
- Le relazioni dovranno essere contenute in un dischetto scritte in programma Word con le seguenti specifiche: margine 0-13, interlinea singola, righe per pagina 50, tipo di carattere Times New Roman, dimensione carattere 11, con massimo di 5 pagine comprese tabelle e fotografie. Se possibile, dovrà essere inviata una stampa in duplice copia. Ogni parte del lavoro deve iniziare su una nuova pagina con il seguente ordine: frontespizio, riassunto, testo, bibliografia, tabelle, didascalie. Tutte le pagine, ad eccezione del frontespizio e del riassunto, devono essere numerate progressivamente. Possono essere trasmesse con e-mail a chirurghi@omceoar.it
- Nel frontespizio devono essere indicati cognome e nome (per esteso) di tutti gli Autori, denominazione ed indirizzo dell'Istituzione di appartenenza. Deve inoltre essere indicato, anche, l'indirizzo ed il numero telefonico dell'Autore a cui inviare la corrispondenza
- Il riassunto non dovrà superare le 150 parole. Si dovranno fornire anche le parole chiave in numero non superiore a 6.
- La stesura del testo deve essere conforme a quella abituale dei lavori scientifici: introduzione materiali o casistica, metodologia, risultati e conclusioni.
- I riferimenti bibliografici devono essere numerati secondo l'ordine con cui vengono citati nel testo e non devono superare il n. di 10.
- Per gli articoli di Riviste devono essere riportati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori, il titolo del lavoro, la Rivista, il numero, le pagine e l'anno di pubblicazione: es: De Bac C, Stroffolini T, Gaeta GB, Taliani G, Giusti G. Pathogenetic factors in cirrhosis with and without hepatocellular carcinoma. A multicenter italian study. Hepatol 1994; 20 :1225 – 1230. Nel caso di libri devono essere citati gli Autori, il titolo, l'edizione, l'editore, la città, l'anno. Per gli articoli su Internet dovrà essere indicato il sito. I lavori non ancora pubblicati possono essere segnalati con la dizione "in stampa" tra parentesi.
- Il materiale iconografico deve essere corredato dall'indicazione della precisa collocazione nell'ambito del lavoro. Le tabelle dattiloscritte devono essere numerate in numeri romani e essere autoesplicative e non particolarmente complesse. Le illustrazioni devono recare sul retro il numero arabo progressivo, l'orientamento ed il nome degli Autori. Le didascalie vanno dattiloscritte su foglio separato, con chiaro riferimento alle figure. Le illustrazioni di radiografie si accettano stampate in positivo e di buona qualità. Disegni e grafici devono essere fotografabili in forma definitiva.
- Le illustrazioni saranno pubblicate in bianco e nero. Qualora gli altri ritengano importante l'utilizzo del colore potranno richiedere accollandosi le spese, la pubblicazione a 4 colori.
- Il Comitato di Redazione, sentito eventualmente il parere degli esperti, accetta i lavori a suo insindacabile giudizio e si riserva di chiedere agli Autori eventuali modifiche al testo e del materiale iconografico. I lavori verranno distribuiti, in rapporto alle intrinseche peculiarità, nelle diverse rubriche in cui si articola la Rivista (ricerche cliniche, casistica clinica, aggiornamento, ecc.).
- I lavori accettati vengono pubblicati gratuitamente. Sono a carico degli Autori la spesa per la stampa di eventuali illustrazioni a colori e per la stampa, la confezione e la spedizione degli estratti.
- Gli Autori sono tenuti a restituire le bozze di stampa corrette a stretto giro di posta (senza apportare variazioni al testo e alle figure) alla Segreteria di Redazione de "Il Cesalpino" c/o l'Ordine Provinciale dei Medici di Arezzo Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo. Le bozze saranno inviate al primo Autore, se non altrimenti richiesto. La richiesta di estratti va fatta direttamente a : L. P. Grafiche – Via F. Filzi 28/int. Tel.0575/907425 – 52100 Arezzo.
- La redazione si riserva direttamente la correzione delle bozze quando particolari esigenze editoriali lo rendano necessario.
- I dattiloscritti dei lavori non accettati e gli originali delle illustrazioni pubblicate non vengono restituiti. La proprietà dei lavori pubblicati è riservata. E' vietata la riproduzione anche parziale degli articoli e delle illustrazioni non autorizzate dall'Editore.
- E' prevista, inoltre, una sezione "news": pertanto coloro che vorranno comunicare l'organizzazione di Congressi o altre informazioni di interesse per i colleghi, potranno inviarle alla redazione che, compatibilmente con i tempi di pubblicazione, provvederà ad inserirle.